

TIJDSCHRIF  
VOOR

# GEZONDHEID & POLITIEK

---

JAARGANG 10  
NR. 6 / DECEMBER 1992

---



**Thema:  
Geld en macht  
in de  
gezondheidszorg**

---

De poliocampagne. Dagboek van een GGD-directeur

---

Vrouwen en migranten veranderen de Riagg

---

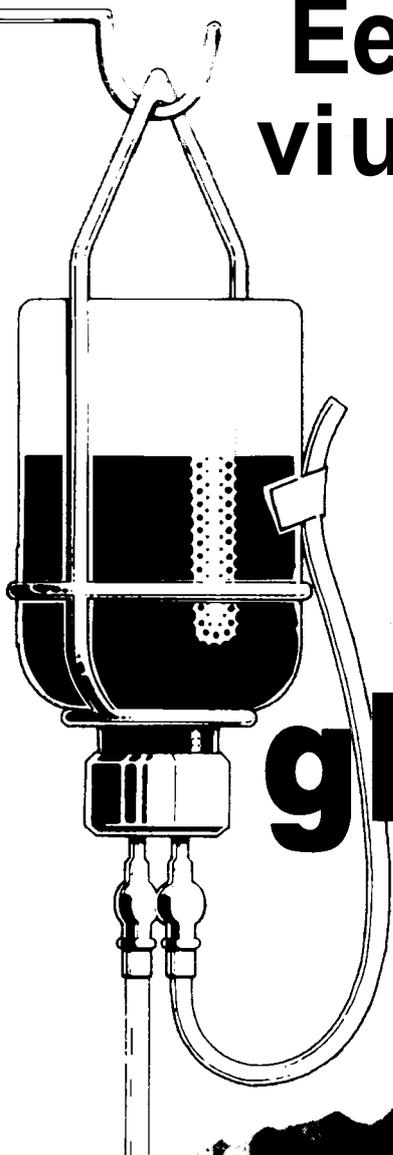
De toekomst van de thuiszorg

---

Op de Filippijnen is de gezondheidszorg in vrouwenhanden

---

Eerste hulp aan  
vluchtelingen....



**géén  
druppel  
opeen  
gloeïende  
plaat**

Het verschil tussen leven en dood  
is soms maar een paar gulden.  
Vluchten is al erg genoeg,  
help ze overleven.



ZOA IS EEN CHRISTELIJKE ORGANISATIE VOOR  
INTERNATIONALE VLUCHTELINGENHULP.

VOOR NADERE INFORMATIE EN DOKUMENTATIE:  
POSTBUS 10343, 7300 GH APELDOORN, TELEFOON 055-663833

**VLUCHTELINGENZORG**

Giro 550

TIJDSCHRIFT  
VOOR

---

**GEZONDHEID  
&  
POLITIEK**

---

JAARGANG 16  
NR. 11 NOVEMBER 1992

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek  
is het officiële orgaan van de Stichting  
Gezondheid en Politiek.

Versijnt 1 x per twee maanden  
ISSN 0167-8647

**Uitgever:**

Louwers Uitgeversorganisatie B.V.  
Wilhelminasingel 163  
Postbus 249, 6000 AE Weert  
Telefoon 04950 - 41203  
Telefax 04950 - 21335

**Redactie:**

Annemieke Bosrna, Thea Dukkers van  
Emden, Luc Klaphake, Annemiek Meinen,  
Frans van der Pas, Aase Riemann, Sonja  
Schmidt, Ingrid van de Vegte, Joost Vis-  
ser, Hetty Vlug

Eindredactie: Henriette Bonarius

**Redactieraad:**

Guus Bannenberg, Hans Blaaubroek,  
Adri van de Bom, Martien Bouwmans,  
Evelyn Evenblij, Maria Herrnsen, Joost  
van der Meer, Bart Lammers, Evelyne de  
Leeuw, Arko Oderwald, Sigrid Sijthoff,  
Hans Spijker, Richard Starmans, Marco  
van der Wal, Gerrie J. de Waard, Jarmeke van  
Niet  
-b: m in versid . Gooft \ de \ ijlgan .

**Redactieadres:**

~. (Sleeg E . . . 10

IOI2EE . ~

Yr bijdragel. zuden. aan het redactie.  
Wra. Aan. ijzingen voor auu: u: s op  
aanvraag aldaar verkrijgbaar.

**Abonnementeadministratie:**

Opgave van abonnementen, opzegging  
en adreswijzigingen uitsluitend schrift-  
lijk doorgeven aan: de uitgever.

Indien twee maanden voor het verstrijken  
de abonnementsperiodegeen schriftelijk  
bericht van opzegging is ontvangen  
wordt het abonnement automatisch met  
een jaar verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:  
Bedrijven/instellingen f 110,-  
Particulieren f 75,-

**Foto omslag:**

Staatssecretaris Simons  
Foto: Ron Jenner/Abvakabo

**Vormgeving:**

t0/0 - Reklame- Ontwerpburo  
Postbus 631, 6000 AP Weert  
Telefoon 04950 - 44995  
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:  
De uitgever.

\* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of ver-  
menigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de  
uitgever en zonder bronvermelding  
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van  
het gepubliceerde.

## INHOUD

### Thema: Geld en macht in de gezondheidszorg

- 2 Redactioneel
- 3 Pety de Vries  
Consumenten vormen geen machtsfactor in de  
gezondheidszorg
- 6 Eric van Rijswijk  
Niet In Opleiding  
Beroepskrachtenplanning voor specialisten faalt
- 8 Martien Bouwmans  
Simons verliest initiatief over plan-Simons
- 10 Guus Bannenberg  
Het slagveld van de stelselherziening in de  
eerstelijnszorg
- 12 Martien Bouwmans:  
Apothekers en verzekeraars als eersten in de ring
- 14 Arie van der Bom  
Het Medisch Gebouw
- 16 Volksverzekeringen. dictatuur en oorlog  
Nico de Boer. column
- 17 Marlies Bosch  
Onder de rook van de Pinatubo  
Impressies van de gezondheidszorg op de Filippijnen
- 20 Anke Steinmann & Ronald May  
Migranten en vrouwen veranderen de Riagg
- 24 De Giessenburger rede van staatssecretaris Simons  
Jos van der Lans, column
- 25 Sjoerd Kooier  
De toekomst van de thuiszorg
- 28 Guus Bannenberg  
Dagboek van een poliocampagne
- 30 Boeken  
Heelmeesters. Medici over zichzelf en hun vak  
Er moet iets gebeuren, dokter!  
Gezondheidszorg aan banden
- 32 Signalementen

# GELD EN MACHT IN DE GEZONDHEIDSZORG

Geld en macht in de gezondheidszorg, twee onverbrekelijk met elkaar verbonden grootheden. De gezondheidszorg is met een jaarlijkse 'omzet' van ruim 50 miljard gulden een van de grootste sectoren van de Nederlandse economie.

De vraag hoe en waarover al dat geld verdeeld wordt, wie hulp mag verlenen en voor welke prijs, wat wel en niet in de verzekering tegen ziektekosten is opgenomen en wie controle en zeggenschap heeft over de besteding van het geld et cetera, daarover woedt een permanente belangenstrijd. Juist omdat het om zulke grote bedragen gaat is de machtsstrijd fel.

In dit themanummer van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek over geld en macht in de gezondheidszorg worden enkele aspecten van die machtsstrijd aangeroerd. Een belangrijke plaats wordt daarbij, onvermijdelijk, ingenomen door de gevolgen van het plan-Simons. Dat plan leidt er immers toe dat door veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen en verschuiving van verantwoordelijkheden machtsposities zouden kunnen gaan veranderen. Dat vormt juist weer de reden waarom sommige belanghebbenden zich zo fel tegen het plan-Simons keren, terwijl anderen trachten het plan-Simons, of onderdelen daarvan, zoveel mogelijk naar zich toe te trekken.

Pety de Vries opent het themanummer met een algemeen overzicht van geldstromen en machtsposities in de gezondheidszorg. Diverse factoren passeren de revue: overheid, consumenten, aanbieders en toeleveranciers aan de gezondheidszorg. Zij analyseert de onderlinge machtsposities en geeft aan welke factoren en onderlinge relaties macht en onmacht bepalen. 'Countervailing power' is daarbij een sleutelbegrip. Wie kan in welke mate tegenspel bieden, waar ontbreekt het aan die tegenkrachten?

Eric van Rijswijk behandelt de machtspositie van een van de meest invloedrijke groeperingen binnen de gezondheidszorg: de medisch specialisten. Niet alleen bepalen zij in hoge mate omzet en produktie in de gezondheidszorg, zij hebben tevens een doorslaggevende stem in het bepalen wie toegelaten wordt om specialistische hulp te verlenen. Van planning van die 'produktie' is tot nu toe niet veel terechtgekomen. Specialistische hulp overschrijdt telkens weer de toegestane budgetten. Maar is dat verwonderlijk als de hulpkrachten van de medisch specialist, de AGIO's en AGNIO's, bij de omzet van de gevestigde specialisten en bij de planning van het aantal toe te laten specialisten buiten beschouwing worden gelaten? Van Rijswijk ziet twee alternatieven: of er kan verandering in de situatie

komen door toedoen van het plan-Simons, ofwel er dienen nieuwe en betere planningsmechanismen in werking te worden gezet. Van Rijswijk kiest voor het laatste.

De voortgang van het plan-Simons staat onder zware druk en vormt een bron van permanente politieke discussie. Is er voortgang? En zo ja, op welke onderdelen?

Martien Bouwmans geeft een overzicht van de gebeurtenissen van het afgelopen jaar en behandelt de posities van de diverse betrokkenen. De machtsstrijd achter het plan-Simons is groot; het initiatief lijkt daarbij aan Simons zelf ontnomen. Bouwmans kritiseert Simons als het gaat om zijn recente voorstellen om nieuwe eigen bijdragen van de verzekerden te vragen. Simons stimuleert daarmee vooral de discussie over kostenbeheersing aan de vraagkant (de patiënten moeten tot kostenbewust gedrag geprikkeld worden), terwijl juist de grootste besparingen aan de aanbodzijde te behalen zijn. In potentie zijn door de opheffing van de contracteerplicht de mogelijkheden om meer greep op het zorgaanbod te krijgen aanwezig. Maar wanneer de zorgverzekeraars aan de slag zouden gaan en via de overeenkomsten zouden proberen de machtspositie van medici te beperken, wie zal dan de verzekeraars steunen? Zullen de conflicten die daardoor ontstaan niet aangegrepen worden om het plan-Simons verder om zeep te helpen?

Guus Bannenberg geeft een overzicht van de gevolgen die het plan-Simons nu al heeft gehad in de eerste lijn. Daar moeten nu de eerstelijnsinstellingen strategische keuzen maken. Wil men aankoersen op financiering via de verzekeraars of via de gemeente-financiën? Voor zover er reële keuzen mogelijk waren zijn die in een aantal gevallen gemaakt. Nu moeten er nieuwe posities worden ingenomen en activiteiten ondernomen om (machts)posities te behouden of te verwerven. Bannenberg zet op een rijtje welke keuzen door diverse eerstelijnsinstellingen zijn gemaakt, en hoe die keuzen tot nu toe hebben uitgepakt.

Er dreigt een conflict tussen apothekers en zorgverzekeraars. Inzet: wie heeft het voor het zeggen bij de toelating en vestiging van nieuwe apothekers. Zijn dat de zorgverzekeraars of de apothekers zelf? Door het opheffen van de contracteerplicht hoeven zorgverzekeraars niet meer per definitie met alle apothekers contracten te sluiten. De apothekers willen echter in een nieuwe 'modelovereenkomst' tussen verzekeraars en apothekers daarover zodanige afspraken maken dat zij toch een beslissende stem krijgen. Martien Bouwmans schetst het verloop van de gebeurtenissen tot nu toe en doet een voorspelling over wat er

verder zal gebeuren. De apotheek vormt de proeftuin voor de vraag of er van marktwerking in de gezondheidszorg (tussen hulpverleners en verzekeraars) iets terecht kan komen. In feite wordt daarmee ook over het plan-Simons beslist.

Waar Pety de Vries somber is over de mogelijkheden om via marktwerking tot beteugeling van prijzen en exorbitante winstmarges in de farmaceutische wereld te komen, is Bouwmans optimistischer. Maar wat nu uiteindelijk tussen apothekers en verzekeraars in overeenkomsten wordt geregeld, dat is de beantwoording van die vraag beslissend. Stof voor discussie dus. Wie voelt zich aan- gesproken om daar in een volgend nummer van TGP zijn of haar licht over te laten schijnen?

De Domus Medica is het hoofdgebouw van de KNMG, maar ook de samenvattende term voor het machtsbolwerk der medici. Adri van der Bom, zelf arts, sluit het themanummer af door inzicht te geven in de vraag welke organisaties in het gebouw zetelen en welke machtsposities zij innemen. De 'kwalitatieve' belangen van de gezondheidszorg worden in de domus behartigd, maar tegelijkertijd worden nooit de financiële belangen van de hulpverleners uit het oog verloren.

Geld en macht in de gezondheidszorg. Slechts enkele aspecten van dit complexe probleem worden in het themagedeelte belicht. Er zou nog wel een themanummer mee te vullen zijn. Want wie dacht dat in de gezondheidszorg nobele en edele motieven de boventoon voeren en alles draait om de zorg voor de zieke medemens, moet toch uit de droom geholpen worden. Uiteindelijk draait alles om het geld.

*De themaredactie:  
Guus Bannenberg  
Martien Bouwmans  
Gerard Goudriaan*

# CONSUMENTEN VORMEN GEEN MACHTS-FACTOR IN DE GEZONDHEIDSZORG

Pety de Vries

*De overheid draagt zich zelf oncontroleerbaar; de patiëntenbeweging is verdeeld. Wie kan er dan nog een tegenmacht vormen tegenover de oppermachtige partijen in de gezondheidszorg? En hoe? Een deeltanalyse - de verzekeraars blijven dit keer buiten schot - van een ondoorzichtig probleem.*

Macht en geld zijn van oudsher onlosmakelijk met elkaar verbonden. In het bedrijfsleven is de relatie macht-geld meestal duidelijk. Een onderneming met veel kapitaal - Shell, Unilever, Internationale Nederlanden Groep - heeft ook een grote macht. In de gezondheidszorg is dat verband heel wat ondoorzichtiger. In de primaire relatie in de gezondheidszorg, die tussen patiënt en zorgverlener, lijkt geld nauwelijks een rol te spelen. Vooral de arts heeft nog steeds iets van het aura van de medicijnman, die beslist over vragen van leven en dood. Met het mondiger worden van patiënten wordt dat natuurlijk wat minder, artsen zelf willen vaak ook liever wat van dat voetstuk af, maar de positie van de priester-medicijnman heeft er zeker toe geleid dat het praten over geld in een dergelijke relatie wat gênant lijkt te zijn. Het idee dat de dokter je misschien laat terugkomen omdat zijn of haar agenda toevallig wat leeg is, en niet omdat hij of zij nou zo diep bezorgd is om jouw gezondheidstoestand, zal bij de meeste patiënten niet opkomen. Hetzelfde geldt voor het ziekenhuisbed dat war langer bezet moet worden gehouden dan eigenlijk nodig is, het extra onderzoekje dat loch maar gedaan moet worden en - een heel pijnlijk probleem - de ingrijpende, soms aan marteling grenzende pogingen tot levensverleening, meestal van harte ondersteund door de familie, bij ernstig zieke bejaarden. Natuurlijk worden zeer veel hulpverleners in eerste instantie gemotiveerd door hun wens anderen inderdaad hulp te verlenen maar: gezien de financiële cijfers, valt het niet te ontkennen dat vooral degenen die per verrichting betaald worden ook een groot financieel belang hebben bij dat hulpverleners. Dat is destijds, ook duidelijk uitgesproken tijdens het specialistenconflict eind jaren tachtig. Toen de overheid dreigde om de tarieven drastisch te verlagen, kondigden de specialisten aan dat zij dan "hun produktie zouden verhogen". Een nogal griezelige gedachte, als men dat als patiënt te horen krijgt.

## MASKER VAN MENSILIEVENDHEID

Achter het masker van menslievendheid dat de medische wereld aan de patiënt probeert te tonen, gaat een wereld schuil van grote economische belangen. De fictie dat het 'allemaal

niets kost' kon bovendien lang in stand worden gehouden door het Nederlandse verzekeringssysteem. Iedereen betaalt premie, hetzij als percentage van het inkomen/de uitkering voor het ziekenfonds, voor de AWBZ, of als een bepaald bedrag aan de particuliere verzekeraar. Zodra men ziek is, regelt de verzekeraar de betalingen, de patiënt krijgt in veel gevallen de rekening niet eens te zien, en hoeft verder, behalve als hij of zij een eigen risico heeft genomen, zelf ook niets op tafel te leggen. Tot 1983, het jaar dat de budgettering van de ziekenhuizen werd ingevoerd (deze moesten voortaan met een van tevoren met verzekeraars afgesproken en door de overheid goedgekeurd vast bedrag rondkomen), was de gezondheidszorg ook min of meer een kwestie van financiering met een open eind. Verzekeraars betaalden gewoon wat nodig was, of nodig werd geacht, en tekorten werden het volgende jaar wel verrekend door een verhoging van de premies.

Een paar factoren hebben ertoe geleid dat het (grote) geld in de gezondheidszorg wat meer onder de aandacht is gekomen: de sterke kostenstijgingen, onder meer door de snel toenemende vergrijzing van de bevolking, looneisen van verplegenden en verzorgenden, en de medisch-technische ontwikkelingen. De mogelijkheden tot het opkalefateren van het menselijk lichaam zijn langzamerhand onbegrensd, de vraag is dus oneindig groot. Daarnaast voelde de regering zich genoodzaakt de collectieve lasten te drukken, onder meer in het vooruitzicht van de Europese (monetaire) eenwording. Daarbij dient te worden aangetekend dat de totale kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt in procenten van het Bruto Nationaal Produkt, in Nederland niet afwijken van de ons omringende landen. Een in principe oneindige kostenstijging tegenover een (externe) noodzaak tot kostenbeheersing moest wel leiden tot nieuwe maatregelen. Er wordt de laatste jaren dus iets meer zichtbaar van de worsteling om de verdeling van de centen, vooral sinds de stelselherziening in de gezondheidszorg vrijwel dagelijks voorpaginanieuws is.

## OVERHEID MOET INGRIJPEN

Wie van de betrokken partijen - consumenten, aanbieders, verzekeraars, overheid - heeft nu de macht in handen? En wie vormt een tegenkracht (countervailing power) tegen groepen die te machtig zijn of dreigen te worden? De term countervailing power, geïntroduceerd door de Amerikaanse econoom J.K. Galbraith' gebruik ik hier niet alleen in de betekenis van een 'economische tegenkracht', maar ook in de ruimere zin van controle op macht.

In principe heeft de overheid het laatste woord. Regering plus parlement vaardigen wetten uit, die de overheid zelf veel zeggenschap kunnen geven. Op het gebied van de

gezondheidszorg heeft de overheid overigens een grondwettelijke plicht: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (artikel 22, lid 1 Grondwet). De overheid mag dus niet alleen, maar móét zelfs ingrijpen in de gezondheidszorg ten bate van het algemeen belang.

Interessant is nu dat de overheid zich sinds de Tweede Wereldoorlog steeds intensiever met de gezondheidszorg is gaan bemoeien, met als hoogtepunt de *Structuurnota* van 1974, waarin zijzelf op min of meer centralistische wijze zeer veel zeggenschap kreeg toebedeeld in de planning en financiering van de zorg. Voor een deel is de *Structuurnota* ook omgezet in wetten, zoals de Wet Tarieven Gezondheidszorg, waarbij tarieven voor medische verrichtingen en verpleegprijzen centraal worden vastgesteld, en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die in een provinciale planning met een daaraan gekoppeld stelsel van vergunningen voor ziekenhuisvoorzieningen voorziet.

Omstreeks diezelfde tijd echter zette zich ook een wereldwijde recessie in, waarbij gezocht werd (Thatcherisme, Reaganisme) naar andere formules ter bevordering van de welvaart dan het tot dan toe populaire Keynesianisme. Het marktbeginsel kwam sterk op en de overheid diende terug te treden. Die principes werden ook in Nederland toegepast bij het ontwerpen van een nieuwe structuur en financiering voor de gezondheidszorg: het plan-Dekker van 1987. Het plan-Simons van 1990 vertoont sterk verwante trekken. De overheid vraagt dus niet om meer macht, maar staat deze juist af aan marktpartijen. Vooral aan zorgverzekeraars, verder aan zorgaanbieders en aan de door de overheid zo genoemde 'derde partij': zorgconsumenten.

## CONTROLE OP DE OVERHEID

Voordat we de ongelijke machtsverhoudingen tussen deze groeperingen verder bekijken, wordt eerst even stilgestaan bij de macht van de overheid in het algemeen, en de controle daarop.

Zoals gezegd: de voornaamste macht van de overheid is het uitvaardigen van wetten, waarmee zij zichzelf allerlei uitvoerende bevoegdheden kan toekennen. Het is van belang dat deze wetten - meestal ontworpen op de diverse ministeries - en hun consequenties van tevoren goed doordacht zijn. Dit te bewaken is de taak van parlement en media. De countervailing power is hiervoor slecht tot zeer slecht toegerust. Parlementsliden krijgen steeds meer en steeds ingewikkelder zaken op hun bordje. De 'grote macht' wordt slecht gecontroleerd.

Wat mij opviel in de tijd dat ik, als redacteur volksgezondheid bij *NRC Handelsblad* (1989-'90) het reilen en zeilen van de overheid op dit gebied nauwlettend moest volgen, is dat het in het voortraject, dus op het moment dat beleidsplannen worden gemaakt, heel lastig is



Wie houdt de macht van zorgaanbieders in dwang? Allereerst de overheid, die voor ziekenhuizen het budgetstelsel in 1983 heeft ingevoerd. Aanvankelijk met succes, maar dit systeem begint de laatste tijd aardig te kraken doordat steeds meer ziekenhuizen steeds dieper in de rode cijfers raken. De strijd met de medisch specialisten heeft de overheid keer op keer verloren. Pogingen om de kosten binnen de perken te houden door het vaststellen van maximum macrobudgetten mislukten telkens weer. Zolang de arts nog, samen met de patiënt, al dan niet in diens belang, vaststelt wat en hoe er behandeld gaat worden, lijken dergelijke grove methoden bij voorbaat ontoereikend.

Mogelijk kunnen verzekeraars, nu de ziekenfondsen ontheven worden van hun contracteerplicht, een controlerende taak gaan uitoefenen. Zorgverzekeraars zijn immers in de unieke positie om te kunnen vergelijken welke verrichtingen zorgaanbieders uitvoeren. Opmerkelijke uitschieters, artsen die slechte kwaliteit verrichten, zouden ze kunnen weren. Ongelukkig genoeg echter overstijgt de vraag naar zorg nog steeds - soms zelfs verre - het aanbod. Wil men de wachtlijsten niet al te lang laten oplopen, dan zullen dus ook de zwakkere broeders gecontracteerd blijven worden.

#### PATIËNTEN

De patiënten/consumenten lijken in de minst gunstige positie te verkeren om dienst te doen als tegenmacht. De groep (potentiële) patiënten is veel te groot om zich deugdelijk te organiseren. Iedereen is immers betrokken bij de gezondheidszorg, want vrijwel elke Nederlander betaalt premie. Is men nog geen patiënt, dan heeft men weinig direct belang bij een consumentenorganisatie. Is men het wel, dan bestaan er forse belangtengestellingen tussen de verschillende groepen. Wordt men acuut patiënt, dan heeft men meestal wel wat anders aan het hoofd dan zich aansluiten bij een belangengroep. Dokter en ziekenhuis zijn dan meestal de grootste steun en toevleugel, want zo men zich daartegen verzetten?

Bij chronische patiënten ligt het wat anders. Zij zijn dan ook per ziekte in meer of mindere mate georganiseerd. Sommigen zijn uitstekend in staat hun belangen te verdedigen, zoals de hartpatiënten, die het begin jaren tachtig voor elkaar kregen dat een door verzekeraars gefinancierde luchtbrug voor hartoperatiepatiënten naar de Verenigde Staten en Zwitserland tot stand kwam.

In tegenstelling tot de mannelijke hartpatiënten vormen bijvoorbeeld mensen lijdend aan schizofrenie weer een minder krachtige belangengroep, omdat er verdeeldheid bestaat over wenselijkheid van behandeling.

De patiënten/consumenten als min of meer homogene groep, als 'derde partij', is een fictie. Het is mooi dat de overheid tegenwoordig deze 'derde' partij ook financieel steunt, maar homogener, en dus ook in staat tot krachtig tegenspel, zal zij daarvan niet worden. Bovendien kunnen de patiënten zelf nooit rechtstreeks zorg inkopen, zij zijn daarvoor altijd afhankelijk van een recept of verwijzing van een arts. Patiëntcoöperaties als countervailing power, analoog aan de destijds succesvolle Zweedse consumentcoöperaties op het

gebied van aankoop van eerste levensbehoefte, maken daarom weinig kans om van de grond te komen.

#### FABRIKANTEN

Min of meer op de achtergrond van de gezondheidszorg, maar daarom niet minder invloedrijk, staat nog een andere partij, die van de toeleveranciers aan de gezondheidszorg: fabrikanten van geneesmiddelen, van verband, kunst- en hulpmiddelen et cetera. Vooral deze partij heeft geprofiteerd van de open-eind-financiering. Countervailing power, die winsten van de producenten afroemt ten gunste van de consument, lijkt hier een kwijnend bestaan te leiden. Hoe komt dat?

Als we in Nederland kijken naar de countervailing power die tegenover de farmaceutische industrie is opgebouwd, dan zien we een aantal medicijn-groothandels, met winstmarges tussen de tien en vijftien procent, en vervolgens de detailhandel. De detailhandel probeert zich ook een extra aandeel in de winst toe te eigenen, door zogeheten rugzak-groothandels op te zetten: combinaties van apothekers die rechtstreeks bij de farmaceutische industrie inkopen. Zij steken dan de groothandelswinstmarges in hun zak. De groothandel daarentegen probeert het distributiekanaal tot aan de patiënt in handen te krijgen, bijvoorbeeld via het gunstig financieren van beginnende apotheken, waartegenover dan een zekere inkoopverplichting staat. Groothandel en apothekers slagen er kennelijk wel in om een deel van de winsten op farmaceutische producten in handen te krijgen, maar ze geven dit voordeel niet of nauwelijks door aan de consumenten. Hoe komt dat?

Een belangrijke oorzaak lijkt te zijn dat er met de hele handel in geneesmiddelen iets merkwaardigs aan de hand is: de uiteindelijke consument, de patiënt dus, kiest niet vrijelijk uit een open aanbod aan geneesmiddelen, maar 'koopt' datgene wat de dokter hem of haar voorschrijft. 'Koopt' tussen aanhalingstekens, want zeker nu de geneesmiddelen ook zijn opgenomen in de volksverzekering AWBZ is praktisch de gehele Nederlandse bevolking hiervoor verzekerd. Men betaalt zelf dus rechtstreeks geen cent, althans niet voor die middelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem zijn opgenomen. Bovendien is de detailhandel, waar de consument zijn of haar medicijn koopt, aan strenge regels gebonden: men moet apotheker zijn om zo iets te beginnen.

Hier doet dus zich de merkwaardige situatie voor dat de patiënt weliswaar de daadwerkelijke eindconsument is, maar dat de dokter een soort 'schaduw'consument is. De dokter wordt dan ook met man en macht bewerkt door de farmaceutische industrie door gratis nieuwsbladen, geheel gefinancierd uit advertenties. Voordelen van het geneesmiddel worden daarin breed uitgemeten en eventueel nadelige bijwerkingen, die verplicht gemeld moeten worden, staan er in een zo klein mogelijk lettertype bij. Ook de serieuze vakbladen zijn lang niet altijd van deze reclame verstoken. Daarnaast biedt de farmaceutische industrie allerlei 'fringe benefits' zoals financiering van een computer of een interessant congres in een mooi, warm land. Talloze artsenbezoekers bestoken de arts met informatie en gratis

monsters. Behalve door de farmaceutische industrie wordt de huisarts ook nog eens het hof gemaakt door de apotheker in de regio, door middel van bijvoorbeeld een gezellig etentje of een dagje uit op de golfbaan. Apothekers doen graag aan klantenbinding, maar ook zij zijn afhankelijk van wat de dokter hun cliënten voorschrijft. Verder is het voor de apotheek ook van belang dat de dokter bij vervolgrecepten naar hem verwijst.

Zolang er van dit Siamese-tweelingconsumentisme arts-patiënt sprake is, en zolang het toetreden tot de farmacie-detailhandelsmarkt zo lastig is, lijkt het opbouwen van een werkelijk effectieve countervailing power ten behoeve van de consument nauwelijks kans te maken. Van marktwerking, ter beteugeling van de prijzen en ten slotte van exorbitante winstmarges bij producenten, valt daarom weinig te verwachten.

Tot slot nog dit: het is heel lastig de werkelijke macht in de gezondheidszorg te lokaliseren. Natuurlijk zijn er machtige groepen aan te wijzen zoals de medisch specialisten, de particuliere verzekeraars, de Ziekenfondsraad, maar als je wat verder in dergelijke groeperingen doordringt, zie je dat daar ook onderling vaak verdeeldheid heerst en dat veel afhangt van persoonlijke kwaliteiten, ambities en relaties. Sommigen houden, soms tegen persoonlijke belangen of die van het bedrijf in, ook het algemeen belang in het oog, anderen kijken alleen naar persoonlijk gewin op korte termijn. De werkelijkheid - zo je daar al ooit achter komt - blijkt zeer gecompliceerd. Interessant is het na te gaan waar en hoe de countervailing power werkt. Werkt deze niet, dan is het de taak van de overheid te kijken welke groepen gesteund kunnen worden bij het opbouwen van die tegenmacht. In de praktijk blijkt dat echter op grote problemen te stuiten, omdat de normale marktstructuur in zeer veel gevallen ontbreekt. De kern van de zaak blijft toch altijd de patiënt, die koste wat het kost geholpen wil/moet worden, en de arts, die er zijn beroep van heeft gemaakt dat te doen. Binnen deze hechte relatie speelt gelukkig zogenaamd geen rol. Met als paradoxe gevolg, dat daarbuiten de rol van het geld er te groter is.

*Pety de Vries is part-time loerkunnin: L.C. neeskundig Hoofdinspectie voor de G.C. Volksgezondheid en daarnaast trect: medewerker van NRC Handel"bf, i. 0; kei is op persoonlijke titel geschre:c*

#### Noten

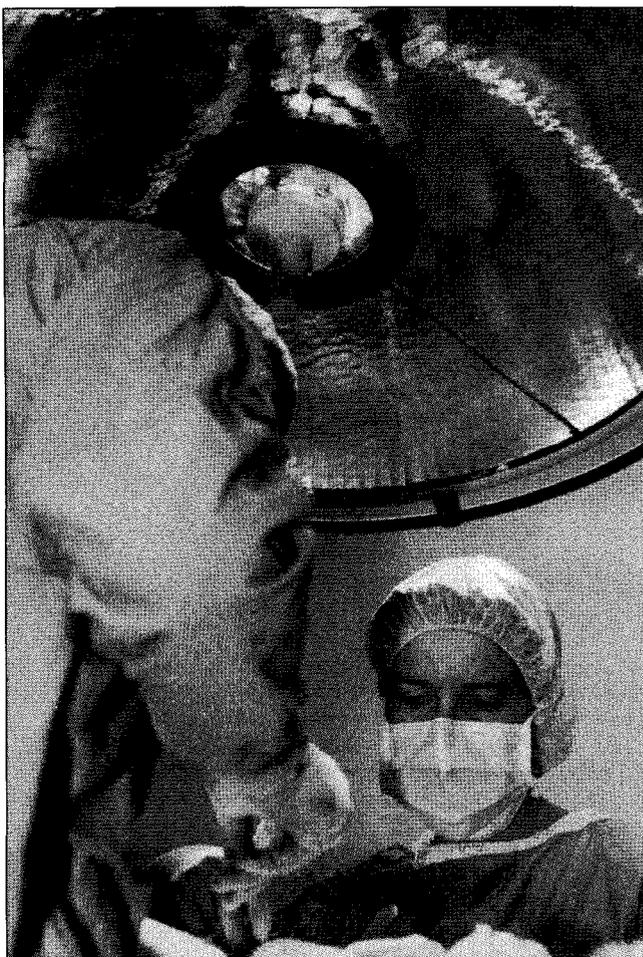
1. J.K. Galbraith. *American Capitalism*, 1956.
2. R. Brinks en T. Witteveen. *Tijdschrift voor Volksgezondheid*, SOC. 1005.
3. Een contracteerplicht || Z=C... fonds verplicht een ~-I-~ alle zorgaanbieder-~ Z: ~-~
4. Vrouwelijke h3Tr3:~C ~-T" ~-~ der machtige ~Clé: ~-~ et, ~-~ minder ~-~



AGIO of AGNIO, that's  
the question

Foto:

Ron Jenner/AbvaKabo  
(t Lange Land  
Ziekenhuis, Zoetermeer)



den echter beschouwd als redelijk autonome ontwikkelingen zonder dat overheid, politiek of maatschappij daarin keuzen kunnen maken of sturing aanbrengen. Op basis van welke aannamen de wetenschappelijke verenigingen de capaciteitsbeslissingen voor de diverse vervolgoledingen baseren, is niet duidelijk.

#### FINANCIEIE BELANGEN

De relatieve 'onwil' van de planners om de mogelijkheden voor een betere en gefundeerdere beroepskrachtenplanning te gebruiken hangt samen met de belangen van zowel de zittende specialisten als de belangen van de overheid - vaak vooral financiële belangen.

De financiële belangen van de zittende specialisten zijn ingegeven door het vrije-marktprincipe. Door krapte op de arbeidsmarkt kunnen financiële eisen worden gesteld aan directies en ziektekostenverzekeraars. Met een kleinere beroepsgroep kan de macht ook beter beheerd worden. Dat het marktmechanisme werkt blijkt uit de situatie in de psychiatrie. De lonen voor deze veelal in loondienst werkende beroepsgroep stijgen. Voor kinderartsen bestaat een vergelijkbare situatie.

Ook bij de overheid spelen financiële overwegingen een rol. WVC wil het aantal specialisten-functie-eenheden beperkt houden omdat het ervan uitgaat dat elke extra specialist extra werk en dus extra kosten zal genereren. In de huidige op hoeveelheid verrichtingen gebaseerde honoreringssystematiek is dat ook gedeeltelijk zo. Dat door het inzetten van AGNIO's toch een groot deel van de uitbreiding van verrichtingen en dus kosten plaatsvindt, lijkt de overheid te ontgaan. Daarnaast

zou het zo moeten zijn dat een specialist die meer tijd heeft voor anamnese en lichamelijk onderzoek, kritischer met het aanvragen van aanvullend diagnostisch onderzoek om zal gaan, wat zou moeten leiden tot vermindering van de kosten. Een andere financieringssysteematiek zou het probleem ook kunnen omzeilen.

De rol van de overheid op het gebied van de beroepskrachtenplanning wordt er een op nog grotere afstand. In de aanbiedingsbrief van de laatste nota Beroepskrachtenplanning van WVC aan de Tweede Kamer wordt een heroriëntatie op die rol aangekondigd. Het zal meer aan de partijen zelf overgelaten worden: beroepsgroep en zorgverzekeraars. De commissie BKP van de NRV is recent opgeheven. De KNMG staat al te trappelen om de beroepskrachtenplanning voor artsen nog meer naar zich toe te halen (WVC zal een en ander echter wel moeten financieren). Met de verzekeraars zal onderhandeld moeten worden. De overheid zal een monitorfunctie behouden.

#### IDEEN VOOR ANDERE TOEKOMST

Voor een andere toekomst van de BKP zijn grofweg twee richtingen denkbaar. Een richting, gebaseerd op het vrije-marktprincipe, zal meer macht bij de verzekeraars leggen. Deze richting zou passen in de plannen van Simons over het nieuwe zorgstelsel. Als verzekeraars door krijgen dat een deel van de zorg c.q. de verrichtingen niet door de gecontracteerde specialist zelf gedaan wordt, zullen zij eisen aan die specialist kunnen gaan stellen. Het opheffen van de contracteerplicht biedt hun de

mogelijkheid daartoe. Ook differentiatie in de tarieven is een mogelijkheid voor de zorg/verrichtingen door specialist dan wel arts-assistent. Verzekeraars zullen mogelijk gebaat zijn bij een ruimere specialistenmarkt. Zo kunnen zij de voor hen meest geschikte (kwaliteit, prijs) contracteren. Een ruimere markt kan concurrerend werken. Een maatschap specialisten met enkele goedkopere assistenten voor een deel van de zorg/verrichtingen kan echter ook voor hen aantrekkelijk zijn. En dan zal de arbeidsmarkt voor AGNIO's niet ruimer zijn. Als verzekeraars in de toekomst mee moeten gaan betalen aan de opleiding tot specialist kan dat voor hen een argument zijn om niet veel artsen een vervolgoleding te geven. In deze oplossingsvariant blijven financiële belangen meespelen in capaciteitsbeslissingen.

Een andere oplossing is een conglomeraat van maatregelen die niet direct aansluiten bij de plannen van Simons en daar zelfs gedeeltelijk tegenin gaan. Een onafhankelijke instantie, los van de zittende beroepsgroep en financiers, zou de capaciteit van de vervolgoledingen tot specialist en daarvan afgeleid de hoeveelheid specialisten kunnen gaan ramen en vaststellen. Deze instantie zal dan op basis van goede informatie - hoeveel artsen in deeltijd, werkelijke vervangingsbehoefte et cetera - de planning voor haar rekening dienen te nemen; constante informatieverzameling is noodzakelijk. Normalisering van de werktijden van specialisten is ook voor de planning noodzakelijk. Loskoppeling van belangen en capaciteitsbeslissingen zal mede gerealiseerd kunnen worden door een andere honoreringssystematiek. Hierbij zou declaratie op basis van verrichtingen moeten vervallen, iets waar ook op andere gronden veel voor te zeggen valt. Dit bijvoorbeeld door specialisten in loondienst. Voor recent afgestudeerde artsen zou een centrale aanmeldingsprocedure opgezet moeten worden om een einde te maken aan de ondoorzichtige selectieprocedures op dit moment en om inzicht te krijgen en te houden in de hoeveelheid arts-assistenten. Ook kan men zicht krijgen op de wensen van toekomstige specialisten over werken in deeltijd en loopbaan-ideeën.

Een tussenvorm waarbij een onafhankelijk instituut de behoefte voor een ideale situatie bepaalt, waarna de onderhandelingen tussen de partijen losbarsten lijkt ook mogelijk. In de laatste varianten zullen financiële belangen van zowel zittende specialisten, verzekeraars en overheid losgekoppeld worden van de planning en capaciteitsbeslissingen. Dat is een eerste voorwaarde voor een betere planning. De planning moet meer gebaseerd worden op gefundeerde vooronderstellingen en adequate signalering van knelpunten. Dat in de nabije toekomst belangen en planningsbevoegdheid nog dichter bij elkaar komen te liggen doet echter het ergste vrezen. Niet alleen de AGNIO's zullen daar mee te maken krijgen maar ook de zorgvragers. Ik ben benieuwd wat er met de wachtlijsten zal gaan gebeuren.

*Eric van Rijswijk werkt als AGNIO Kinder-geneeskunde en is actief in de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen LBB.*

# SIMONS VERLIEST INITIATIEF OVER PLAN-SIMONS

Martien Bouwmans

*De stelselwijziging gezondheidszorg is met de laatst gepresenteerde nota van staatssecretaris Simons, weloverwogen verder, een nieuwe fase ingegaan. De vraag daarbij is niet zozeer óf de stelselwijziging voortgaat, want dat doet-ie. Maar is het inderdaad zo weloverwogen? Het proces lijkt meer bepaald door de onderlinge politieke en maatschappelijke krachtsverhoudingen dan dat er een bewuste, theoretische conceptie aan ten grondslag ligt.*

Het najaar van 1991 is een omslagpunt geworden voor de ambitieuze plannen en het hoge tempo in de stelselwijziging van staatssecretaris Simons. Hij wist overigens waar hij aan begonnen was. Geen van zijn voorgangers was erin geslaagd ingrijpende veranderingen in de taaie wereld van de gezondheidszorg door te voeren. Zelfs Simons zal zich af en toe verbaasd hebben over het feit dat hij al zo ver gekomen was!

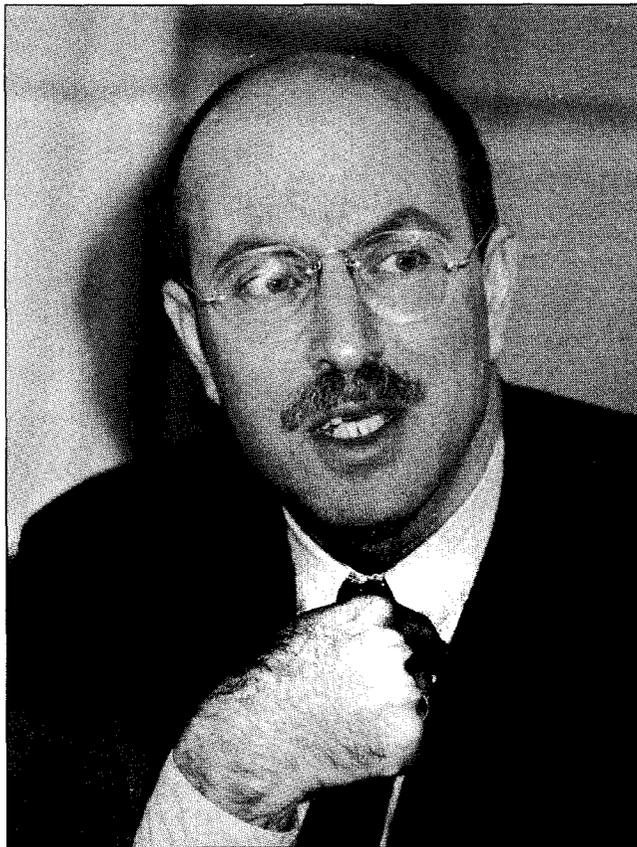
Het is moeilijk structurele veranderingen door te voeren in de gezondheidszorg door de veelheid aan belanghebbenden. Niet alleen hulpverleners en instellingen, ziekenfondsen, particuliere verzekeraars, patiëntengroeperingen, ook de werkgevers- en werknemersorganisaties bemoeien zich - als premiebetalers - intensief met de financiering van de gezondheidszorg. Politieke partijen worden vervolgens gemangeld door de vaak tegengestelde belangen van de groeperingen waarmee ze contacten onderhouden. Het resultaat is meestal een waterig politiek compromis dat vooralsnog kool en geit spaart.

Er staat dan ook heel wat op het spel. Bijna tien procent van het nationaal inkomen is ermee gemoeid, particuliere verzekeraars alleen al zetten jaarlijks 8,5 miljard gulden om in de gezondheidszorg, een half miljoen mensen werkt er en op de loonstrook wordt in totaal meer dan twaalf procent van het brutoloon ingehouden voor de ziektekostenverzekering.

## WERKGEVERSOFFENSIEF

Werkgeversvoorzitter Rinnooy Kan komt de dubieuze eer toe een flinke bres in het plan-Simons geslagen te hebben. Hij won het debat met Simons in het najaar van 1991 over de koopkrachteffecten van de invoering van een basisverzekering op punten. Dat debat heeft de twijfel en verwarring in de politiek aangewakkerd. Niet in de laatste plaats gevoed door de hernieuwde krachtige lobby van de particuliere verzekeringsmaatschappijen, deels ook door hulpverleners.

Niettemin kwam de 'tweede fase' van de stelselwijziging door beide kamers, zij het ernstig gehavend.



Staatssecretaris Simons  
Foto: Ron Jenner/AbvaKabo

De premieverlaging die de particuliere verzekeraars vervolgens hadden moeten doorvoeren omdat ze de medicijnen niet meer uit hun polissen hoefden te vergoeden, bleef echter uit. Ook al zou Simons later op alle punten met de door hem voorspelde premieverlaging gelijk hebben gekregen, dan nog was het doel voor de particuliere verzekeraars al bereikt: uitstel, vertraging, commotie en hernieuwde discussie over het plan-Simons.

## DE REKENKAMER ONTHULT

Het rapport van de Rekenkamer, dat de premiestelling bij particuliere polissen tot onderwerp had, gaf Simons echter geen gelijk. Premieverlaging in de door hem voorspelde zin (20-30%) was slechts in zeer beperkte mate mogelijk.

Ook al verzwakte deze conclusie Simons' positie aanzienlijk, toch hoeft hij met het Rekenkamer-rapport niet helemaal ontevreden te zijn. Het bezorgt hem immers een schat aan informatie over de handel en wandel van de particuliere verzekeraars. Dat kan de basis vormen voor verder ingrijpen aan de particuliere verzekeringskant. Zo verschaft het rapport duidelijkheid over de onthutsend zwakke positie die de particuliere verzekeraars in-

nemen in de kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Het inzicht ontbreekt hen nagenoeg in ontwikkelingen in de financiën van de gezondheidszorg aan de aanbodzijde, en er is al helemaal geen sprake van dat de verzekeraars zelf enig beleid voeren om tot kostenbeheersing te komen. Eens te meer blijkt hoezeer deze verzekeraars parasiteren op de activiteiten van de ziekenfondsen aan wie zij het contracteren, spreiden, en organiseren van de gezondheidszorg overlaten. Dat verklaart ook het taaie verzet van de particuliere verzekeraars tegen de invoering van een basisverzekering: die plaatst hen in directe concurrentie met diezelfde ziekenfondsen. Er is hun dan ook buitengewoon veel aan gelegen de huidige scheiding ziekenfonds en particulier te handhaven, zodat een exclusief verzekerdenbestand met hogere inkomens voor hen gereserveerd blijft.

Maar het Rekenkamer-rapport leert meer. De omslagpremie (WTZ-premie) die deze verzekeraars over alle particulier verzekerden mogen heffen om de tekorten op de polissen voor oudere mensen (standaard-pakket-polis) te dekken, blijkt door de verzekeraars veel te hoog vastgesteld. Dat feit zal de basis vormen voor het ingrijpen in deze omslag-premie-

heffing en het beleid van de verzekeraars om zoveel mogelijk risico's onder deze, voor de verzekeraar risicovrije, polissen te stoppen.

Tenslotte blijkt de 'vergrijzingsreserve' die de particuliere verzekeraars opgebouwd hadden te zijn 'verdwenen'. De vergrijzingsreserve is premie geld dat de verzekeraars gereserveerd hadden vóórdat de standaardpakketpolis werd ingevoerd. Door de eerder genoemde WTZ-omslageregeling is deze vergrijzingsreserve feitelijk overbodig geworden. De opgebouwde reserve zou nu dus aangewend kunnen worden om de premie te verlagen. De naar schatting 800 miljoen gulden die hiermee gemoeid is blijkt echter 'onvindbaar' en is waarschijnlijk weggevoerd naar andere verzekeringsactiviteiten. Ook hierover lijkt het laatste woord nog niet gesproken.

Toch hebben particuliere verzekeraars (+ werkgeversorganisaties) een forse slag geslagen. Simons stelt in zijn 'weloverwogen' nota de invoering van de basisverzekering feitelijk uit. In deze kabinetsperiode zullen geen overhevelingen van betekenis naar de AWBZ meer plaatsvinden. Het lot van de basisverzekering wordt zo in handen van een nieuw kabinet gelegd.

Daarmee is voor de korte termijn een angel uit het plan-Simons voor al diegenen voor wie een in hoge mate collectief gefinancierde sociale basisverzekering een gruwel is (werkgeversorganisaties, particuliere verzekeraars, VVD, hoger personeel).

Belangrijk is echter dat Simons doorgaat met de stelselwijziging, en het principe van het invoeringsmodel via overhevelingen van verstrekkingen naar de AWBZ handhaaft. Dat biedt Simons de mogelijkheid alle noodzakelijke voorbereidingen voor overhevelingen te gaan treffen. Hij kan het hele advies- en wetgevingstraject voorbereiden en bij wijze van spreken de datum van overheveling al vaststellen. Echter, zonder de zekerheid dat de basisverzekering ooit in zijn geheel ingevoerd zal worden.

## BETREURENSWAARDIGE ZET

Is de ene pijler van de stelselwijziging, de basisverzekering, dus uitermate ongewis, aan de andere pijler - meer marktwerking in de gezondheidszorg - wordt gestaag verder gewerkt. Vooral de discussie over al dan niet verplichte eigen risico's domineerde het afgelopen jaar in Den Haag iedere stelseldiscussie. Simons is voor de druk bezweken door zelf met voorstellen voor nieuwe eigen bijdragen te komen (vermogenstoets in eigen bijdrage AWBZ, eigen bijdragen voor fysiotherapie en psychotherapie, hogere bijdragen voor hulpmiddelen). Een zeer te betreuren zet. Simons dwaalt zo steeds verder af van het doel dat hij met de stelselwijziging juist trachtte te bereiken: invoering van een solidaire basisverzekering tegen ziektekosten en meer solidaire financiering van de gezondheidszorgkosten in het algemeen. Niet alleen de aard van de voorgestelde maatregelen is daarom omstreden, betreurenswaardig is vooral dat Simons zelf daarmee de politieke discussie over kostenbeheersing via de vraagzijde aanwakkert en voedt. Marktwerking lijkt vooral bevorderd te moeten worden aan de verzekerd-kant, door de verzekerd via eigen bijdragen te 'prikken' tot kostenbeheersing. Toch zou hij er

beter aan doen marktwerking aan de aanbodzijde te stimuleren, omdat daar verreweg de grootste 'winst' behaald kan worden als het om kostenbeheersing gaat.

Simons bepaalt echter de agenda van de stelselwijziging niet meer, het initiatief is hem ontnomen.

## CONTRACTEERPLICHT

Per 1 januari 1992 is de contracteerplicht voor ziekenfondsen met individuele hulpverleners opgeheven. Die maatregel - door alle commotie over de inkomenseffecten nagenoeg onopgemerkt doorgevoerd - is verreweg de belangrijkste paal die Simons geslagen heeft. De impact van het opheffen van de contracteerplicht kan op termijn enorm zijn: het biedt de zorgverzekeraars in principe het instrumentarium om zowel prijs als kwaliteit, en kwantiteit van de verrichtingen van hulpverleners ter discussie te stellen.

Of het opheffen van de contracteerplicht die werking inderdaad ooit kan krijgen wordt in de komende maanden beslist.

Koepels van verzekeraars en hulpverleners moeten immers gaan onderhandelen over nieuwe 'modelovereenkomsten' op basis waarvan hulpverleners straks met een zorgverzekeraar een individueel contract kunnen afsluiten.

In de onderhandelingen over de nieuwe modelovereenkomst zullen de hulpverleners proberen de contracteerplicht opnieuw in te voeren door in de modelovereenkomst vast te leggen wie wel en niet voor een contract in aanmerking kunnen komen. (Zie elders in dit nummer over de onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars.) Indien zij daarin slagen zal van marktwerking tussen verzekeraars en hulpverleners geen sprake meer kunnen zijn. Marktwerking tussen hulpverleners en verzekeraars is echter vanuit het oogpunt van kostenbeheersing van essentieel belang.

Vermeldenswaard in dat verband is dan ook Simons' maatregel om zo mogelijk nog per 1 januari 1993 alle hulp op het gebied van 'verpleging en verzorging' functioneel te omschrijven. Dat betekent in concreto dat meer onderlinge concurrentie bewerkstelligd zal worden tussen al die instellingen die zich op een of andere wijze met vormen van verpleging en verzorging (thuis of in een instelling) bezighouden. Een meer marktgerichte benadering van die instellingen is daarvoor essentieel, te meer daar ook de contracteerplicht voor die instellingen per die datum zal worden opgeheven. Het is bepaald niet uitgesloten dat door die veranderingen op het gebied van kostenbeheersing en efficiency, maar ook zorgvernieuwing, een geheel nieuwe dynamiek op gang wordt gebracht.

Ook de medisch-specialistische hulp (een van de vaste kostenoverschrijders) is alleen nog in toom te houden indien de zorgverzekeraars meer greep op (de omvang van) het handelen van de specialisten kunnen krijgen. In het enkele maanden geleden verschenen rapport van de Gezondheidsraad (*Medisch handelen op een tweesprong*) wordt nog eens op ontzetsende wijze geïllustreerd hoezeer de aanbodzijde onnodige verrichtingen paart aan inefficiënt gedrag, zeker wanneer de eigen portemonnee in het geding is.

De opheffing van de contracteerplicht biedt in principe de mogelijkheid om dat aan de orde te stellen. De strijd die daar nog voor gevoerd zal moeten worden (het is de overheid zelf nooit gelukt) zal uiterst taai zijn; ondersteunende maatregelen vanuit de politiek zouden hoge prioriteit moeten hebben. Zo zou het bijvoorbeeld goed zijn als de politiek zich sterk zou maken voor overheveling van de specialistische hulp naar de AWBZ (de basisverzekering): dat verplicht dan immers ook de particuliere verzekeraars zich meer met de kosten van die hulp te gaan bemoeien.

## DE DANS

Hoewel het politieke debat zich concentreert op kostenbeheersing via de verzekerd (eigen bijdragen) wordt in 'het veld' de slag om het al of niet falen van het plan-Simons geleverd door verzekeraars en hulpverleners. Het is zeer wel mogelijk dat de onderhandelingen tussen verzekeraars en hulpverleners over nieuwe contracten vastlopen en dat er uiteindelijk acties uit voortvloeien. Wellicht zullen ook de patiënten daarvan hinder ondervinden. De 'chaos' die zou kunnen ontstaan zal ongetwijfeld toegeschreven worden aan 'het plan-Simons'.

Er doet zich een merkwaardige paradox voor. Breed wordt, althans in woorden, onderkend dat de mogelijkheden voor kostenbeheersing vooral aan de aanbodzijde liggen. Zorgaanbieders zullen, wanneer het tot conflicten komt met de zorgverzekeraars omdat hun positie wordt aangetast, in principe niet op veel (politieke) steun behoeven te rekenen.

Maar er zijn ook andere belangen in het geding. Zo is het de vraag of aperte tegenstanders van een basisverzekering de conflicten die voortvloeien uit de onderhandelingen tussen verzekeraars en hulpverleners niet zullen aangrijpen en misbruiken om opnieuw het hele plan-Simons te torpederen. Ook al wordt het eminente belang van meer marktwerking aan de hulpverlenerskant en daarmee dus kostenbeheersing onderschreven, in de dans rond de pot van 50 miljard telt vooral het eigenbelang. Indien conflicten rondom hulpverleners aangegrepen kunnen worden om het plan-Simons en daarmee vooral de basisverzekering definitief te torpederen, zal deze kans door een aantal veldspelers helaas niet onbenut gelaten worden, ook al zou dat tot gevolg hebben dat de huidige machtspositie van de medici onaangetaast blijft.

*Martien Bouwmans is beleidsmedewerker  
Gezondheidszorg bij de FNV.*

# HET SLAGVELD VAN DE STELSELHERZIENING IN DE EERSTELIJNSZORG

Guus Bannenbergh

*Wie de media nauwgezet volgt, krijgt wellicht de indruk dat de stelselherziening na een voortvarende start inmiddels knarsend en piepend tot stilstand is gekomen. Daarbij wordt vooral verwezen naar het uitblijven van nieuwe stappen in de zorgverzekering. Deze indruk is echter misleidend. De om zijn ambitieuze doelstellingen wel eens bekritiseerde staatssecretaris heeft de stelselherziening dusdanig breed opgezet dat andere aspecten ervan inmiddels hebben geleid tot een ware omwenteling in de gezondheidszorg en in het bijzonder de eerstelijnszorg.*



*De ambulances van de GGD voeren een zware concurrentiestrijd tegen de veel goedkopere ligtaxi's  
Foto's: Ron Jenner/AbvaKabo*

Daarbij doel ik niet zozeer op de contracteervrijheid, die met name door de zorgverzekeraars omarmd wordt, maar op de door het ministerie van WVC ingezette decentraliseringsoperatie zoals verwoord in de *Notitie publiek bestel*. De stelselherziening omvat namelijk niet alleen een ingreep in de zorgverzekering, maar ook een herbezinning op de verantwoordelijkheden van de centrale overheid voor de zorg. Met de stelselherziening worden verantwoordelijkheden van de overheid gedelegeerd naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars (functionele decentralisatie) alsmede naar lagere overheden (territoriale decentralisatie). De functionele decentralisatie betreft de verantwoordelijkheden voor planning en financiering van zorg die geregeld worden in de Wet op de zorgverzekering. De territoriale decentralisatie behelst het toedelen van verantwoordelijkheden naar lokale overheden (provincies en gemeenten). Zowel de functionele als de territoriale decentralisatie gaan gepaard met decentralisatie van zeggenschap over de middelen. De omvang en de besteding van de middelen uit de zorgverzekering worden daarbij bepaald door de zorgverzekeraars, terwijl de lokale overheden de beschikking verkrijgen over middelen toegevoegd aan het gemeentefonds.

Voor de eerstelijnszorg begint langzamerhand de consequenties van deze operatie te

merken. Kon tot voor kort met een gerust hart op de subsidies en doeluitkeringen van de centrale overheid vertrouwd worden, nu moet gewed worden op twee paarden: de zorgverzekering of het gemeentefonds. De slag van de partijen in de eerstelijnszorg om deze twee fondsen is inmiddels aan de gang. In deze bijdrage een overzicht van het slagveld, de succesvolle strijders en de eerste slachtoffers.

## HUISARTSEN

De strategie die partijen in de eerstelijnszorg kunnen volgen, wordt ingegeven door de voor- en nadelen van financiering uit de zorgverzekering en het gemeentefonds. De zorgverzekering, en vooral de basisverzekering, biedt veel zekerheid. De zorg wordt bij wet vastgelegd, waarbij in onderhandeling met zorgverzekeraars afspraken gemaakt worden over kwaliteit, volume en prijs van de te leveren zorg. De eerste jaren zal van een concurrentie op het gebied van prijzen nauwelijks of geen sprake zijn, zodat adequate financiering gegarandeerd is. Dit geldt zeker voor zorgaanbieders als huisartsen en specialisten die met een stevige greep op de opleidingscapaciteit het zorgaanbod met succes beperkt weten te houden.

Het alternatief, het gemeentefonds, biedt veel minder zekerheid. Bij de overdracht van subsidies en doeluitkeringen naar het gemeentefonds zijn door de centrale overheid soms

aanzienlijke reducties toegepast. In het gemeentefonds moet geconcurrereerd worden met de bekende lantaarnpalen, terwijl het aantal artikel-12-gemeenten met niet meer te dragen begrotingstekorten per jaar toeneemt. Financiering uit het gemeentefonds vereist een voortdurende legitimatie van activiteiten die moeten passen bij de op dat moment geldende politieke prioriteiten. Meerjarenafspraken over financiering zijn problematisch.

Huisartsen hebben zich terdege voorbereid op de stelselherziening. Zij hebben zich sterk gemaakt voor onderbrenging van de curatieve zorg in de zorgverzekering. Met succes is verzet aangetekend tegen een functionele omschrijving die ook basisartsen in staat zou stellen deze zorg te bieden. Daarnaast bereiden huisartsen zich voor om tegen betaling ook preventieve zorg te gaan verlenen blijkens een door de LHV in samenwerking met het NHG ontwikkeld plan. Met name de bevolkingsonderzoeken op baarmoederhalskanker en borstkanker zouden daarbij grotendeels door huisartsen worden gecoördineerd en uitgevoerd. Niet alleen is interessant dat op deze wijze taakuitbreiding wordt nagestreefd, maar ook dat daarmee bewerkstelligd zou worden dat preventie niet uit het gemeentefonds maar uit de zorgverzekering betaald wordt. Individuele preventie als verstrekking in de zorgverzekering. Het is nog maar de vraag of het plan door

zorgverzekeraars wordt geaccepteerd, maar het getuigt van initiatief. Nevendoel van het plan lijkt onder meer te zijn om daarmee praktijkautomatisering en ondersteuning in de vorm van regionale preventied medewerkers gefinancierd te krijgen.

## GGD EN KRUISWERK

GGD-en waren tot voor kort voor hun financiering sterk van de centrale overheid afhankelijk via een systeem van doeluitkeringen. Nu de collectieve preventie met ingang van 1 juli 1992 in zijn geheel in het gemeentefonds terecht is gekomen, zijn bezuinigingsoperaties bij GGD-en aan de orde van de dag. Aangezien in de Wet collectieve preventie volksgezondheid geen capaciteitsnormen zijn opgenomen, heeft de Geneeskundige hoofdinspectie volksgezondheid inmiddels in een rapport kunnen vaststellen dat de capaciteit en daarmee ook de kwaliteit van preventieve zorg op de tocht is komen te staan.

Op verschillende wijzen proberen GGD-en hun positie voor de toekomst veilig te stellen. Onder andere door schaalvergroting, maar ook door een positie te verwerven bij zorgverzekeraars. Mogelijkheden daartoe zijn bijvoorbeeld verrichtingen zoals logopedie en bevolkingsonderzoeken op baarmoederhalskanker en borstkanker uit de zorgverzekering te laten financieren. Ook onderzoek en advies, zoals indicatiestelling voor verpleeghuizen, kan gefinancierd worden door zorgverzekeraars. Op dit gebied moeten GGD-en echter in toenemende mate concurreren met de GMD-en, die op zoek zijn naar nieuwe markten.

Reeds langere tijd zijn GGD-en gedwongen de strijd aan te binden met particuliere vervoerders en zorgverzekeraars op het gebied van ambulancehulpverlening. Met de te lage tarieven en de hoge kosten voor het spoedvervoer als molenstenen om de nek moeten GGD-en zich in allerlei juridische bochten wringen om het verschijnsel ligtaxi's het hoofd te bieden. Het besteld vervoer in de goedkope ligtaxi's van particuliere vervoerders is geen concurrentie voor de dure ambulances van GGD-en. Door vermindering van het besteld vervoer wordt het spoedvervoer op de den duur onbetaalbaar voor GGD-en.

De kruisverenigingen zijn hard bezig om zich om te vormen tot grote professionele thuiszorgorganisaties. Zij zullen moeten gaan concurreren met particuliere thuiszorgorganisaties om het budget voor thuiszorg in de zorgverzekering. Vermeldenswaard is de gang van zaken rond de consultatiebureaus. De zorg voor nul- tot vierjarigen is een interessante markt, die het kruiswerk zich niet graag laat ontnemen. Het voorstel van CDA en PvdA om deze zorg over te hevelen van de zorgverzekering naar het gemeentefonds, waarmee deze taak voor het kruiswerk op de tocht zou komen te staan, stuit dan ook op fel verzet ondanks goede inhoudelijke argumenten om de curieuze scheiding van de jeugdgezondheidszorg tussen kruiswerk (0- tot 4-jarigen) en GGD-en (4- tot 19-jarigen) op te heffen.

## ONDUIDELIJK

Hebben huisartsen, GGD-en en kruiswerk hun

keuze voor zorgverzekering en gemeentefonds min of meer bepaald, onduidelijk ligt dit voor andere organisaties. Zo worden CAD's op dit moment gefinancierd uit de Tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg, een doeluitkering van de centrale overheid. Verwacht mag worden dat deze doeluitkering op termijn wordt overgeheveld naar het gemeentefonds. Voor CAD's bestaat echter ook de mogelijkheid om een beroep te gaan doen op middelen uit de zorgverzekering, zoals ook de preventieve zorg van de Riaggs' uit de zorgverzekering wordt gefinancierd. De vraag is op welk paard de CAD's zullen gaan wedden.

Ook de gezondheidscentra zullen nu goed op moeten passen. Hun subsidies zullen naar verwachting in 1995 afgebouwd worden. Los van de vraag of deze centra tot kostenbesparing leiden zullen de meerkosten van gezondheidscentra voor management en samenwerking door hetzij zorgverzekeraars hetzij gemeenten opgebracht moeten worden. Aangezien gemeenten zich geleidelijk aan uit de curatieve zorg terugtrekken, lijken goede banden met zorgverzekeraars op dit moment essentieel voor gezondheidscentra. In enkele gevallen worden gezondheidscentra geheel overgenomen door zorgverzekeraars, zoals de Zilverzorg-centra van het Zilveren Kruis.

## EERSTESLACHTOFFERS

Ronduit somber is het echter gesteld met de Rutgershuizen. Jarenlang gesubsidieerd door de centrale overheid heeft de Rutgersstichting in feite verzuimd een lange-termijnstrategie uit te stippelen. De beleidsontwikkeling van decentralisatie werd niet tijdig voorzien, waardoor geen visie bestond op toekomstige financiering uit hetzij de zorgverzekering hetzij het gemeentefonds. Zowel de preventieve als de curatieve zorg van de Rutgershuizen komen echter in principe in aanmerking voor respectievelijk het gemeentefonds en de zorgverzekering. Door het ontbreken van een lange termijnstrategie moeten nu negentien van de zesentwintig Rutgershuizen hun deuren sluiten.

Met de sluiting van de Rutgershuizen vallen in feite de eerste slachtoffers van de stelselherziening in de eerstelijnszorg. De met de stelselherziening gepaard gaande decentralisatie dwingt zorgaanbieders in de eerstelijnszorg tot het maken van keuzen tussen financiering uit het gemeentefonds en uit de zorgverzekering. Om aanspraak te kunnen maken op financiering uit de zorgverzekering moeten sterke argumenten aangevoerd worden, aangezien de stelselherziening ook beoogt het basispakket op te schonen en te bezuinigen. Alternatief is het gemeentefonds, dat echter mogelijk nog meer aan bezuiniging onderhevig is waardoor financiering op langere termijn niet gegarandeerd is.

De zorgaanbieders die hun keuze nog niet gemaakt hebben dreigen snel door de zeef van zowel de zorgverzekering als het gemeentefonds te zakken. Het is jammer dat inhoudelijke afwegingen daarbij niet altijd een belangrijke rol spelen. De keuzen worden inmiddels gemaakt door de zorgverzekeraars en

de lokale overheden. Voor zorgverzekeraars is vooral de curatieve zorg van belang. Het gevaar bestaat dat met name de preventieve zorg op langere termijn op de tocht zal komen te staan. De centrale overheid heeft met de decentralisatie de instrumenten voor sturing uit handen gegeven. Het is nog maar de vraag in hoeverre lokale overheden de goede afwegingen zullen maken.

*Guus Bannenberg is sociaal-geneeskundige en algemeen directeur van de GGD Delft/Oostland*

Noten:

1. Ministerie van WVC, *Notitie publiek bestel*. Den Haag, 1992.
2. B.J.J.M. Berder e.a. 'Preventie door de huisarts'. In: *Medisch Contact* 47(1992) 715-718.

# APOTHEKERS EN VERZEKERAARS ALS EERSTEN IN DE RING

Martien Bouwrnans

*Apothekers en verzekeraars staan aan de vooravond van een conflict. Aanleiding is het vervallen van de contracteerplicht en het maken van een nieuwe modelovereenkomst, die de verhoudingen tussen beide partijen regelt. Sinds 1 januari 1992 moeten apothekers een contract afsluiten met de ziektekostenverzekeraars. De verzekeraars hoeven niet langer iedere gevestigde apotheker te accepteren. Zij kunnen voorwaarden stellen in de onderhandelingen. De apothekers voelen zich bedreigd en proberen hun uitgeholde machtspositie op de zorgverzekeraars terug te winnen. De uitkomst van deze onderhandelingen is beslissend over de vraag of de marktwerking in de gezondheidszorg zich verder kan ontwikkelen en of de verzekeraars een wig weten te drijven in het hechte medische bolwerk.*

Begin dit jaar kondigde een ziekenfonds aan tot centrale medicijnaankoop over te willen gaan voor de apothekers in de regio. Dit voorstel werd door de apothekers scherp afgewezen. Daarna is er weinig meer van vernomen. Sinds 1 januari 1992 behoren dergelijke voorstellen echter wel tot de mogelijkheden. Immers, per die datum is de contracteerplicht voor ziekenfondsen met alle gevestigde apothekers vervallen. Een ziekenfonds kan sindsdien aan een apotheker die een contract wil afsluiten de voorwaarde opleggen om mee te doen aan een door het ziekenfonds geregelde centrale medicijninkoop. Zo niet, dan kan de apotheker een overeenkomst geweigerd worden. Een goed voorstel, lijkt me. Door centrale aankoop van medicijnen kan 'goud geld' in de vorm van kortingen en bonussen bedongen kan worden. 'Goud geld' dat dan eindelijk in de vorm van een lagere nominale premie terecht kan komen waar het thuishoort: bij de verzekerden.

Tussen wat in principe mogelijk is en wat in de praktijk gerealiseerd kan worden gaapt echter een enorme (machts)kloof: de apothekers zijn op geen enkele wijze bereid hun machtspositie op welk punt ook ter discussie te stellen.

## MODELOVEREENKOMST

In de afgelopen maanden hebben de apothekersorganisatie KNMP en de zorgverzekeraars, voor de ziekenfondsen de VNZ; voor de particuliere verzekeraars de KLOZ), onderhandeld over een landelijk geldende modelovereenkomst. In die modelovereenkomst staan boordlijnen geregeld over de contractuele relaties tussen apothekers en zorgverzekeraars in het algemeen. Aan wat in de modelovereenkomst geregeld wordt, moeten straks alle apothekers en zorgverzekeraars voldoen. Het is vrij om details en aanvullingen te regelen in de individuele overeenkomst die straks tussen een apotheker en een zorgverzekeraar op lokaal niveau gesloten gaan worden. Zo moet het gaan werken: de overeenkomst of het contract wordt beschouwd als de spil van het nieuwe stelsel.

Tot nu toe hebben de KLOZ en de verzeke-

raars geen overeenstemming kunnen bereiken over wat wel en wat niet in de modelovereenkomst geregeld moet worden. Het belangrijkste verschil van mening betreft de wens van de apothekers om in de modelovereenkomst vast te leggen welke apothekers straks voor een contract in aanmerking kunnen komen. In feite probeert de KNMP de zojuist afgeschafte contracteerplicht via een omweg in de modelovereenkomst weer in te voeren. Door in de modelovereenkomst afspraken te maken over capaciteit en spreiding (wanneer is er ruimte voor een nieuwe apotheker?) en over de persoon van de nieuwe apotheker regels te stellen, bepaalt de beroepsgroep in feite welke apotheker zich waar mag vestigen. Dat is terecht - onaanvaardbaar voor de zorgverzekeraars, die zich daarmee alle sturingsmogelijkheden uit handen geslagen zouden zien.

Er zijn meer geschilpunten. De vraag bijvoorbeeld of een zorgverzekeraar straks een apotheker slechts voor een deel van de farmaceutische hulp kan contracteren. Bijvoorbeeld: de apotheker wordt gecontracteerd voor het verstrekken van medicijnen die alleen op recept verkrijgbaar zijn; voor verbandmiddelen moet de verzekerde naar iemand anders. Maar ook de tarieven leveren problemen op, de looptijd en continuïteit, van contracten, et cetera. Belangrijkste verschil van mening is echter de 'herinvoering van de contracteerplicht'.

## PROEFTUIN

De onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars worden door andere hulpverleners nauwgezet gevolgd. De uitkomst van deze onderhandelingen zijn voor de nabije toekomst van het grootste belang. Feitelijk wordt er beslist of er van marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ooit iets terecht kan komen. Kan er in de toekomst over de prijs van de te verlenen hulp werkelijk onderhandeld worden, kunnen er prijsverschillen ontstaan, kan concurrentie tussen hulpverleners onderling bewerkstelligd worden en kunnen er aan het medisch handelen voorwaarden worden gesteld? In de komende maanden worden die kernvragen beantwoord.

Het valt niet te verwachten dat op korte termijn het hechte bolwerk van de diverse zorgaanbieders, met een organisatiegraad van tegen de honderd procent, werkelijk gesloten kan worden. Daarvoor is hun historisch opgebouwde machtspositie en professionele autonomie te groot. Ook al wordt derhalve het conflict in het voordeel van de verzekeraars beslecht, dan moeten daarvan op korte termijn geen grootse financiële resultaten worden verwacht. Duidelijk moet zijn dat de vraag of de verzekeraars überhaupt de mogelijkheden zullen krijgen om iets fundamenteels aan de orde te stellen de inzet van deze modelovereenkomst-onderhandelingen is.

Wat bij de apothekers beslist wordt zal op zijn beurt weer van grote invloed zijn voor de onderhandelingen met huisartsen, fysiotherapeuten, specialisten, enzovoort. Apothekers vormen zo de proeftuin. Hoe gaat nu dit conflict zich verder ontwikkelen?

## CONTRACTLOZE PERIODE

Nu de partijen geen overeenstemming hebben kunnen bereiken moet de Ziekenfondsraad (ZFR) een modelovereenkomst vaststellen. Dat is in de wet geregeld. Inmiddels is dit ook gebeurd. In deze door de ZFR vastgestelde modelovereenkomst komen de door de apothekers gewenste regels op het gebied van capaciteit en spreiding niet voor. Dat wordt - in het verlengde van de opvatting van de zorgverzekeraars - gezien als het ongedaan maken van de zojuist wettelijk opgeheven contracteerplicht.

Maar zal nu de modelovereenkomst zoals vastgesteld door de ZFR veel invloed hebben? Het valt niet te verwachten dat op basis van deze modelovereenkomst (waarin overigens aan meer eisen van de apothekers niet tegemoet gekomen is) veel individuele overeenkomsten gesloten zullen gaan worden. De apothekers zullen het front gesloten houden zodat afgestemd wordt op een periode zonder contracten. Een kernvraag is hoelang Simons een dergelijke contractloze periode zal tolereren, daar waar de wet dergelijke contracten juist voorschrijft.

De hulp voor de verzekerden hoeft door het ontbreken van contracten niet onmiddellijk in gevaar te komen. Simons kan wanneer de hulpverlening door het ontbreken van contracten in gevaar komt een zogenaamd 'restitutiebesluit' treffen. Verzekerden kunnen dan gewoon medicijnen gaan halen bij de apotheek, maar zullen de rekening voor de medicijnen aan de apotheekbalie moeten voldoen en die vervolgens declareren bij de verzekeraar (het 'restitutiesysteem'). Maar welk tarief betaalt nu een verzekeraar aan de apotheker met wie geen overeenkomst bestaat voor de verleende diensten? De vergoeding die een verzekeraar aan een apotheker betaalt bedraagt op dit moment fl. 20 per verstrekt medicijn. Indien dat

het geldende tarief zou blijven, kunnen de apothekers zonder contract rustig achteroverleunen: zij ondervinden dan geen financieel nadeel. Ook voor deze situatie is in de wet een regeling getroffen.

In zijn oorspronkelijke wetsvoorstel had Simons voorgesteld in dat geval een restitutietarief in te laten gaan ter hoogte van tachtig procent van het geldende tarief. De apotheker zou derhalve financieel nadeel ondervinden indien hij geen contract met een verzekeraar wil aangaan.

In haar oneindige wijsheid besliste de Eerste Kamer echter dat een dergelijk tarief te veel in het voordeel van de zorgverzekeraar zou zijn. Geregeld werd uiteindelijk dat dan een commissie ingesteld zou moeten worden waarin zowel de KNMP als de zorgverzekeraars zitting hebben (!) die een restitutietarief moet vaststellen.

De uitkomst van dat commissie beraad, dat plaats gaat vinden zodra Simons zijn restitutiebepsluit treft, en de hoogte van het door de verzekeraar aan de apotheker te vergoeden tarief laten zich op dit moment moeilijk raden. De partijen hebben na moeizame onderhandelingen inmiddels wel een procedure vastgelegd hoe de commissie samengesteld moet worden en hoe de werkwijze zal moeten zijn. Doordat vastgelegd is dat er naast beide partijen een onafhankelijk voorzitter moet zijn, ziet het er naar uit dat een tarief vastgesteld kan worden. Maar hoe hoog? Zal dit tarief zodanig laag worden vastgesteld dat individuele apothekers eieren voor hun geld kiezen en alsnog hier en daar overeenkomsten tegen het normale tarief zullen gaan afsluiten? In dat geval is een bres in het apothekersfront geslagen, en kan het conflict in het voordeel van de zorgverzekeraars beslecht worden.

Wijkt het restitutietarief echter niet veel af van het normaal geldende dan zal van werkelijke bewegingen geen sprake zijn en kunnen de apothekers als de morele en feitelijke winnaars bestempeld worden. Ook het opheffen van de contractverplichting heeft dan veel van zijn waarde verloren: alle apothekers (gevestigde en nieuwe) komen immers voor een restitutietarief in aanmerking.

## DE VERZEKERDEN

Welke verzekerden ondervinden van een eventueel apothekersconflict de nadelen? Dat zijn met name particulier verzekerden. De ziekenfondsverzekerden zullen in eerste instantie geen nadelen ondervinden doordat de opheffing van de contractverplichting voor de ziekenfondsen (per 1-1-92) een overgangperiode kent van twee jaar. Tot 1 januari 1994 lopen alle contracten tussen apothekers en ziekenfondsen gewoon door. De ziekenfondsen onderhandelen wel mee over de nieuwe modelovereenkomst.

Particuliere verzekeraars hebben echter nooit contracten gesloten met apothekers, maar vergoeden gewoon de door de verzekerden ingediende rekeningen. Door de overheveling van medicijnen naar de AWBZ moeten nu ook de particuliere verzekeraars contracten afsluiten.

Als het daadwerkelijk tot een conflict komt zal het, zoals zo vaak, wel weer over de ruggen van de verzekerden uitgevochten worden. Een voordeel is - voor zover daarvan gesproken mag worden - dat het in eerste instantie de

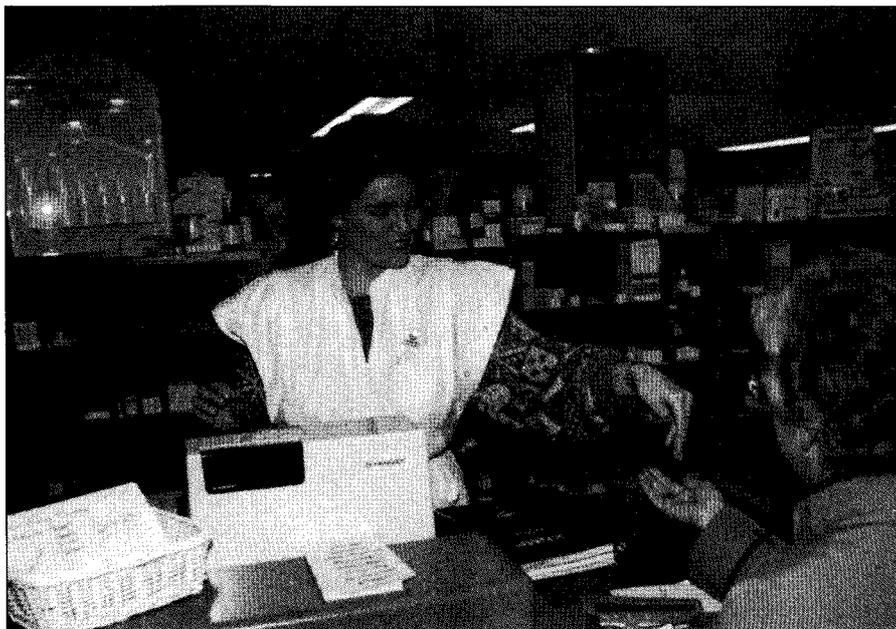


Foto: Ron Jenner/AbvaKabo

ruggen van de particulier verzekerden zijn en eens een keer niet die van de ziekenfondsverzekerden.

Particulier verzekerden zullen als eerste met de gevolgen van het conflict te maken krijgen. de ziekenfondsverzekerden pas na 1 januari 1994.

## TAAI GEVECHT

Dat de apothekers vooralsnog de poot stijf zullen houden lijkt evident, maar zullen de zorgverzekeraars dat ook doen? De zorgverzekeraars staan immers ook met elkaar in concurrentie. Men wil zoveel mogelijk verzekerden aan zich binden. Een conflict waarbij de medicijnverstrekking problematisch zou kunnen worden doet aan de wens om verzekerden te binden en tevreden te stellen geen goed. Het is dus bepaald niet denkbeeldig dat de zorgverzekeraar overstag gaat en in een contract aan de wensen van de apotheker tegemoet komt. Weliswaar verliest de verzekeraar dan zijn mogelijkheden om aan de aanbodzijde tot kostenbeheersing te komen, maar daar staat tegenover dat hem veel ongemak bespaard blijft en hij alle aandacht kan richten op het aantrekken van zoveel mogelijk verzekerden.

Aan de aanbodkant valt voor de verzekeraar in potentie weliswaar veel geld te verdienen, maar de strijd die daarvoor gevoerd moet worden is taaier dan de relatief eenvoudiger weg om via de verzekerdenkant de 'winst' te gaan behalen.

Van regionale inkoop van medicijnen zal voorlopig nog wel geen sprake zijn. Evenmin zullen de zorgverzekeraars op korte termijn in staat zijn een hecht georganiseerde en machtige groep als de apothekers volledig uit elkaar te spelen. Maar hoe belangrijk is het al niet om in een gesloten sector als de farmaceutische hulp een kleine wig te drijven? Om althans op korte termijn een deel van de zeggenschap over die sector in handen van de verzekeraars te leggen.

Sinds enkele jaren hebben ziekenfondsen al

meer grip kunnen krijgen over de sector 'hulpmiddelen'. De contractverplichting in die sector is al eerder vervallen, marktwerking dus ook eerder mogelijk gemaakt. Scherper onderhandelen door de fondsen (op straffe van géén contract met de leverancier) en het samenstellen van 'voorkeurspakketten' incontinentiemateriaal (waarbij niet zonder ieder merk incontinentiemateriaal vergoed wordt door het ziekenfonds) heeft bijvoorbeeld de prijs van dat materiaal al met vele tientallen procenten doen dalen! Analoge ontwikkelingen hebben zich voltrokken bij de kosten van hoortoestellen.

Apothekers en zorgverzekeraars houden precies dat soort ontwikkelingen scherp in het oog. Ze tekenen de belangen die gemoed zijn met het uitvechten van wat wel en niet in het contract apotheker-zorgverzekeraar wordt opgenomen. Marktwerking in de gezondheidszorg, met name ook aan de aanbodzijde, is een van de pijlers waarop het plan-Simons rust. Het lijkt niet overdreven te stellen dat de toekomst van het plan in de komende maanden via de overeenkomst zorgverzekeraar-apotheker wordt beslecht.

*Martien Bouwmans is beleidsmedewerker gezondheidszorg bij de FNV*

1. KNMP = Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie  
VNZ = Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars  
KLOZ = Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars

# HET MEDISCH GEBOUW

Adri van der Bom

***De Domus Medics; voorheen een flatgebouw, nu een complex bestaande uit twee aan elkaar gebouwde torens, met wellicht op termijn uitbreiding naar een derde. Daar in Utrecht zetelen de gevestigde artsorganisaties van Nederland. In de ogen van velen het centrum van de macht in de gezondheidszorg. Menig bestuurder heeft moeten ervaren dat het lastig zakendoen is met de in de Domus gehuisveste organisaties, en dat zijn er vele. Een kleine wegwijzer.***

Binnen de clubs die in de Domus gevestigd zijn is officieel een tweedeling te maken. Er zijn de belangenverenigingen, ook wel maatschappelijke verenigingen, te weten de Landelijke Specialisten Vereniging (LSVl), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHVJ), de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LADJ) en de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneseskundigen (LVSG). Een tweede groep wordt gevormd door de 'Colleges' en de 'Registratiecommissies', die de opleidingseisen/normen en registratie van artsen met een voortgezette opleiding bewaken. Deze organisaties zijn primair gericht op kwaliteit.

Als overkoepeling van dit geheel is er de organisatie van artsen, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Het is overigens een aardig kijkje op de blikvernaauwing die vooral oudere collegae verwoorden als ze over de KNMG praten met het korte 'de maatschappij', een begrip dat elders een iets ruimere strekking heeft.

De KNMG behandelt alle zaken die meer dan één maatschappelijke vereniging betreffen, dan wel de gehele artsenpopulatie aangaan. Zij beheert ook de colleges. De KNMG tracht zowel belangen (van de maatschappelijke verenigingen) als kwaliteit en inhoud te bewaken.

Formeel geheel los van bovengenoemde organisaties bestaan er de wetenschappelijke verenigingen. Ieder specialisme en de huisartsgeneeskunde hebben daarin een organisatie die zich bezighoudt met de wetenschappelijke kant van de beroepsuitoefening.

Als voorbeeld kan dienen het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van de huisartsen, overigens sinds kort ook inwonend in de Domus. Het NHG houdt zich bezig met het ontwikkelen van standaarden/protocollen en de verdere uitbouw van de wetenschappelijke basis voor de huisarts.

Het is niet eenvoudig te analyseren waar de macht binnen de diverse artsorganisaties ligt en het is eigenlijk ook de vraag of een dergelijke analyse interessant is. Historische verworvenheden van de geneesheren, sociaal-culturele achtergronden van de plaats van de medicijnmannen, slimme tactieken van deskundige bestuurders, en nog veel meer, het zal allemaal wel een rol spelen. Belangrijker zijn de consequenties van de machtsposities van deze organisaties ten opzichte van elkaar. Het

karakter van de verscheidene groepen verschilt namelijk fors en het is een publiek geheim dat men het binnen de Domus niet altijd even goed met elkaar kan vinden.

Als puntje bij paaltje komt zijn het steeds de belangenverenigingen die aan het belangrijkste eind trekken. De KNMG maakt de laatste jaren een goede indruk met doordachte standpunten inzake allerlei kwalitatieve onderwerpen in de geneeskunde, hiervan zijn voorbeelden te over zoals het standpunt inzake euthanasie, doodstraf en zelfs stelselwijziging. Ten aanzien van dit laatste punt werd een genuanceerde positie gekozen waarin vooral twijfels ten aanzien van de bewaking/bewaring van de kwaliteit, van de Nederlandse gezondheidszorg op de voorgrond stonden. Maar als er echt onderhandeld moet worden, zit niet de KNMG aan tafel!

In de publieke opinie zijn het dan ook ongetwijfeld veeleer de LHV en de LSV die het gezicht van de beroepsgroep bepalen. En dit gezicht is aanzienlijk minder genuanceerd en laat ook zien wat voor grote delen van de beroepsgroep het zwaarste telt. Men denke hierbij bijvoorbeeld aan de conflicten tussen de specialisten en de rest van het veld. Als er dan al iets van overeenstemming is, blijkt dat zelfs collegiaal er geen solidariteit is als het om de pecunia gaat. Een voorzichtige herverdeling van grootverdienende specialisten naar de wat minder verdienende collega's levert op een ledenvergadering dan ook smakelijke maar helaas besloten taferelen op. Aan de hand van het onderwerp 'beroepskrachtenplanning' zal ik proberen te schetsen hoe het werkt, en waar het toe leidt.

De KNMG heeft als overkoepelende organisatie van artsen een commissie Beroepskrachtenplanning. Immers de planning van het aantal werkzame artsen, onderverdeeld in alle mogelijke categorieën, heeft betrekking op de gehele beroepsgroep met directe relatie tot het aantal studenten dat in de medische studie moet instromen. De overheid, in dezen het ministerie van WVC, heeft zich hieruit min of meer teruggetrokken en wil dat het veld, te weten de zorgverzekeraars en de beroepsgroep, het aantal in te stromen specialisten en huisartsen regelt.

De KNMG trekt dit onderwerp graag naar zich toe en pleit voor het volledig in eigen beheer nemen van de beroepskrachtenplanning.

In de commissie wordt dan gewerkt aan een goede systematiek voor planning.

Ondertussen gaan de maatschappelijke verenigingen vrolijk hun gang, of zetten juist geen stap. De LHV, beseffende dat er een schaarste dreigt aan huisartsen, laat via een onafhankelijk wetenschappelijk instituut (het NIVEL) een opzet voor planning maken. Deze nota bevat verschillende varianten. Zij kiest voor één variant (een lage) waarin maatschappelijke ontwikkelingen zoals deeltijdarbeid en werktijdverkorting amper tot hun recht komen. De reden hiervoor laat zich raden, maar lijkt alles te maken te hebben met het hoog houden van de marktwaarde, een verhaal op zich overigens. De onderhandelingen met andere delen van het veld om de capaciteit van de beroepsopleiding aan te passen aan deze variant zijn allang bezig voor de KNMG daar ook maar iets kan inbrengen. Ten aanzien van de planning van de diverse specialismen is het een geheel andere situatie. Ondanks problemen met tekorten aan oogartsen, kinderartsen, psychiaters et cetera lijkt er nog geen enkel schot te zitten in zelfs maar een fatsoenlijke 'planningssystematiek'. Ook hier lijkt marktwaarde de voornaamste drijfveer, maar vanuit een geheel andere strategie. De KNMG vist dus of ver voor, of juist achter het net, maar de vangst blijft slecht. De goede intentie is er ongetwijfeld, maar uiteindelijk bepalen de directe (financiële) belangen het concrete beleid.

De Domus Medica, het is een intrigerend gebouw. Nogmaals, er gebeuren hele goede dingen, maar er zetelen van oorsprong vooral belangen. Een voorbeeld als hierboven staat kan op vele terreinen gegeven worden. En altijd als er dan iets goeds wordt gepresenteerd: let op de financiële paragraaf.. Over de rest van de tekst wordt u het wel eens!

Het is een verwarring stichtende mengeling, aan de ene kant een kwalitatieve benadering en aan de andere kant steeds de directe belangenbehartiging. Dit dualisme is terug te vinden tot in de grondvesten van het gebouw, maar de boventoon is na bovenstaande toch wel duidelijk.

Blijft er altijd een aardige discussie over. Vroeger was het namelijk nog veel erger en enthousiaste jonge dokters wordt altijd voorgedragen dat er zo'n behoefte is aan vers bloed.

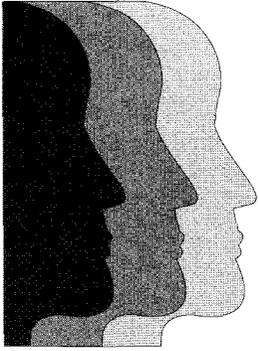
Versterk de gelederen, en zorg dat het beleid verandert.

Velen hebben dit inmiddels geprobeerd, u mag zelf het resultaat beoordelen.

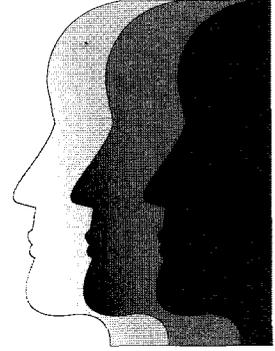
*Adri van der Bom is huisarts.*



*De Domus Medica*  
*Foto: Roai Troost*



## c o l u m n



# VOLKSVERZEKERINGEN, DICTATUUR EN OORLOG

Wie in bezet Nederland de BBC kon ontvangen, had op 21 maart 1943 deze historische woorden van Winston Churchill kunnen horen: 'U moet mij en mijn collega's zien als fervente voorvechters van een nationale verplichte verzekering van alle klassen tegen alle risico's van de wieg tot het graf.' *From the cradle to the grave*, met die slagzin - die typerend zou worden voor de naoorlogse sociale zekerheid - reageerde Churchill op het rapport dat William Beveridge vlak daarvoor, op 20 november 1942, het licht deed zien. De volksverzekeringen waren geboren.

Het rapport van Beveridge kwam vijftig jaar geleden niet uit de lucht vallen. De nazi-propaganda wees destijds keer op keer triomfantelijk op de voorsprong die Duitsland had op de westerse democratieën als het ging om sociale zekerheid. Met recht: het Derde Rijk liep met zijn stelsel van sociale verzekeringen namelijk ver voorop. Het was weliswaar voor een groot deel onder Bismarck en tijdens de Republiek van Weimar ontwikkeld en dus niet helemaal toe te schrijven aan de nationaal-socialisten, maar zo nauw let een propagandist niet. Bovendien was het onmiskenbaar dat de Duitsers behalve in militair opzicht ook in de sociale zekerheid doorbraken teweegbrachten in de toen omringende landen. Neem bijvoorbeeld in Nederland de Kinderbijslagwet (1941), het Ziekenfondsbesluit (1941), de verbetering van de Invaliditeitswet (1941) en de ziekengeldverzekering voor huispersoneel (1942).

Dat het tijd werd voor een ideologisch tegenoffensief, beseften Churchill en

Roosevelt, al in 1941. In augustus van dat jaar kondigden zij het Atlantic Charter af. Daarin beloofden zij na de oorlog niet alleen verbeterde werkomstandigheden en economische vooruitgang, maar ook sociale zekerheid. Beveridge werd gevraagd een uitgebreid overzicht te maken van de bestaande stelsels van sociale zekerheid. Hij liet er geen gras over groeien en kwam een jaar later met zijn zeer doorwrochte rapport *Social Insurance and Allied Services*. Hij stelde daarin voor, nog verder te gaan dan de Duitsers: sociale zekerheid moest niet langer voorbehouden zijn aan de arbeidende klasse, er moesten volksverzekeringen komen.

De Britten waren enthousiast en de Nederlandse regering in ballingschap deelde daarin. In 1943 gaf secretaris-generaal Van Rhijn van Sociale Zaken opdracht om Beveridges voorstellen eens te doordenken voor het naoorlogse Nederland. Van Rhijn rapporteerde, toen het zuiden al bevrijd was, begin 1945.

Pas meer dan tien jaar later, in 1956, kwam de eerste verzekering voor alle ingezetenen van Nederland, de Algemene Ouderdomswet AOW, de jaren erna gevolgd door de andere wetten-met-de-A: de AAW, de AWW, de AKW en tenslotte, precies vijftig jaar geleden, de AWBZ.

Een volksverzekering voor ziektekosten heeft er al die tijd een beetje ingezet. Midden jaren zestig heeft er zelfs enige tijd een wetsontwerp gelegen van de hand van de toenmalige minister Veldkamp. In maart 1967 trok hij het in. Officieel vanwege technische bezwaren, officieus vanwege het verzet van werkgeverszijde, waar men de eerste tekenen van de recessie al voelde. Gelukkig zijn

de kranten van toen vergeeld en gebruikte men een andere opmaak, anders zou je steeds vergeten in welk decennium je leeft..

Het heeft iets aantrekkelijks om de geschiedenis in te delen in lekker overzichtelijke stukjes. Ruim honderd jaar geleden zette Bismarck in zijn Tweede Duitse Keizerrijk een stelsel van werknemersverzekeringen op. Daarna had Europa vijftig jaar de tijd om Duitsland bij te benen, de vijftig jaar erna waren het tijdperk van de volksverzekeringen. Maar wie betreurt dat de sociale zekerheid te onzent van verslechterinkje naar verbeterinkje vice versa hobbelt, zou zich misschien kunnen troosten met het besef dat voor echt ingrijpende veranderingen een dictatuur en een oorlog nodig waren.

Nico de Boer

# ONDER DE ROOK VAN DE PINATUBO

## IMPRESSIES VAN DE GEZONDHEIDSZORG OP DE FILIPPIJNEN

Marlies Bosch

*Ik lig op een bamboe-bed in een barrio, een uur of vier rijden van Manila. Geen matras. In een kamertje naast mij slapen vier vrouwen, Plattelands-missiezusters, op de vloer. Mijn billen doen nog zeer van het zitten op een houten bank in de schokkende jeep. Het muskietennet heb ik vastgemaakt aan een spijker in de muur. Mijn hoofd zit vol indrukken van de afgelopen dag, mijn buik met dagenlange verstopping. Hoe kom ik deze nacht door? Ik kan mijn draai niet vinden op dit keiharde bed.*

*Om halfvier neem ik mezelf eens flink onder handen: de vrouwen in de kamer naast mij liggen vast te slapen. Het gesnurk klinkt luid en helder door de dunne wand. De verhalen over de niet aflatende intimidaties door de militairen spoken door mijn hoofd. Als ik beseft dat mijn angst haaks staat op de moed en kracht van deze vrouwen, die soms met de dood worden bedreigd maar desondanks doorgaan met hun werk, word ik rustig en val ik in slaap.*

Zoals in zoveel derde-wereldlanden is het in de Filipijnse reguliere gezondheidszorg droef gesteld. Het is onbegrijpelijk dat er nog patiënten zijn die zonder infecties een staatsziekenhuis verlaten; in Ilagan, hangt het vuil in draden naar beneden, mannen en vrouwen liggen er door elkaar in vuile bedden, zonder lakens, in gangen en overvolle zalen. Er liggen soms wel drie mensen op één bed te slapen. Er zijn 'pay-rooms' en 'armenzalen', maar in gebrek aan hygiëne doen ze niet voor elkaar onder. Artsen opereren niet naar noodzaak, maar

naar aandoening: bijvoorbeeld eens per jaar worden alle 'schildklieren' onder handen genomen.

Premature baby's liggen op een zaal met een stervende oude man, bij mazelenpatiëntjes hangen nog-niet-zieke broertjes en zusjes landerig rond het bed. Eten verschaft het ziekenhuis niet: daar moet de familie voor zorgen. Buiten is het dan ook druk met vrouwen die improviseren met kookplaatsen, soms gebeurt het gewoon in een hoekje van de gang.

Op het platteland en in de vluchtelingenkam-

pen zijn de 'Rural Missionaries' (Plattelands-missiezusters) actief. Zij komen vanuit alle kloosterorden. Ze zijn progressief en politiek zeer bewust en zetten zich in voor de verbetering van de gezondheidszorg en de maatschappelijke positie van de vrouwen op de Filipijnen. De Rural Missionaries ondersteunen mensen bijvoorbeeld bij het zoeken naar een nieuwe manier om in hun levensonderhoud te voorzien als ze getroffen zijn door een ramp. En dat gebeurt nogal vaak op de Filipijnen. Zo barstte vorig jaar de vulkaan Pinatubo uit die duizenden mensen in een vluchtelingenkamp heeft doen belanden.

verpleegkundigen en vroedvrouwen sluiten zich bij hen aan, puur uit idealisme, wetend dat ze buiten kost en inwoning geen geld zullen verdienen. Een van hen, Emmaline, vertelt me dat haar familie naar het buitenland is vertrokken. Zijzelf is door deze organisatie twaalf jaar geleden, na de geboorte van haar (onwettige) kind zo liefderijk opgevangen, dat zij dit werk is blijven doen. Ze heeft haar paspoort verbrand, om vooral niet in de verleiding te komen om haar koffers te pakken.

Zij nemen me mee op hun tocht langs de verschillende projecten, die zij in de 'barrios' (buurten) hebben opgezet. Zij zijn zo vol van hun werk dat hun mond geen ogenblik stilstaat. Ik zuig als een spons alle beelden en informatie in me op.



Ziekenhuis in [!].g.:



*Vluchtelingenkamp voor slachtoffers van de Pinatubo*

Met een afgeleefde jeep sukkelen we door de rimboe en door de lava. Langs de grijze modderweg bij Angeles staan haveloze mensen met blikjes te bedelen bij de langskomende jeepney's, het openbaar vervoer op de Filippijnen. In een van de vluchtelingenkampen ontmoeten we een kleine jongen die kostwinner blijkt te zijn voor een groot gezin. Een week geleden is hij tijdens het bedelen zomaar door een jeepney overreden en zijn voet is driemaal zo dik als normaal. De zuster geeft de ouders de raad zo snel mogelijk naar de dokter te gaan, de voet ziet er schrikbarend uit.

Het 'vendors'project van de zusters bestaat uit het geven van een kleine lening voor de eerste aankoop voor handeldwaar. Het project is gebaseerd op het idee dat de mensen uiteindelijk self-supporting moeten zijn. Geld voor eenmalig stillen van de honger heeft alleen tot gevolg dat die honger de volgende dag des te sterker gevoeld wordt. De zusters blijven vertellen, de mensen lopen nieuwsgierig achter ons aan. In een hutje in aanbouw blijven we even staan: er staat een \TOUWte bevallen, een hele rits kinderen uit de buurt eromheen, vrouwen houden haar vast bij iedere wee. de \ToedHOU\ geeft intussen haar eigen baby de borst.

Alle huizen staan open. er zijn geen sloten. er is niets te halen. Bovendien zijn de meeste armen solidair met elkaar.

De Rotaryclub probeerde in het dorp de mensen te paaien met een waterpomp, omdat er alleen een modderige bron was, maar al na een maand moesten de bewoners de 'lening' gaan terugbetalen. De Plattelands-missionarissen hebben de lening toen overgenomen: politieke motieven blijken zelfs bij liefdadigheid een grote rol te spelen, vooral vlak voor de verkiezingen.

In Manila logeer ik bij de Medische Missiezusters. Een groep vrouwen met medische op-

leiding die zich vooral inzetten voor de gezondheidszorg. Natafelen in hun huis betekent vertellen. Sister Jo, een gynaecologe van rond de zestig, heeft een paar sterke staaltjes: zij was ooit regeringsarts en werd eropuit gestuurd om door het hele land de stand van malaria te onderzoeken. Toen ze door de haar toegemeten reiskostenvergoeding heen was, kreeg ze te horen: waarom ga je er dan ook echt heen?

Ze vertelt over artsen die in ziekenhuizen de inentingsstof vernietigen omdat ze anders zouden moeten werken, het Health Department, waar ambtenaren zich door stapels papieren moeten heenworstelen maar daar gewoon niet aan beginnen en wachten tot ze hun geld krijgen. Artsen en verpleegkundigen behalen op kosten van de staat hun diploma om vervolgens naar het buitenland te vertrekken, omdat het vak op de Filippijnen zwaar onderbetaald wordt. Maar weinigen zijn zo idealistisch om zich op te offeren voor hun land.

Sister Jo is gynaecologe, maar heeft haar vak afgezworen. In Nederland, zegt ze, is iedereen verzorgd van de wieg tot het graf maar op de Filippijnen laat de basis gezondheidszorg nog veel te wensen over. Het Westen dumpst zijn afgedankte geneesmiddelen op deze markt en



*Bevallende vrouw in Pupanga, een dorp in de buurt van de Pinatubo*



# MIGRANTEN EN VROUWEN VERANDEREN DE RIAGG

Anke Steinmann  
RonaldMay

*Anke Steinmann was projectleider van het eerste landelijke project vrouwenhulpverlening van de Riagg, Ronald Mar leidde van een experimenteel project migrantenhulpverlening in Den Haag. TGP bracht ze bij elkaar voor een gesprek. Twee pioniers, of missionarissen, zoals ze zichzelf noemen, vergelijken hun ervaringen en besluiten bondgenoten te worden.*

Als je een vernieuwingsproject leidt moet er wel ergens een missionaris in je schuilen. Wanneer je dan ook nog zelf deel uitmaakt van de groep waarvoor je extra aandacht vraagt, geeft je dat een gedrevenheid die vaak van pas komt. Anderzijds moet je toch ook voldoende distantie op kunnen brengen om de innovatie als een proces te blijven zien en de kleine stappen erin op hun waarde te schatten.

Het voortdurend op zoek zijn naar een evenwicht tussen de missionaris en de strateeg in jezelf, was een van de vele ervaringen die gemeenschappelijk bleken te zijn toen TGP een ontmoeting tussen ons arrangeerde.

Allebei hebben we ervaring met het managen van een vernieuwingsproces: een van ons leidde vijf jaar een landelijk project dat ten doel had vrouwenhulpverlening in alle 57 Riagg's (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) in te voeren. De ander werkt al zes jaar aan interculturalisatie van de drie Riagg's in Den Haag. We kenden elkaar van naam, maar het idee om de belangrijkste ervaringen bij het uitvoeren van deze beide vormen van vernieuwing eens naast elkaar te zetten was nieuw en inspirerend.

Dit artikel is het resultaat van onze ontmoeting. De overeenkomsten in onze ervaringen bleken zo talrijk dat we de verleiding niet kunnen weerstaan om wat door te filosoferen over manieren waarop beide bewegingen, en vernieuwingsbewegingen in de toekomst, minder geïsoleerd te werk kunnen gaan en meer van elkaars ervaringen, vooral de succesvolle, kunnen profiteren.

## STORMEN

De Riagg's zijn nog jong, dit jaar vieren ze hun tiende verjaardag. Toch hebben ze in die korte tijd heel wat stormen doorstaan. In het leven geroepen om regionaal orde te scheppen

## VROUWENHULPVERLENING

Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig ontstond er in het kielzog van de patiënten- en de vrouwenbeweging een autonoom vrouwenhulpverleningscircuit, van gezondheidscentra tot psychotherapie, waarbij zelfhulp, herkenning van elkaars problemen en een solidatisering tussen hulpvraagsters en hulpverleensters hoog in het vaandel stonden.

Het ontstaan van dit concurrerende circuit drukte de reguliere hulpverlening met de neus op het eigen falen, en vooral de Riagg's (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) trokken zich dit aan.

Een landelijk project vrouwenhulpverlening bij de NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) voor vijf jaar, gefinancierd door WVC, was het gevolg. Dit project, dat in december jongstleden werd beëindigd, richtte zijn activiteiten op drie groepen binnen de Riagg's:

# *Uitvoerende hulpverleensters* met afiniteit met vrouwenhulpverlening (VHV) werden van inhoudelijke informatie voorzien, onder andere over goed lopende projecten en interessante ontwikkelingen in het werken met verschillende doelgroepen vrouwen.

# *Stafffunctionarissen* VHV, die de meeste instellingen aanstelden om tijdelijk de integratie een flinke impuls te geven. Zij werden geschoold en ter zijde gestaan met strategische adviezen rond bijvoorbeeld beleidsbeïnvloeding.

# *Het management* van de instellingen tenslotte werd regelmatig geïnformeerd over VHV en de goede diensten die de ontwikkeling van een nieuw aanbod in deze richting hun kon bewijzen bij het streven naar een meer markt- en klantgerichte organisatie.

Er zijn bijna geen Riagg's meer die geen VHV in hun pakket hebben; een op de tien vrouwelijke cliënten wordt met VHV geholpen en dit aandeel groeit. Onder invloed van VHV is de intake aan het veranderen en is een discussie op gang

gekomen over de kwaliteitseisen waar Riagg-hulpverlening aan moet voldoen.

## MIGRANTENHULPVERLENING

Vanaf 1983 formuleert de landelijke overheid als uitgangspunt van haar minderhedenbeleid dat alle reguliere instellingen toegankelijk moeten zijn voor migranten. Uit intern onderzoek door de Haagse Riagg's bleek dit verre van het geval te zijn, terwijl pogingen hiertoe van betrokken medewerkers waren gestrand bij gebrek aan een duidelijk geïnduceerd beleid.

Met subsidies van WVC en het Praeventiefonds heeft de NVAGG een experimenteel project in vier plaatsen in Nederland opgezet. Den Haag was hier één van. Er werden trainingen op het gebied van migrantenhulpverlening (MHV) verzorgd voor medewerkers van Riagg's en verwijzers en beleid ontwikkeld voor de migrantenhulpverlening op de langere termijn.

Na beëindiging van de landelijk afgesproken projectperiode en evaluatie van wat was bereikt, koos men in Den Haag voor voortzetting van de inspanning, nu gefinancierd uit eigen middelen, terwijl in de andere plaatsen de projecten helaas beëindigd werden.

In de tweede fase die zo werd ingeluid, staat verdere verankering en verbetering van de kwaliteit van het Haagse Riagg-aanbod aan migranten centraal.

Specifieke MHV-deskundigen functioneren dagelijks als adviseur, voorlichter, trainer en co-therapeut. Ieder van de drie Riagg's heeft een coördinator MHV-beleid die maandelijks wordt bijgestaan door een werkgroep. Op stedelijk niveau werkt men aan een onderzoek waarbij allochtone en autochtone cliënten worden vergeleken op basis van registratiegegevens en dossiers. Het aantal aanmeldingen van cliënten van migrantenafkomst is verveelvoudigd en vrijwel iedere hulpverlener heeft nu migranten in de case-load.

in de chaos van ambulante voorzieningen van alle gezinden, werden ze steeds weer geconfronteerd met nieuwe eisen en nieuwe probleemgroepen waarop ze hun hulppakket moesten afstemmen. Het beroep op AGGZ-hulp is sterk toegenomen, de omvang van de

voorzieningen ook, hoewel minder sterk. De kritiek betrof globaal twee onderwerpen: sommige groepen (potentiële) klanten werden niet bereikt en een deel van de klanten die men wel bereikte, was niet tevreden over de hulp. Het eerste was onder andere het geval bij

migranten, van het tweede is de vrouwenhulpverlening een exponent.

## SUBDOMINANTE GROEPEN

Op het eerste gezicht zijn er weinig overeenkomsten tussen de positie van vrouwen en die van migranten in onze samenleving. Er is verschil in omvang en in de mate waarin ze een economische of politieke factor vormen. Mensen ervaren migranten (als groep) vaak als bedreigend en vrouwen (als groep) niet. Vrouwen zijn zo'n aangepast onderdeel van de samenleving dat ze als groep zelfs onzichtbaar

### *Vrouwen zijn zo'n aangepast onderdeel van de samenleving dat ze als groep onzichtbaar dreigen te worden*

dreigen te worden; bij migranten gaat het om grote groepen die zich apart organiseren binnen de Nederlandse samenleving. Vrouwen zijn in bijna ieders leven dagelijks nabij, terwijl het contact met migranten zich vaak beperkt tot in dezelfde straat wonen of elkaar in een winkel tegenkomen. Bij migranten valt het 'anders zijn' overduidelijk sterk op, van vrouwen wordt te vaak aangenomen dat hun positie zich in weinig onderscheidt van die van mannen.

Toch zijn er ook gemeenschappelijke punten. Zowel migranten als vrouwen zijn subdominante groepen, in de samenleving als geheel en in hulpverleningsinstellingen. Getalsmatig zijn ze als werkers minder vertegenwoordigd, en naarmate je hoger in de hiërarchie van een instelling kijkt wordt dit effect sterker.

Als gebruikers van de gezondheidszorg hebben beide groepen in de jaren tachtig van zich laten horen: ze stelden specifieke eisen aan het hulpaanbod en confronteerden de Riagg's met de noodzaak hun hulpaanbod, en zoals zal blijken ook hun instellingscultuur, aan te passen.

De vernieuwingsprojecten rond VHV en MHV bij de Riagg's startten ongeveer gelijktijdig, al was de inzet verschillend. Van de doelgroep migranten was bekend dat die, ondanks een in het somatische circuit en door het maatschappelijk werk gesignaleerde veelheid van gezondheidsproblemen, de drempel van de Riagg niet overkwam. Het eerste doel was dus om te zorgen dat deze stap genomen werd, dus de toegankelijkheid van de instellingen te vergroten.

In die periode hadden de Riagg's het gevoel dat ze de ene na de andere nieuwe doelgroep in de schoenen geschoven kregen, en zo kwam de vrouwenhulpverlening ook even in dat rijtje terecht. Maar bij VHV lagen de problemen heel anders: de toegankelijkheid van de Riagg voor vrouwen was wel voldoende, tenminste als je dit af kan meten aan het feit dat de meerderheid van het cliëntenbestand sinds jaar en dag uit vrouwen bestond. Het probleem was hier eerder dat de manier waarop de hulp ver-

leend werd voor een steeds grotere groep klanten niet aansloot bij wat ze graag wilden. De maatschappelijke positie van vrouwen was aan het veranderen, sommige van hun problemen hielden daarmee verband, en in elk geval verwachtten ze van hulpverlening dat ze gesteund werden in hun veranderingsproces en niet 'teruggedrukt' naar het aanrecht'. Vrouwenhulpverlening bood een feministische analyse voor wat er met rolpatronen aan de hand was en creëerde een alternatief.

Als de Riagg's niet met hun tijd meegingen zocht een deel van de vrouwelijke cliënteel haar heil bij de autonome vrouwenhulpverlening. Zo vormde dit schaduwcircuit een bedreiging voor de reguliere AGGZ. Eerder dan door de directies werd dit opgepikt door vrouwelijke hulpverleners, die intern pressie gingen uitoefenen om tot een ander aanbod te komen.

Bij migranten was er geen sprake van een schaduwcircuit, en evenmin van een redelijk omvangrijke groep hulpverleners van migrantenafkomst die de spreekbuis kon zijn voor deze doelgroep. Druk vanuit de overheid (categorale voorzieningen voor migranten zouden worden opgeheven en de reguliere zorg moest dit opvangen) en verantwoordelijkheidsgevoel van individuele directeurs en professionals heeft bij de MHV een grotere rol gespeeld dan bij VHV.

## INHAALMANOEUVRE

Migrantenhulpverlening en vrouwenhulpverlening startten beide als inhaalmanoeuvre: met projecten werd tijdelijk extra geïnvesteerd om twee gesignaleerde lacunes op te vullen. Voor vrouwen was de hulp niet passend genoeg, voor migranten bovendien zelfs niet toegankelijk.

De oplossing leek in beide gevallen voor de hand te liggen: vergroot de deskundigheid van hulpverleners ten aanzien van deze specifieke vragen en behoeften, en vul het bestaande hulpaanbod aan met een op deze nieuwe behoeften toegesneden aanbod. Dat was dan ook de kern van de opdrachten die de beide projecten meekregen.

Zo gezegd zo gedaan. Inderdaad werd in eerste instantie rond beide projecten veel tijd en geld geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering. In de Haagse Riagg's werd bijvoorbeeld jarenlang zeer regelmatig casuïstiek rond MHV besproken; voor VHV werd onder andere veel gebruik gemaakt van het aanbod van de Stichting Leergangen VHV en van interventie over VHV-problematiek. Zo kwamen er bij veel instellingen een paar specialisten voor migranten- of vrouwenproblematiek, die wat nieuwe vormen van hulpverlening ontwikkelden en al snel hun hele cliëntenbestand uit dergelijke problemen zagen bestaan. Ook werd er hier en daar met een groepsaanbod geëxperimenteerd, en hoe meer bekend werd dat de Riagg op deze terreinen enigszins thuis was, des te sterker groeide het aantal hulpvragen.

In principe was hiermee de inhaalmanoeuvre geslaagd en de opdracht vervuld. Maar al snel werd duidelijk dat een paar specialisten en een apart aanbod nog niet genoeg was. Het bleek slechts de eerste fase van de invoeringsstrategie te zijn.

Als een instelling consequent is kan ze namelijk het doorbreken van een seksstereotiepe-

manier van bejegenen niet beperken tot een vorm van gespecialiseerde hulp. Evenmin, maf een bewustwording van beelden die een hulpverlener heeft over mensen die in een andere cultuur zijn opgegroeid, exclusief zijn voor een paar zwarte of gespecialiseerde hulpverleners. De rest van de instelling kan zo immer, onveranderd haar gang blijven gaan.

Ook de financier formuleerde innovatie van de gehele zorg' als volgend doel. Het was nu onontkoombaar om de werkwijze van de instelling in haar geheel onder de loep te nemen en te bespreken op haar consequenties voor migranten en vrouwen. Veranderingen in de intake bleken nodig, klachtenprocedures moesten aangepast (bijvoorbeeld rond seksueel geweld) en positieve actie in het aannamebeleid werd bepleit. Niet alleen de specialisten en geïnteresseerde hulpverleners kregen mei de vernieuwing te maken, maar iedereen: van intaker tot manager.

Hoe meer kennis er kwam over het vernieuwingsproces, hoe duidelijker het werd dat er in deze tweede fase projecten nodig waren die deze vernieuwing in gang konden zetten en begeleiden.

## WEERSTANDEN

Bij het begeleiden van het veranderingsproces kwamen de vernieuwingsprojecten nogal \J: weerstand tegen. Logisch, want als iemand komt vertellen dat het anders moet, wordt dat al snel gevoeld als een beschuldiging dat he: tot nu toe dus niet goed ging, en dat laat geer. enkele goedbedoelende, gedreven professional zich graag zeggen. Maar natuurlijk gaat he: niet zozeer om kritiek op het werk van individuele hulpverleners, maar om een reactie op een veranderende behoefte aan hulp en ee: veranderende populatie.

Meestal werd begonnen met een nota of pk: dooi waarin het specifieke van deze doelgroepen naar voren werd gehaald. Dat was achte: beziën flink verwarrend voor veel hulpverle: ners, die gewend waren in (individuele, lio: tebeelden te denken en niet in groepen te: ten. Bovendien werd zozeer de nadruk fere: op het andere, dat dit wel de reactie or: roepen van: 'Dat is zo specifiek, daar pra: mijn vingers niet aan'. Opvallend is Oe: dat met name de migrantenhulpverlema: angst voor het onbekende opriep: bi) h: hulpverlening had men eerder de lile: specifieke te bagatelliseren met antwo: als: 'Dat doen we al lang, ik zie het niet met hoe ik werk'.

Een van de kenmerken van weerstand: men steeds weer uitleg en discussie zich door geen enkel argument laar: Het gaat vooral om emotioneel \erze: een versterking van het evenwicht, er: nieuwer staat voor de taak creane: weerstand om te gaan.

In veel gevallen zal dat niet gerel: oplossing voor te schrijven. ze door schade en schande ervaren, door zoveel mogelijk menses; Ie: vernieuwing als een ull-mf: Als projectleider zul je de nierswerk willen doen \<Xr.L ~I= dering geven en ze de expertise over te drif: De meeste gaan zien hoe ze

in kunnen zetten voor de beoogde vernieuwing en als ze de gelegenheid krijgen hun successen en problemen te bespreken, bijvoorbeeld in interviews en casuïstiekbesprekingen.

Op individueel niveau, tussen hulpverleners onderling en tussen hen en projectleiders, hebben zich de laatste jaren af en toe pijnlijke botsingen afgespeeld. Een botsing tussen culturen, waarbij vernieuwers de verpersoonlijking werden van de kritiek en bewust of onbewust als katalysator werkten. Dat riep soms heftige reacties op, waarbij, geheel in de individualistische traditie van de gezondheidszorg, door hulpverleners nogal eens de persoonlijke aanval werd gekozen op collega's die zich voor zo'n nieuwe doelgroep gingen 'uitsloven': wat was er in hun eigen ontwikkeling misgegaan dat ze zich ineens met een bepaalde groep identificeerden? Ook ervoer men het wel als het verbreken van de loyaliteit of verzette men zich tegen het doorbreken van de ongeschreven collegiale norm die inhoudt dat professionals elkaar niet aanspreken op wat er in de spreekkamer gebeurt.

Maar het beoogde veranderingsproces heeft confrontaties nodig, schokeffecten zetten mensen aan het denken, discussies op de werkvloer, bijvoorbeeld in een intake team, maken concreet waar de vernieuwing op uit is. Aan de projectleiders dus de taak te balanceren tussen het aangaan van confrontatie en het voorkomen van onnodige polarisatie.

Wat er gebeurt in confrontaties tussen wit en zwart, tussen vrouwen en mannen, tussen een dominante en een subdominante partij, bijvoorbeeld in samenwerking of in conflict, is ingewikkeld en speelt op meerdere niveaus tegelijk.

Zo is er de strijd rond het agenderen van het onderwerp en wie dat zou moeten doen. De subdominante partij heeft de meeste last van de vanzelfsprekendheid van de dominante normen en zal deze dus vaker, en met een groeiende lading van irritatie, aan de orde stellen. Hierna wordt vaak afgesproken dat het agenderen vanaf nu een gezamenlijke verantwoordelijkheid is, maar tot teleurstelling van de subdominanten komt het nog maar zelden in het hoofd van de dominante partij op dit ook te doen. Een sfeer van verwijt en je te kort voelen schieten is het gevolg, en het onderwerp krijgt steeds meer emotionele lading.

Dit wat het proces betreft, maar ook de inhoud wordt snel onderwerp van strijd. Welke verschillen zijn er tussen ons, en welke zijn bepaald door cultuur- of sekseverschillen? Mogen verschillen in deskundigheid en ervaring ook uitgesproken worden? Maar het benadrukken van de verschillen leidt gemakkelijk tot stereotypering, eveneens een ongewenst effect. Wanneer komt er weer ruimte voor het nuanceren van de verschillen? Wat speelt er op het persoonlijke en wat op het zakelijke niveau? Hoe zinvol is het stellen van de schuld-vraag?

### ELKAAR LEREN KENNEN

Ieder die deelgenoot is (geweest) van een poging onderdrukking en bondgenootschap bespreekbaar te maken zal de moeizaamheid van dit proces herkennen. In de Riagg's heeft dit zich de afgelopen jaren tussen vrouwen en mannen op grote schaal afgespeeld, terwijl het

nu speelt in de voorhoede van de interculturaliseringsbeweging.

Intussen hebben we enig inzicht vergaard in wat gunstige voorwaarden zijn om zo'n proces te doen slagen.

Allereerst moet er een vertrouwensbasis zijn, en die is makkelijker te leggen als het gaat om een langer durende werkkrelatie en een gemeenschappelijk belang. Een coördinator van een vernieuwingsproject kan een grote rol spelen bij het zoeken naar aanknopingspunten, het bieden van duidelijkheid en het tonen van begrip voor de achtergronden van weerstand. Niets is zo doorbrekend als het opdoen van positieve ervaringen met iemand die tot een andere groep behoort. Initiatieven waarderen, pioniers op de voorgrond stellen om zo hun twijfelende collega's over de streep te trekken. Mensen uitdagen om vanzelfsprekendheden ter discussie te stellen. Samen leuke dingen doen: eten, films bekijken, leedvermaak en successen delen, een netwerk opbouwen. Duidelijk maken dat het niet gaat om een eigenbelang van de subdominante groep maar dat een meer pluriforme hulpverlening uiteindelijk voor iedereen een verbetering is.

Als beide partijen willen investeren in het beter leren kennen van elkaar, het opbouwen van vertrouwen en begrip, maakt men op micro-niveau mee wat op macro-niveau beoogd wordt. Dat kan niet alleen met taakgericht, efficiënt werken; omgaan met emoties is minstens zo belangrijk. Tenslotte ben je bezig met elkaar een nieuwe cultuur op te bouwen, en het is goed daar regelmatig bij stil te staan.

### CULTUURVERANDERING

Waren vrouwenhulpverlening en hulpverlening aan migranten in eerste instantie ingezet als inhaalmanoeuvres, nu ze aanslaan blijken beide bewegingen een invloed te hebben die veel verder gaat. Zelfs wij als projectleiders zijn hier enigszins door verrast: ook ons was het niet van tevoren in zijn volle omvang duidelijk hoe wezenlijk de veranderingen waren die door onze projecten werden aangekaart. Achteraf beschouwd vinden we dat er in de Riagg's een ware cultuurverandering is ingezet die op veel niveaus voelbaar is.

Werken vanuit ziektebeelden zoals depressie, neurose, suicidaliteit, was bekend en hanteerbaar voor hulpverleners. Op basis van individuele hulpvragen werden diagnoses gesteld, waarbij de hulpvraag van het individu in vak-

kon onderscheiden. Het woord doelgroepen suggereerde bovendien dat je meer kon doen dan afwachten wie er bij je kwam.

Het denken in doelgroepen naast ziektebeelden is een van de vernieuwende effecten van MHV en VHV. Waar in eerste instantie werd gedacht dat de ontwikkelde methodieken voor iedereen goed genoeg waren en cliënten die niet pasten in het aanbod werden door- of terugverwezen, is het nu gewoner geworden om het hulpaanbod aan te passen aan de vragen. De instellingen zijn zich meer bewust geworden van hun rol als aanbieder van producten op de markt van welzijn en geluk. De niet malse kritiek op de Riagg's in de beginjaren tachtig (bijvoorbeeld in het onderzoek van de Consumentenbond) heeft hierbij zeker een stimulerende rol gespeeld. Naast argumenten van sociale rechtvaardigheid voor het beschikbaar zijn van goede hulp voor iedereen hebben met name directies zich ook laten leiden door de overweging dat klantgericht werken een voorwaarde voor overleving voor gezondheidszorginstellingen was geworden, met name voor de Riagg's.

De specifieke aandacht voor doelgroepen in het aanbod heeft verschillende gevolgen: niet alleen een uitbreiding van het cliëntenbestand en een grotere differentiatie daarin, maar ook een doorbreking van de professionele dominantie ('wij hulpverleners weten wat goed is voor u') en de methodische verstarring. Het aanbod wordt meer maatwerk en de cliënt wordt beschouwd als een actieve partner op de zoektocht die hulpverlening is.

### EEN SPIEGEL

Op alle niveaus van de organisatie hebben MHV en VHV de werkers een spiegel voorgehouden. Waar men vroeger geen kant op kon met cliënten die bij de aanmelding geen Nederlands spraken, wordt nu geprobeerd om te communiceren met eenvoudig taalgebruik, woordenlijstjes en veel begrip. In de intake wordt altijd gevraagd naar een voorkeur voor een hulpverlener van een bepaalde sekse, zoals ook maatschappelijke situatie en beleving daarvan steeds vaker een normaal onderdeel van de vragen gaat uitmaken. Door te streven naar meer maatwerk voor vrouwen en migranten is steeds duidelijker geworden dat er veel meer verschillen tussen cliënten zijn dan meestal wordt gedacht: de overeenkomsten tussen een allochtoon en een autochtoon uit een arbeidersbuurt in een grote stad blijken dan ineens groter dan die tussen twee autochtonen uit verschillende sociale lagen.

Onvermijdelijk leiden MHV en VHV ertoe dat je als Riagg-medewerker je eigen werkwijze eens kritisch onder de loep neemt: hoe nadrukkelijk zijn jouw socialisatie, normen en waarden aanwezig in je professionele bagage en dus in het aanbod van de instelling? Een bezinning op de eigen sekserol en etnisch-culturele afkomst levert nieuwe gezichtspunten op. Samen creëren je als professionals een instellingscultuur met ook haar eigen normen en waarden; hoe ziet die er eigenlijk uit, is ieder van ons daar wel zo blij mee en wat stralen we uit naar cliënten en verwijzers? Er blijken veel meer verschillen tussen mensen te zijn dan we meestal aannemen, en stilstaan daarbij vormt een begin van een meer pluriforme en flexibele organisatie.

---

*Het denken in doelgroepen  
naast ziektebeelden is een van  
de vernieuwende effecten van  
MHV en VHV*

---

termen werd gehefformuleerd en er een al of niet individueel hulpaanbod op volgde. MHV en VHV vroegen daarnaast aandacht voor maatschappelijke omstandigheden van klanten en het feit dat je op grond daarvan groepen

## POLITIEKE SIGNALEN

De geestelijke gezondheidszorg was tot voor kort een wereld op zichzelf die zich nauwelijks van buitenaf liet beïnvloeden. Professionals zijn in het algemeen lid van beroepsverenigingen, die op hun beurt veel invloed hebben op de opleidingen; nieuwe ontwikkelingen in hulpverlening kwamen dus uit eigen koker. De instellingen vormen bureaucratieën van autonome professionals en kritiek werd maar al te vaak opgevat als logisch bijproduct van het werken met moeilijke mensen ('ontevreden klanten hou je altijd'; 'het hoort bij het ziektebeeld om te klagen'). De invloed van vrouwen- en migrantenhulpverlening is in die zin uniek, dat voor het eerst signalen van buiten, uit de maatschappij, sterk genoeg waren om door te klinken en serieus genomen te worden. Het is de zorg gelukt om een rol te spelen in de maatschappij.

Hiernaast hebben MHV en VHV door hun centrale aandacht voor de maatschappelijke

### *Het is de zorg gelukt om een rol te spelen in de maatschappij*

kant van de problematiek het aanbod gepolitiiseerd. De mens als geheel staat centraal, in relatie tot zijn of haar omgeving, en niet de pathologie. Politieke begrippen als macht en klasse zijn geen vieze woorden meer. Als de rol van maatschappelijke factoren op het psychisch functioneren van vrouwen en migranten zo groot is, dan zal daar ook in de hulpverlening aandacht aan geschonken moeten worden. De Riagg's gaan steeds meer hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen, niet alleen door meer wijkgericht te werken en mee te doen aan voorlichting en andere sociale vernieuwingsprojecten, maar ook door signalen uit de hulpverlening door te geven aan de (regionale) politiek en zo mee te werken aan een gezondere samenleving. Een van de eerste keren dat de Riagg een dergelijk signaal afgaf, was om onder de aandacht te brengen dat veel problemen van migranten te maken hadden met slechte huisvesting en werkomstandigheden en dat de Riagg derhalve niet werkelijk iets voor deze groep mensen kon doen.

## WENNEN

Hulpverlening die routinematig wordt heeft de neiging te verstarren. Onder het mom van professionaliteit, ontstaan er al gauw verschillende methodische eilandjes die zich steeds meer afsluiten voor verandering. Innovatie wordt dan als aanval beschouwd en roept veel weerstand op.

Door bij de implementatie van VHV en MHV de waarde van de aanwezige professies niet aan te tasten maar ze uit te dagen en op hun creatieve vermogens aan te spreken is een groot deel van de weerstand onder professionals omgezet in een bereidheid te bekijken wat

de vernieuwing aan verbetering te bieden heeft.

Het begrip kwaliteit is een item geworden. De heftige discussies rond VHV en MHV hebben de vraag opgeroepen: wat vinden wij eigenlijk goede hulpverlening? Het stellen van die vraag is haast nog belangrijker dan het for-

### *De heftige discussies rond VHV en MHV hebben de vraag opgeroepen: wat vinden wij eigenlijk goede hulpverlening?*

muleren van het antwoord. Al is het verheugend dat een organisatie als de NVAGG de door het project VHV geformuleerde eindtermen als basis neemt voor haar nieuw te formuleren kwaliteitscriteria voor de Riagg-hulpverlening.

De instellingen beginnen eraan te wennen dat vernieuwing van het aanbod niet een lastige verstoring van de rust is maar een continu proces van het inspelen op een veranderende behoefte aan hulp. De voordelen van flexibiliteit worden duidelijker; de hele organisatie, maar vooral het management, is gevoeliger geworden voor innovatie, voor dynamiek.

## SAMEN TERUGKIJKEN

Samen hebben we teruggekeken op veranderingsprocessen die redelijk succesvol genoemd kunnen worden. We voelden ons gesteund door het horen van de ervaringen van de ander en geïnspireerd om in onze analyse net iets verder te gaan dan we meestal doen. Het zijn heel verschillende problematieken maar met, zo ontdekten we, vele overeen-

komsten. We zijn kortom zeer enthousiast over de ontmoeting, en dat roept de vraag op hoe het komt dat zo'n uitwisseling niet veel eerder heeft plaatsgevonden.

Er wordt dikwijls te zeer in een isolement aan vernieuwing gewerkt, is onze conclusie. Als missionaris raak je zo bezeten van jouw missie dat je veel andere invloeden uitsluit; de speciale bril waardoor je naar de wereld kijkt heeft de neiging te beslaan. De migrantenhulpverlening en de vrouwenhulpverlening zijn globaal van elkaars publicaties en acties op de hoogte, op het scherp van de snede is er wel solidariteit, maar nooit gezamenlijke actie. VHV-innovatoren hebben de neiging mannen uit te sluiten omdat het mannen zijn, en ook een groep rond migrantenhulpverlening kan als een gesloten bolwerk overkomen. Beide groepen worden binnen een instelling vaak in een concurrentiepositie ten opzichte van elkaar geplaatst: het ene project wordt het andere ten voorbeeld gesteld, waarmee de creativiteit dreigt te worden afgeremd. Er kan strijd ontstaan om de schaarse middelen, de geringe innovatie bereidheid en de schaarse waardering, en voor je het weet wordt je tegen elkaar uitgespeeld.

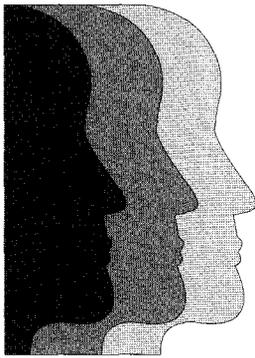
We vragen ons af of uitsluiting als zelfbescherming nog nodig is of dat ons zelfgekozen isolement tegen ons begint te werken. Moeten we ons nog bewijzen, bijvoorbeeld door elkaar de loef af te steken, of is dat achterhaald? Wat kunnen we, met name in perioden waarin de ontwikkeling lijkt te stagneren, waarin de vaart er wat uit is, aan elkaar hebben bij het bedenken en op elkaar afstemmen van nieuwe strategieën?

Als MHV en VHV in strategisch opzicht meer als bondgenoten opereren hebben ze in het proces van vernieuwen van reguliere instellingen samen veel te winnen.

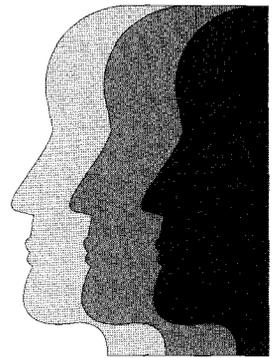
*Ronald May is stedelijk coördinator hulpverlening aan migranten bij de drie Haagse Riagg's. Anke Steinmann is organisatieadviseuse en ex-coördinator project vrouwenhulpverlening van het NVAGG.*



Tekening: Guido van Driel



c ◊ l u m n



## DE GIESSENBURGER REDE VAN STAATSSECRETARIS SIMONS

In Giessenburg had de victorie, of misschien kunnen we in dit verband beter spreken van *come-back*, van Hans Simons kunnen beginnen. Inderdaad: *had kunnen*. Maar dan had de staatssecretaris voor Volksgezondheid op 21 oktober in dit dorpje in de Alblasserwaard wel met een wat doordachter voorstel moeten komen dan het luchtballonnetje dat hij nu losliet. In het enige achterzaaltje dat Giessenburg rijk is, meldde Simons die woensdag namelijk dat hij overwoog de Riagg's een 'poortwachtersfunctie' toe te kennen om de enorme stijging van de kosten van psychiatrische hulpverlening buiten de Riagg's om te beteugelen.

Van Simons hadden we op dat moment al tijden niets meer vernomen en dit was eindelijk weer eens iets wat op een beleidsvoorstel leek. Zoals te doen gebruikelijk was de consternatie bij de betrokken professionele hulpverleners groot. De kranten waren nog nat van de inkt of de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten en het Nederlands Instituut voor Psychologen hadden hun woedende afwijzing al op de fax gezet. Simons liet vervolgens weten dat hij nog met de partijen zou gaan overleggen en enige weken later lazen we in de krant dat het voorstel al weer van de baan was.

En het *had zo mooi kunnen* wezen. Toen hij het spreekgestoelte in Giessenburg betrad was het bijna een jaar geleden dat hij van de commissie-Dunning het rapport *Kiezen en delen* overhandigd had gekregen. En omdat de kosten van de psychiatrische hulpverlening de laatste jaren met ruim honderd procent gestegen zijn, *had* de spreekbeurt in Giessenburg een uitstekende gelegenheid *kunnen* zijn om het Dunning-model op dit onderdeel van het zorgpakket toe te passen.

Voor al omdat het de overheid zelf is geweest die met weinig doordachte regelgeving voor deze kostenexplosie verantwoordelijk is. De stijging is namelijk vooral te wijten aan de declaraties van vrijgevestigde psychiaters, die sinds 1989 rechtstreeks uit de AWBZ mogen putten. In 1989 plukten de psychiaters 62 miljoen uit de AWBZ-kas en in 1991 135 miljoen. In drie jaar tijd dus een verdubbeling.

Maar het is niet zo dat de psychiaters dit geld allemaal in eigen zak steken. Zij opereren als soort makelaars van het psychisch ongemak. Officieel zijn zij het die mogen behandelen en dus mogen declareren, maar zij zijn

daartoe veelal minder goed opgeleid dan psychologen en psychotherapeuten, die daar jaren training voor hebben doorlopen. Dus verzamelen nogal wat psychiaters een aantal psychotherapeuten/psychologen om zich heen die (voor een lager tarief) het werk doen, terwijl de psychiater (een hoger tarief) declareert. Dat is allemaal volgens de regels, maar het kost dus wel vele tientallen miljoenen meer. En het ziet er niet naar uit dat die declaratiezucht de komende jaren vanzelf zal inbinden.

Een mooie testcase dus voor een nieuw gezondheidszorgbeleid. En Giessenburg *had* een mooie gelegenheid *kunnen* zijn om de psychiatrische hulpverlening buiten de Riagg's eens door de zogenaamde trechter van Dunning te trekken. Simons had deze exercitie kunnen beginnen met de eerste vraag uit het Dunning-model: is deze vorm van psychiatrische hulpverlening noodzakelijk? Deskundigen zijn het hier niet over eens, maar Simons zou er verstandig aan doen deze vraag met ja te beantwoorden. Een moderne samenleving maakt de levens van mensen riskanter en onzekerder, dus is een voorziening die mensen daarin begeleidt noodzakelijk.

Vervolgens *had* Simons de tweede Dunning-vraag *kunnen* stellen: werkt deze hulpverlening ook? Die vraag is wat minder gemakkelijk te beantwoorden. Effectonderzoek van psychotherapie neigt er toch steeds weer toe om nagenoeg geen duurzame verschillen te vinden tussen wel en niet behandelde groepen. Daar staat tegenover dat de aard van de processen binnen de psychotherapie moeilijk te meten is. Wat dat betreft zou je de psychotherapeuten misschien het voordeel van de twijfel moeten gunnen. Baat het niet, het schaad ook niet.

Dan de derde Dunning-vraag: is de psychiatrische hulpverlening doelmatig en efficiënt georganiseerd? Die vraag kan zeker niet met ja beantwoord worden. De psychotherapeut/psychiater kijkt over het algemeen niet op een sessie meer of minder. De neiging om behandelingsaanpak aan een termijn te koppelen is nauwelijks aanwezig. En dat terwijl nooit bewezen is dat langdurende therapieën meer resultaat bieden dan kortdurende therapieën. Integendeel, juist in bijvoorbeeld de gedragstherapie blijken kortdurende therapieën goed te werken. Terwijl dit aanbod niet echt fors terrein wint in de Nederlandse therapeutenwe-

reld. Kortom, het kan heel wat doelmatiger.

Ten slotte de vierde Dunning-vraag: hoe moet de psychotherapie betaald worden? Daar kan Simons zonder meer duidelijk over zijn. De behandeling van alle zware psychiatrische stoornissen (wanen, psychosen, hallucinaties, ernstige fobieën, incesttrauma's, et cetera) moet zonder meer vergoed worden en hoort dus tot de basisverzekering.

Maar geldt dat ook voor alle levensproblemen, de onzekerheidsproblemen, de zingevingsproblemen? Moet dat in het basispakket? Ook hier hoeft Simons niet te twijfelen. Er is niets op tegen dat de mensen zelf voor een aanzienlijk deel de kosten daarvan opbrengen, of zich daarvoor particulier bijverzekeren. Mensen kunnen op dit terrein hulp krijgen, maar moeten daarvoor - en hier *had* Simons een olijke verwijzing naar Freud *kunnen* maken - juist ook om het effect van de therapie te vergroten zelf betalen. Bovendien gaat het in de praktijk vaak om mensen die daar ook het inkomen voor hebben.

En welke conclusie zou Simons hieruit voor zijn Giessenburgse gehoor vervolgens moeten trekken? In de eerste plaats dat niet alle vormen van psychotherapeutische en psychiatrische hulp in het basispakket thuishoren. (Daarbij kondigt hij de instelling aan van een commissie van wijze mannen die precies moet aangeven wat wel en wat niet tot de basisverzekering gaat horen.) De tweede conclusie is dat voor de behandeling van zogenaamde levensproblemen in de toekomst een forse eigen bijdrage wordt gevraagd (veertig à vijftig gulden per sessie). Bovendien wordt uit de verzekeringskas voor slechts tien sessies het restant bijgelegd. Wie daarna nog met de therapie wil doorgaan moet dat verder maar zelf betalen. Maar dat heeft Simons dus allemaal *niet* gezegd in Giessenburg. Voor echte keuzen in de zorg is namelijk - Dunning zelf constateerde dat al eerder - moed nodig en wie Simons in Giessenburg met een halfbakken voorstel over een poortwachtersfunctie van de Riagg's aan het werk heeft gezien, weet dat die moed deze staatssecretaris allang in de schoenen is gezonken.

Jos van der Lans

# DE TOEKOMST VAN DE THUISZORG

Sjoerd Kooiker

*Thuiszorg is in de mode. Hoewel aanvankelijk gestimuleerd uit kostenoverwegingen staat in de huidige discussie de vermeende wens van de patiënt: 'patiënten wil/en zo gauw mogelijk naar huis' of 'ouderen wil/en zo lang mogelijk zelfstandig blijven' voorop. Maar wil/en alle patiënten dat wel? Zijn zij wel het beste af met thuiszorg? En kan de thuiszorg in de toekomst wel voldoen aan die grote vraag?*

Het schaarse verzet tegen de thuiszorg bereikt maar mondjesmaat de pers en heeft nauwelijks invloed op de publieke opinie. 'Thuiszorg moet' is het credo en de verwachtingen van de thuiszorg zijn hoog gespannen. Toch is het nog maar de vraag of deze verwachtingen op termijn te realiseren zijn.

De vraag naar thuiszorg zal de komende decennia sterk toenemen, daarover bestaat onder de deskundigen weinig verschil van mening. Voor een deel is de verwachte toename terug te voeren op de groei van het aantal (alleenstaande) ouderen in de samenleving - de langzamerhand beruchte 'vergrijzing'. Als onderdeel van het onderzoek Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg zijn de gevolgen van de demografische ontwikkelingen voor het gebruik van thuiszorg doorgerekend. De raming laat zien welke gevolgen de veranderende leeftijdsopbouw en de toename van het aantal alleenstaanden heeft op het gebruik van zorg, wanneer het huidige zorggebruik als maatstaf wordt genomen. De raming heeft betrekking op de vier kerndisciplines in

**Tabel 1.**  
Toename gebruik van eerstelijnszorg en thuiszorg in 2005 t.o.v. 1990. (demografische raming)

Huisarts	+ 10 %
Specialist (poliklinisch)	+ 13 %
Fysiotherapie	+ 12 %
Wijkverpleging	+ 16 %
Gezinszorg	+ 23 %
AMW	+ 14 %

Overgenomen uit: STG. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 1. Scenarioreport. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten, 1992.

**Tabel 2.** Aantal beroepsbeoefenaren 1974-1988.

	1974	1988	verandering
huisartsen	4700	6600	+ 40%
specialisten	6500	12000	+ 85%
fysiotherapeuten (elgz)	1700	9500	+ 460%
wijkverpleegkundigen (fie)	4000	6900	+ 73%
gezinsverzorgenden (excl. alfa-hulp)	73000	72000	- 1%
maatschappelijk werkenden (AMW)	1700	2800	+ 65%

Overgenomen uit: STG. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2. achtergrondstudies. Bohn, Stafleu & Van Loghum. Houten, 1992.

de eerste lijn (huisarts, wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk), fysiotherapie en poliklinische specialistische hulp. De onderstaande tabel vat de resultaten samen. Vooral het gebruik van de gezinszorg blijkt 'vergrijzingsgevoelig' te zijn.

Demografische ontwikkelingen zijn natuurlijk niet alles bepalend. De scenariostudie gaat ervan uit dat vooral de jong bejaarden van 55 tot 75 jaar in de toekomst gezonder en mobiel zullen zijn dan nu, zodat deze groep in de toekomst wellicht minder zorg nodig heeft. Naar verwachting zijn er echter nog andere factoren in het spel die juist tot een extra vraag naar zorg thuis zullen leiden. Zo zal het aantal chronisch zieken toenemen, wat gepaard zal gaan met een verschuiving in de zorg van 'cure' naar 'care.' Door technologische vernieuwingen zal veel meer zorg die tot nu toe aan instellingen gebonden was, ook thuis gegeven kunnen worden. Tegelijk met het stimuleren van de thuiszorg voert de overheid een beleid om de intramurale capaciteit, van verpleeg- en verzorgingshuizen te reduceren. Het resultaat hiervan is dat de druk op de thuiszorg groter zal worden dan de demografische ramingen nu voorzien. Belangrijk is verder dat de hoeveelheid zorg per patiënt tegenwoordig veel minder aan regels gebonden is dan lange tijd het geval was. Vanwege de stimulering van de thuiszorg en uit oogpunt van kostenbesparing zijn de ziektekostenverzekeraars steeds vaker bereid om langdurige intensieve thuiszorg te vergoeden. Tot slot mag niet onvermeld blijven dat de integratie van gezinszorg en wijkverpleging en de verbeterde bereikbaarheid van de thuiszorg via één loket de vraag zullen doen toenemen.

## TE HOOG OPGEIJD

Een toenemende vraag naar thuiszorg kan tot problemen leiden: zal het aanbod aan zorg in

de toekomst wel voldoende zijn?

Drie ontwikkelingen hebben in het verleden een sterke invloed gehad op het aanbod en zullen naar verwachting ook op het toekomstig aanbod hun stempel drukken.

Ten eerste is het aantal mensen dat in de zorgsector werkt sterk gegroeid. Die groei is echter niet erg evenwichtig. Vooral bij disciplines waarvoor een hogere opleiding vereist is kwamen er beroepskrachten bij. Het aantal gezinsverzorgenden (gediplomeerden en leerlingen, exclusief alfa-helpendent is daarentegen licht gedaald.

De groei van het aantal beroepsbeoefenaren hangt samen met het proces van professionalisering van de beroepen in de eerstelijnszorg. Voor huisartsen bestaat sinds de jaren zeventig een aparte opleiding aan universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde en ook in de verpleging zijn de opleidingsmogelijkheden tot universitair niveau uitgebreid. De professionalisering van het maatschappelijk werk voltrok zich vooral tijdens de opbouw van de verzorgingsstaat. In de jaren zestig werd de opleidingscapaciteit sterk uitgebreid en ontwikkelde het maatschappelijk werk ook een eigen methodiek en beroepscode. De honderdjarige geschiedenis van de fysiotherapie laat zich eveneens lezen als een voortdurende strijd om erkenning als professie. Van de eerstelijnsdisciplines moet eigenlijk alleen de gezinszorg tot nu toe een professioneel imago ontberen.

Als gevolg van de professionalisering, maar ook vanwege de 'complexere zorgvraag', zijn de opleidingseisen in de gezondheidszorg gestegen. Hierdoor zijn natuurlijk de carrièremogelijkheden in deze beroepen vergroot. Omdat ook steeds meer jongeren een hogere opleiding volgen zien we in de gezondheidszorg de genoemde toeloop bij beroepen die op hbo

niveau en hoger uitgeoefend worden. Zowel in de intra- als extramurale zorg zijn daardoor tekorten ontstaan aan verplegenden en verzorgenden op mbo-niveau.

Het is zeer waarschijnlijk dat deze trends zich ook de komende decennia zullen voortzetten. Een afnemend aantal jongeren volgt dan steeds vaker een hogere opleiding. Bij een stijgend opleidingsniveau zullen waarschijnlijk ook meer vrouwen in hogere functies en in typische 'mannenberoepen' terechtkomen. De toename van het aantal vrouwelijke studenten in de geneeskunde is daar een goed voorbeeld van. Dat andersom jonge mannen ervoor zouden kiezen om zorgtaken op een uitvoerend niveau van vrouwen over te nemen is echter veel minder waarschijnlijk. In het licht van deze ontwikkelingen is een oplopend tekort aan verplegenden en verzorgenden bijna onvermijdelijk. De ramingen van het NZI die ervan uitgaan dat in het jaar 2000 tussen de twintig en dertig procent van de arbeidsplaatsen in de extramurale verpleging onvervuld zullen blijven lijken dan ook realistisch. De sterke voorkeur van jongeren voor beroepen op hbo-niveau komt onder meer tot uiting in het geraamde overschot van meer dan tienduizend fysiotherapeuten in het jaar 2000.

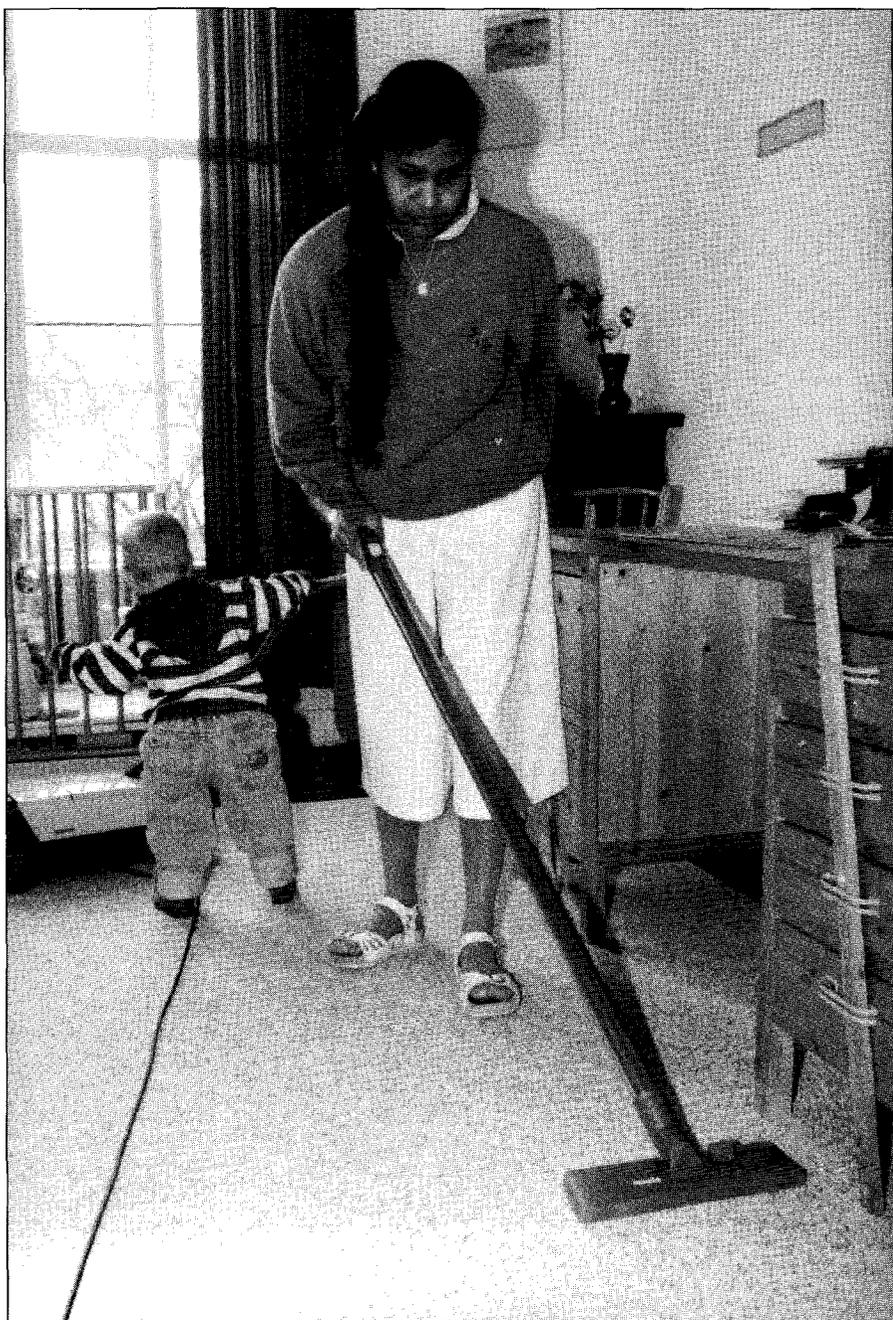
Samenvattend zullen we in de komende tien tot vijftien jaar geconfronteerd worden met enerzijds een toenemende vraag naar zorg in de zin van 'care' (verpleging en verzorging) en anderzijds een toenemend aanbod aan hoger opgeleiden die zich vooral richten op de 'curekant' van de zorg en op de leidinggevende functies. Het gevolg is simpel: schaarste in de thuiszorg.

### GEVOLGEN VAN DE SCHAARSTE

De ontwikkelingen die we tot nu toe aan de orde hebben gesteld zijn met een redelijke mate van waarschijnlijkheid te voorspellen. Ontwikkelingen op de lange termijn als vergrijzing, -ontgroening en het stijgend opleidingsniveau van de bevolking voltrekken zich immers vrij autonoom. Veel moeilijker wordt het om een inschatting te maken van de gevolgen van de toenemende schaarste. Ook hier geeft een aantal lange-termijntoewijzingen een aanwijzing.

Ten eerste wil de overheid haar bemoeienis met de zorgsector reduceren tot het bewaken van de toegankelijkheid en kwaliteit, en het beheersen van de kosten.<sup>30</sup> Keuzen rond de organisatie van de zorg en de afstemming van vraag en aanbod worden overgelaten aan de direct betrokken partijen: verzekeraars en aanbieders van zorg. Meer keuzevrijheid en meer marktwerking moeten leiden tot een efficiëntere zorgverlening met behoud van kwaliteit.

Een andere belangrijke ontwikkeling zien we bij de gebruikers van de zorg. Deze worden steeds kritischer en zijn, mede door het stijgend opleidingsniveau en door de aandacht die de media aan gezondheid en ziekte besteden, steeds beter geïnformeerd. De stijging van het opleidingsniveau zal zich ook de komende jaren voortzetten. Zo zal in het jaar 2005 ruim vijftig procent van de mannen en dertig procent van de vrouwen van 55 jaar en ouder tenminste een middelbare opleiding hebben genoten: een stijging van dertig procent voor mannen en 55 procent voor vrouwen ten op-



*Gezins hulp Den Haag  
Foto: Ron Jenner/AbvaKabo*

zichte van 1990." Met een stijgend opleidingsniveau zal ook het aantal ouderen met een aanvullend pensioen toenemen. Toch zal een aanzienlijke groep ouderen ook in de toekomst alleen over AOW kunnen beschikken." Onder de belangrijkste doelgroep voor thuiszorg, de ouderen, treedt dus een differentiatie naar inkomen en opleiding op.

Welke gevolgen hebben deze trends nu op de verdeling van schaarse zorg in de toekomst? Het is niet ondenkbaar dat er een verdelingsmechanisme zal ontstaan dat vergelijkbaar is met dat in de huidige kinderopvang en woningtoewijzing. In beide gevallen wordt de hardnekkige schaarste via twee circuits verdeeld: een vrije sector waar mensen met voldoende financiële armsgelag snel geholpen kunnen worden en een publieke sector, die werkt met 'objectieve' toewijzingsregels en indi-

catiecriteria, maar waarbij vooral de lange wachtlijsten opvallen.

### TWEE ZORGCIRCUITS

Een terugtrekkende overheid, een marktgerichte zorgverlening en een nieuwe groep kapitaalcrachtige consumenten zijn de randvoorwaarden voor het ontstaan van twee zorgcircuits in de toekomst.

Ten eerste ontstaat er een commercieel circuit voor ouderen met een goed pensioen. Hier biedt commerciële thuiszorg de zorg op maat die de kritische consument verlangt en waar hij of zij ook voor betaalt. Naast thuiszorg maken ook woon-zorg projecten deel uit van dit circuit. Ouderen kunnen zich hier, ruim voordat ze zorgbehoefte worden, inschrijven om zodoende gewaarborgd te zijn van voldoende zorg als de nood aan de man (of vrouw) komt.

Grote bedrijven zullen deze verstrekking in natura voor hun ex-werknemers op dezelfde wijze regelen zoals nu plaats in de kinderdagverblijven geregeld worden. Het commercieel circuit is niet alleen voor de consument aantrekkelijk, maar ook voor de werknemer: de lonen zijn er hoger, de omgeving mooier en de zorg minder zwaar.

Daarnaast is er een publiek circuit, waar de schaarste verdeeld moet worden. Op papier is dat goed en rechtvaardig geregeld: er zijn objectieve indicatiecriteria opgesteld om de zorg toe te wijzen en er zijn instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg te toetsen. Vanwege de schaarste blijven deze echter een dode letter.

Naast het commerciële en publieke circuit, ontstaat tot slot een onduidelijk schemergebied van 'grijs' en 'zwart' werk. Hier regelen mensen die niet kunnen of willen wachten hun zorg 'via-via' zoals ze dat nu ook al doen voor de kinderopvang, de loodgieter of een woning in de Randstad.

Met opzet is deze schets van de toekomstige thuiszorg nogal zwart-wit gehouden. Zo kras als de tegenstellingen hier beschreven zijn, zal de nabije toekomst er zeker niet uitzien. Maar de trends die leiden tot een grotere sociale ongelijkheid in de zorg moeten nu al gesignaleerd worden, omdat ze op termijn - en dat kan tien maar net zo goed twintig jaar zijn - kunnen leiden tot een tweedeling in de zorgverlening. Een verschil met kinderopvang of woningtoewijzing is wel dat we voor de gezondheidszorg veel minder bereid zijn om sociale ongelijkheid te accepteren. We moeten ons daarom afvragen welke mogelijkheden er zijn om de toekomstige schaarste in de zorg tegen te gaan en daarmee sociale ongelijkheid in de zorg te voorkomen.

## REMEDIES

Schaarste in de zorg is een probleem dat nu al voelbaar is, en niet alleen in de thuiszorg, maar in de gehele zorgsector.<sup>1</sup> Voor sommige medische behandelingen bestaan lange wachtlijsten (zoals op het terrein van oogheelkunde of orthopedie). Tijdige opname van psychogeriatrische verpleeghuispatiënten is al een aantal jaren een probleem en wachttijden van een jaar zijn in de gezinszorg geen uitzondering meer. Er wordt door de instellingen hard gewerkt aan creatieve oplossingen voor de huidige schaarsteproblematiek en ook de overheid heeft een aantal maatregelen genomen: er is geld beschikbaar gesteld voor het verlichten van de werkdruk in de verpleging en voor het wegwerken van achterstanden in salariering. De instellingen in de intra- en extramurale zorg werken aan het terugdringen van het ziekteverzuim, werven onder alloctonen en proberen door het aantrekken van herintreedsters personeelstekorten op te heffen. Verder wordt van de integratie van kruiswerk en gezinszorg die gaande is, een verbetering van de efficiëntie verwacht. De overheid ondersteunt tot slot ook initiatieven op het terrein van de informele zorg. Het probleem van de schaarste wordt onderkend en er wordt wat aan gedaan.

Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat de huidige middelen voldoende zijn om de veel grotere tekorten in de toekomst de baas te blijven. Zal

het echt mogelijk zijn om van de verzorging in de thuiszorg (en in de verpleeghuizen en in de bejaardenoorden) een aantrekkelijk beroep te maken met een goede beloning en voldoende carrièremogelijkheden, waarbij de beloning voor het onregelmatige en zware werk opweegt tegen wat elders, bijvoorbeeld in de marktsector, verdiend wordt? Ik waag het te betwijfelen. Daarbij komt nog dat de thuiszorg een erg arbeidsintensief bedrijf is. Wellicht zijn er drastische maatregelen nodig.

## SOCIALE DIENSTPLICHT

In het kielzog van de discussie over de afschaffing van de militaire dienstplicht is ook het debat over de sociale dienstplicht weer opgelaaid. Naast alle nadelen die zo'n dienstplicht kan hebben (veel bureaucratische rompslomp, ongemotiveerde jongeren, verdringing van bestaande arbeidsplaatsen) zijn er twee belangrijke voordelen voor de zorgsector. Ten eerste wordt het mogelijk om de schaarste in de uitvoerende zorg tegen te gaan. Dat komt de kwaliteit, en de toegankelijkheid van de zorg zeker ten goede en helpt om sociale ongelijkheid te voorkomen. Ten tweede ontstaan er veel meer carrièremogelijkheden in de zorgsector voor jongeren met een hogere opleiding. Er ontstaan immers veel meer leidinggevende functies dan nu. zodat het stijgend opleidingsniveau in de zorgsector ten volle benut kan worden. Het is hier niet de plaats om de 'ins en outs' van de sociale dienstplicht uitvoerig te bespreken. De discussie daarover staat nog pas in de kinderschoenen. Wel lijkt het verstandig om deze mogelijkheid niet a priori af te wijzen. De thuiszorg staat immers voor problemen die, wanneer niet tijdig over maatregelen nagedacht wordt, zullen leiden tot sociale ongelijkheid in de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

## Noten

1. Zie: 'Veel patiënten niet blij met thuiszorg', een artikel in de *Leeuwarder Courant* van 3 mei 1991.
2. De toegenomen aandacht voor thuiszorg heeft ook tot verhitte debatten geleid over de vraag wat thuiszorg nu eigenlijk inhoudt. Is dat alleen zorg achter de voordeur of behoort alle van huis uit bereikbare zorg hiertoe? In het onderzoek Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg waarop dit artikel gebaseerd is, werd gekozen voor de ruime definitie van thuiszorg. Wel is in dit onderzoek extra aandacht gegeven aan de 'complexe' thuiszorg achter de voordeur.
3. Zie onder andere:  
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; *Kosten van Vergrijzing voor WVC.* Rijswijk, 1986.  
Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Ouderen in 2005: gezondheid en zorg. Geactualiseerde scenario's voor gezondheid en vergrijzing 1990-2005.* Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum, 1992.  
Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziekte last en zorgvoorzieningen: rammingen tot 2005.* Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum, 1992.

4. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg.* Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum, 1992.
5. Ministerie van WVC, *Gezondheid met beleid. Nota gezondheidsheld 1992.* TK 22459. 's-Gravenhage: Sdu, 1991.
6. D. Kortenhoeven, *100 jaar Fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep.* Arnhem: Gouda Quint, 1989.
7. 'Werk bij de gezinszorg mist een professioneel imago'. *Thuiszorg Limburg*, nO.2. 1990. pag. 6-7.
8. A.L. Gerritse en W. van der Windt, *Van verloop naar loopbaan. Een arbeidsmarktverkenning verpleging en verzorging in de negentigerjaren.* NZL, Utrecht, 1991.
9. Ministerie van WVC, *Beroepskrachten planning 1991.* TK 22 097. 's-Gravenhage: Sdu, 1991.
10. Ministerie van WVC, *Welove/wogen verder.* TK 22393. 's-Gravenhage: Sdu, 1992.
11. Ministerie van WVC, *Ouderen in te/. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994.* Deelnota 5: Gegevens over ouderen. 's-Gravenhage: Sdu, 1990.
12. E. Pommer, *Inkomens op leeftijd.* Rijswijk: SCP, 1990.
13. 'Wachten bijna regel in de gezondheidszorg'. *Consumentengids*, no. 8. augustus 1992. pag. 524-527.

*De auteur is als onderzoeker werkzaam bij het NIVEL en maakte deel uit van het onderzoeksteam dat in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg het onderzoek 'Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg' uitvoerde.*

# DAGBOEK VAN EEN POLIOCAMPGNE

Guus Bannenberg

*Sinds eind september is Nederland in de greep van de polioepidemie. Begin november konden al meer dan twintig ziektegevallen worden geteld en het eind is voorlopig nog niet in zicht. De uitvoering van de poliocampagne is in handen van de GGD-en. Guus Bannenberg is als directeur van de GGD Delft/Oostland van het begin af aan bij de polio campagne betrokken en beschrijft in dagboekvorm zijn ervaringen in de eerste chaotische week van de poliocampagne.*

## ZONDAG 20 SEPTEMBER

Nog nadromend van een heerlijke vakantie in de nationale parken van Utah werd ik 's avonds thuis gebeld door de waarnemend directeur van de GGD. Aangezien ik aan de verkeerde kant van de stapel vakantiekranten begonnen was, was de beginnende berichtgeving over de polio-epidemie mij tot op dat moment ontgaan. De informatieachterstand werd echter snel bijgesteld.

Donderdag 17 september was in de Alblasserwaard een scholier opgenomen op vermoeden van polio. De dag daarop waren alle GGD-en in de omgeving ingelicht door de Geneeskundige Hoofdingspectie (GHI) en voorbereid op een mogelijke vaccinatiecampagne mocht het vermoeden bevestigd worden. Een snelle blik op Teletekst schudde me verder wakker. De GGD Zeeland, met een vergelijkbaar verzorgingsgebied als dat van onze GGD, bereidde zich voor om 174.000 inwoners te vaccineren op achttien locaties.

## MAANDAG 21 SEPTEMBER

Nog vóór de ochtendspits naar de GGD voor spoedberaad. De staf had tijdens mijn afwezigheid al een aantal voorbereidende maatregelen genomen. Huisartsen, kinderartsen en neurologen waren per brief op de hoogte gesteld van het vermoeden van polio en geattendeerd op mogelijke nieuwe gevallen. Organisatieschema's voor de vaccinatiecampagne lagen in concept klaar. Het wachten was op de bevestiging van het vermoeden door de GHI.

Geschrokken door de hoge schattingen van de collega's uit Zeeland maakte ik enkele berekeningen voor mezelf. Tijdens de epidemie van 1978 werden enkele tientallen gevallen van polio gevonden. Aangezien volgens mijn handboekje infectieziekten ongeveer één op de 500 à 1000 besmettingen tot polio leidt, leerde een snelle rekensom dat toen enkele tienduizenden mensen met het poliovirus besmet waren geweest.

Een stortvloed van vragen kwam in me op. Waar moest ik me nu op voorbereiden? Hoeveel vaccinaties? Hoe te organiseren? Welke informatie geven aan de media? Tege-

lijktijd realiseerde ik me dat in deze situatie de GGD zichzelf moest bewijzen in één van de meest klassieke taken: de infectieziektenbestrijding. Dus maar beginnen en zien waar het uitkomt. De beslissingen volgden elkaar snel op: verantwoordelijkheden verdelen, crisiscentrum inrichten, vaccinatie teams en telefoonteams samenstellen, ruimtes en vaccinatiemateriaal regelen.

's Middags kwam de verlossende fax van de GHI! dat de diagnose polio bevestigd werd. Het gebied van onze GGD werd aangewezen als bedreigd gebied. De tijd om verdere voorbereidingen te treffen werd snel schaars. De telefoonlijnen stonden in een mum van tijd roodgloeiend, mensen kwamen zomaar naar de GGD toe om een suikerklontje te halen terwijl ik met de staf nog bezig was de fax te vertalen naar een definitieve strategie voor de GGD. En er was nog geen vaccin.

Gelet op de brede doelgroep, iedereen van 62 jaar en jonger die niet of niet volledig gevaccineerd was of bij wie dit langer dan vijftien jaar geleden had plaatsgevonden, was een gerichte schatting van de omvang van de te verwachten toestroom onmogelijk. Het was al snel duidelijk dat een gemeenschappelijke aanpak van GGD-en in het bedreigde gebied noodzakelijk was. Maar naar buiten bellen was al niet meer mogelijk laat staan het binnenkomen bij andere GGD-en. Gelukkig waren alle GGD-en nog niet zo lang geleden aangesloten op het noodnet van de PTT in het kader van de rampenbestrijding.

Na een snelle consultatieronde onder andere GGD-en in het bedreigde gebied werd besloten tot een spoedvergadering met de GHI nog diezelfde middag in Rotterdam. Behalve een aanzienlijke informatieoverdracht was het belangrijkste resultaat een nadere prioriteitsstelling in de te bereiken doelgroepen. Door de GHI werd ruim voldoende vaccin in het vooruitzicht gesteld waarbij leveranties vanaf de volgende dag zouden plaatsvinden.

De hoop om 's avonds nog het ballet in het Muziektheater bij te kunnen wonen had ik opgegeven. Terug op de GGD om acht uur gonsde het van de activiteit. De broodjes en milkshakes van de snackbar stonden nog op tafel. Een enkeling volgde de berichtgeving op het Journaal. De telefoonlijnen stonden nog steeds roodgloeiend. Met de laatste informatie van de GHI kon nu een definitieve planning worden gemaakt. Gelet op de levering van vaccins zou de start op woensdag zijn. Om elf uur 's avonds kon ik onderuit zakken op de bank. De eerste werkdag zat er weer op.

## DINSDAG 22 SEPTEMBER

Een lange nachtrust werd me niet gegund. Om om zeven uur live in de studio van Radio West te kunnen zijn, moest ik er nog voor zessen uit. Tijd om het interview voor te bereiden was er nauwelijks. Het was belangrijk om zakelijke in-

formatie te geven en onnodige paniek te voorkomen. De planning was gereed maar de gelegenheid om spreekuurtijden door te geven via de radio werd nauwelijks gegeven. Het accent in het interview lag op journalistieke vragen.

Hoewel de respons op de persberichten van de GGD groot was, bleek het niet gemakkelijk om via de lokale media de bevolking te bereiken. De fax van de GHI was te laat gekomen om nog de huis-aan-huisbladen van woensdag te halen voor het doorgeven van de spreekuurtijden aan alle zes gemeenten van de GGD. In samenwerking met de PTT werd een huis-aan-huisfolder voorbereid in een oplage van 50.000 stuks. In Delft bleek de beschikking over een kabelkrant een uitkomst om berichten aan de bevolking door te geven.

Los van de algemene oproep aan de bevolking werd direct gestart met het actief benaderen van niet of nog niet volledig gevaccineerde kinderen van twaalf jaar en jonger. Van deze kinderen was informatie over de vaccinatiestatus bekend bij de provinciale entadministratie. Door een eigen koerier van de GGD werden de computerformulieren in Zoetermeer opgehaald en met de hand overgeschreven op uitnodigingsbrieven aan de ouders.

Snel onderzoek leerde overigens dat de vaccinatiestatus op de reformatorische scholen niet belangrijk afweek van de andere scholen. Om die reden werd ervan afgezien om via de scholen te werken. Alle scholen werden via een brief van het beleid van de GGD op de hoogte gebracht. De brief was dankzij tussenkomst van het ministerie van WVC in het Turks en Marokkaans vertaald.

Die middag kwamen de eerste vaccins binnen. Omdat we zelf ook kinderen inenten beschikte de GGD over een voldoende voorraad van poliovaccin dat in de arm wordt ingespoten. Van het orale poliovaccin dat via een suikerklontje wordt toegediend was echter een zeer beperkte voorraad. Een ruwe schatting leerde dat we het met de beschikbare voorraad ongeveer twee dagen zouden redden.

De grootste bezorgdheid ging op dat moment echter uit naar de brede doelgroep die door de GHI was opgeroepen via de landelijke media de avond ervoor. In het tweede overleg me de GHI die middag bracht ik die bezorgdheid over. Van de zijde van de GHI werden echter geruststellende woorden gesproken. Tijdens de epidemie van 1978 was de poliocampagne immers ook hanteerbaar gebleken. Bovendien was er ruim voldoende vaccin.

## WOENSDAG 23 SEPTEMBER

De stilte voor de storm. Verschillende GGD-en waren de avond ervoor gestart met vaccineren, wij zouden die middag beginnen in Delft. Alle voorbereidingen waren getroffen. Een van de stafleden kwam op het idee om enkele dranghekken bij de gemeente te bestellen.

ik op dat moment de noodzaak niet inzag. Er was nu enige ruimte om alle methouders nog eens nader te informeren. Ook werden enkele contacten gelegd met gezondheidszorginstellingen die zelf personeel en patiënten wilden vaccineren. Tenslotte belde ik maar alle belangrijke vergaderingen af waarvoor ik een week eerder van vakantie was teruggekomen.

Om vier uur 's middags zou het vaccinatie-spreekuur in Delft beginnen met drie vaccinatieteams. Al geruime tijd daarvoor stonden enkele honderden mensen buiten te wachten. De dranghekken bleken er niet voor niets. Toen de deuren opengingen, verdrong iedereen zich om als eerste aan de beurt te zijn. Het ordeteam moest vrijwel direct worden uitgebreid. Om te voorkomen dat mensen onnodig in de rij hoefden te staan werd al in de rij een intake gedaan.

De helft van de wachtenden bestond uit mensen die langer dan vijftien jaar geleden volledig waren gevaccineerd. De ouderen die in het verleden nooit zijn gevaccineerd vormden de meerderheid van de andere helft. Slechts een klein aantal kwam uit de belangrijkste doelgroep van de om principiële redenen niet gevaccineerden. Gelet op de brede doelgroep die was opgeroepen werd bijna niemand teruggewezen.

De drie teams vaccineerden gemiddeld driehonderd mensen per uur. De rij wachtenden buiten de GGD groeide echter tegen zes uur nog steeds aan. Toen de wachttijd om halfacht was opgelopen tot ruim twee uur, besloot ik de wachtrij te sluiten. De meeste medewerkers hadden dagen van tien tot twaalf uur achter de rug zodat uitloop van het vaccinatiespreekuur tot na tien uur niet meer verantwoord was. Het ordeteam moest vanaf dat moment honderden mensen terugsturen die na sluiting van de wachtrij kwamen aanlopen.

De verkeerschaos was aan mij voorbijgegaan. De toegangsweg naar de GGD was volledig geblokkeerd door parkerende en wegtijdende auto's. De wachtrij op straat was zo'n driehonderd meter. Aan de andere kant van het gebouw parkeerden bezoekers voor de ambulance-ingang en moest de politie gaan wegslepen. Desondanks bleven de wachtenden relatief rustig en goedghumeurd.

Toen om tien uur de deur dicht kon waren ruim 1500 mensen gevaccineerd. Hoewel de toestroom veel groter was dan gedacht bleek het nog enigszins hanteerbaar. De grote toestroom werd geweten aan het tijdstip van vaccineren en het feit dat voor het eerst gelegenheid werd geboden. Bovendien: hoe is de toestroom nu nog te reguleren via de lokale media? Vooral nog werd besloten geen nadere maatregelen te treffen om de toestroom in te perken.

#### **DONDERDAG 24 SEPTEMBER**

De inschatting van de avond ervoor bleek echter een volledige misrekening. Nog vóór de opening van de GGD stonden om negen uur 's ochtends al weer honderden mensen voor de deur en hun aantal groeide snel. Het werd me direct duidelijk dat de situatie uit de hand zou

gaan lopen. Er was onvoldoende vaccin voor die dag om een dergelijke toestroom te verwerken om niet te spreken van de vaccinaties die in de daarop volgende dagen in de regio zouden moeten plaatsvinden.

Snelle maatregelen waren geboden gericht op het inperken van de doelgroepen en dat op landelijk niveau. Om niet zonder vaccin te komen zitten werd in de staf besloten de vaccinaties voorlopig stop te zetten en op korte termijn nader overleg te voeren met de andere GGD-en in het bedreigde gebied en de GHI. De dag ervoor was al contact gelegd met de politie voor het geval zich ordeproblemen zouden voordoen. Met een surveillanceauto achter de hand werd aan de inmiddels bijna duizend wachtenden gevraagd naar huis te gaan en nadere berichten in de lokale media af te wachten. De wachtenden gaven onverwacht rustig gehoor aan de oproep zonder dat de politie eraan te pas hoefde te komen.

De andere GGD-en in het bedreigde gebied bleken de toestroom evenmin aan te kunnen. Een afspraak voor een spoedbijeenkomst rond het middaguur was dan ook snel gemaakt. Als belangrijkste knelpunt werd aangewezen de brede doelgroep zoals door de GHI in eerste instantie bekend was gemaakt. Mede door de grote aandacht in de media werd op veel grotere schaal gereageerd dan was voorzien. Daardoor dreigde de belangrijkste doelgroep van de om principiële redenen niet gevaccineerden niet bereikt te worden door gebrek aan vaccin en vaccinatiecapaciteit. Ook de beslissing van de GHI de avond ervoor om buiten het bedreigde gebied op te roepen voor vaccinatie werd als een knelpunt gezien.

Als enige oplossing om de enorme toestroom bij de GGD-en in het bedreigde gebied in te dammen zag ik het aanbrengen van een fasering in de doelgroepen waarbij prioriteit, zou worden gegeven aan niet of niet volledig gevaccineerde kinderen tot achttien jaar en om principiële redenen niet gevaccineerden. Op een later tijdstip zou de doelgroep uitgebreid kunnen worden naar niet of niet volledig gevaccineerde volwassenen van veertig jaar en jonger. Degenen ouder dan veertig jaar en degenen die wel volledig gevaccineerd waren maar voor wie dat meer dan vijftien jaar geleden was zouden pas in laatste instantie in aanmerking moeten komen voor hervaccinatie.

Onze gemeenschappelijke analyse was dat een dergelijk beleid alleen uitgevoerd zou kunnen worden indien zowel de GHI als de vereniging van GGD-en (VDB) dit in de landelijke media zouden uitdragen. Zowel de geneeskundig hoofdinspecteur als de voorzitter van de VDB werden na telefonisch overleg bereid gevonden hierover nog die middag overleg te voeren en de conclusies aan de landelijke media mee te delen. Op grond van deze toezeggingen werden de landelijke media uitgenodigd voor een persconferentie om zes uur 's middags teneinde nog het NOS-journaal van acht uur te kunnen halen.

Het overleg met de GHI en de VDB resulteer-

de in de voorgestelde fasering van doelgroepen. Dit gemeenschappelijke standpunt werd tijdens de goed bezochte persconferentie naar buiten gebracht. NOS-journaal en RTL-nieuws brachten het nieuwe beleid vervolgens in hun uitzendingen. Inmiddels was ik weer teruggekeerd naar de GGD om het nieuwe beleid te vertalen naar de eigen organisatie van vaccinatiesprekuren. Opnieuw persberichten naar de lokale media en een kort telefonisch interview op Radio Delft om het nieuwe beleid uit te leggen.

#### **VRIJDAG 25 SEPTEMBER**

De inspanningen tot inperking en fasering van de doelgroepen wierpen vruchten af. Van een wachtrij was geen sprake meer. De ingeperkte doelgroep kon snel en adequaat geholpen worden. De bevolking had blijkbaar goed kennis kunnen nemen van het nieuwe beleid en hield zich daar in meerderheid ook aan. Slechts enkelen gingen in discussie bij het vaccinatiespreekuur.

De meeste tijd besteedde ik die middag aan telefonades om voldoende vaccin voor volgende week te bemachtigen. Dat bleek geen eenvoudige zaak. De provinciale entadministratie als normale leverancier voor GGD-en kon zonder autorisatie van de GHI niets leveren. De GHI was in vergadering. Uit de vergadering werd een toezegging gedaan door de GHI die door de entadministratie niet in uitvoering gegeven kon worden omdat zij de autorisatie nog niet binnen hadden. Bovendien was er eigenlijk ook geen vaccin. De GGD Dordrecht, nota bene midden in bedreigd gebied, moest die dag de poorten al sluiten wegens gebrek aan vaccin.

Zonder harde toezegging dat ik de volgende week over vaccin zou beschikken kon ik 's avonds om acht uur huiswaarts na sluiting van het laatste vaccinatiespreekuur. De eerste werkweek van zestig uur zat erop. Het deed bijna weer denken aan de tijd dat ik co-assistenten deed in het ziekenhuis.

#### **MAANDAG 28 SEPTEMBER**

In de loop van de middag werden de GGD-en verrast door een open brief van de GHI die op dat moment al naar de landelijke media was verspreid. Daarin werden nieuwe richtlijnen bekendgemaakt inhoudende dat de doelgroep van niet gevaccineerden boven de veertig alsmede de doelgroep van gevaccineerden langer dan vijftien jaar geleden nu definitief kwam te vervallen. De open brief bleek al uit en niet meer te wijzigen.

Het verschijnen van de open brief viel samen met een eerder afgesproken overleg tussen de GGD-en in het bedreigde gebied en de GHI. De aanwezige GGD-en voelden zich door de open brief bepaald voor het blok gezet en meenden bovendien dat de deze tal van onduidelijkheden bevatte. Zo was uit de brief op te maken dat het beleid met betrekking tot de bedreigde gebieden in feite was opgeheven zonder dat daarvan expliciet melding werd gemaakt. Ook werd geen enkele uitleg gegeven waarom tot een wijziging in het beleid werd overgegaan.

Verder voorzagen we problemen om: "...

zoveelste nieuwe beleid te kunnen uitleggen aan de bevolking. Na overleg met de VDB besloten enkele GGD-en in het bedreigde gebied gezamenlijk een persverklaring af te leggen waarbij de GHI met nadruk werd uitgenodigd nadere toelichting te geven in de landelijke media en tevens duidelijk werd gemaakt dat niet de GGD-en maar de GHI verantwoordelijk was voor de richtlijnen. Wel werd afgesproken het nieuwe beleid van de open brief op te volgen teneinde de verwarring niet nog groter te maken.

#### DINSDAG 27 OKTOBER

De persverklaring van de GGD-en haalde verschillende landelijke dagbladen waarbij met name werd ingegaan op de achtergronden van het chaotische verloop van de poliocampagne. Voor mijn eigen GGD betekende het nieuwe beleid geen belangrijke wijziging van de op dat moment opgeroepen doelgroepen. Wel bleek het de nodige problemen op te leveren om uit te leggen waarom iedereen boven de veertig niet meer voor vaccinatie in aanmerking kwam. Op dat moment had de GGD immers al duizenden mensen gevaccineerd volgens het oude beleid. De diarrolletjes van Utah zaten nog steeds in mijn koffer om weg te brengen naar de fotograaf.

## BOEKEN

### MEDICI AAN HET WOORD

*Marjo van Soest, Heelmeesters. Medici over zichzelf en hun vak, Nijgh en Van Ditmar, Amsterdam, 1992*

*Gonny ten Haaf, Aldert Schipper en Dick Bosscher. (eindredactie), Er moet iets gebeuren dokter! Over individuele keuzes in de gezondheidszorg, Trouw/Kwartet, Amsterdam, 1992, ISBN 9070675579.*

'De opvatting dat er iets gedaan moet worden, oefent op arts en patiënt een magische aantrekkingskracht uit.' Dat zegt internist-buitendienst Tontin van Leeuwen in het boekje *Heelmeesters* van Marjo van Soest. Hij heeft gelijk. Zo sterk zelfs dat *Er moet iets gebeuren, dokter* de titel is geworden van een ander recent verschenen boekje. Twee boekjes die slechts bestaan uit interviews met professionals in de gezondheidszorg, geeft dat het publiek meer handvatten voor een verstandig oordeel over de vraag waar het met die gezondheidszorg heen moet? Het valt te betwijfelen.

*Heelmeesters* van Marjo van Soest draagt die pretentie ook niet. De zeventien interviews - voor een deel eerder in *Vrij Nederland* gepubliceerd - geven een bijna tijdloos beeld van het soort mensen dat de Nederlandse instellingen bevolkt. Over het algemeen gedreven mensen, die al heel jong wisten dat ze dokter wilden worden en bereid zijn werkweken van tachtig uur of zelfs meer te maken. Vakidioten, maar dan wel van het soort dat je met een glimlach beziet. Neem kinderarts Hugo Heijmans met zijn verhaal over een van zijn patiëntjes. 'Elke avond voor ze ging slapen, kwam ik even bij haar. Ze werd zieker en zieker, en op een gegeven moment zou ze overlijden. Ik was zo verdrietig, ik dacht: ze gaat nu dood, ik moet dat aan mijn baas vertellen. Dus ik rende zijn kamer binnen, riep *Janet gaat dood* en begon vreselijk te huilen. Mijn baas zat te vergaderen met het bestuur van het ziekenhuis; ik zie die mensen nog glazig naar me kijken.'

Het valt in deze tijd natuurlijk niet te vermijden dat je zelfs in zo'n pretentieloos *document humaine* op zoek gaat naar kritische noten over ontwikkelingen in de zorg. Wat dan opvalt, is dat met name de oude artsen uiterst relativerend doen over de neiging om alles te onderzoeken en te behandelen. 'De snelheid waarmee men een gevoel van onbehagen vertaalt in ziekte is de afgelopen dertig jaar gigantisch toegenomen. Lage rugklachten, hoofdpijn - het zijn reële klachten, maar ze worden versterkt door de illusie dat ze onbilijk zijn, een discriminatie,' vat een van hen samen.

Even opvallend is echter dat geen van hen zich eigener beweging erg bewust toont van de fi-

nanciële grenzen aan de zorg. Zo heeft ook de verstokte drinker volgens de gastro-enteroloog Guido Tytgat recht op een levertransplantatie. 'Je moet als arts nooit de moralist spelen. Dat is onze taak niet. Je moet altijd de helpende hand bieden. Altijd.'

Een onderzoek naar dat bewustzijn van de financiële grenzen aan de zorg lijkt op het eerste gezicht het doel van *Er moet iets gebeuren, dokter!* Het boekje kreeg immers niet voor niets de ondertitel 'Over individuele keuzes in de zorg' mee. En de uitroep in de titel komt tegenwoordig niet meer alleen uit de mond van de patiënt, maar minstens zo luid uit die van de overheid. Ook het voorwoord van vicevoorzitter Borst-Eilers van de Gezondheidsraad plaatst de negentien interviews in die context.

Bij nader inzien valt dat een beetje tegen. Uiteraard ontbreekt het niet aan goede wil en boude uitspraken. 'Die dure apparaten zijn als een besmettelijke ziekte,' vermaant gynaecoloog Wladimiroff de lezer bijvoorbeeld. 'Door meer overbodig onderzoek te doen, krijg je er soms alleen maar meer onzekerheden bij,' voegt internist Meinders eraan toe. Overtuigend is verder het pleidooi van vroedvrouw Smulders voor thuis bevallen zonder verdoving. 'Dat geeft een diep gevoel van voldoening en een groot vertrouwen in het eigen functioneren.' Dat in België en Duitsland veel meer vrouwen in het ziekenhuis bevallen, blijft volgens Smulders overigens niet zonder gevolgen voor ons land: inmiddels vindt ook in Limburg al tachtig procent van de bevallingen op medische indicatie plaats.

Manco van *Er moet iets gebeuren, dokter!* is, dat zulke kritische geluiden door de gekozen vorm - interviews met een minimum aan weerwoord - niet overtuigend. Zo mag apotheker Venema vrijwel ongehinderd vertellen hoe hij bezig is zich te ontpoppen tot winkelier. 'Dan stel ik me net op als Albert Heijn: wat willen die klanten, vraag ik me dan af.' En: 'De apotheker is vooral een doorgever,' waarna de interviewer slechts opmerkt dat Venema dat 'zonder merkbare spijt' constateert. Zou zo'n man geen klap met de trechter van Dunning verdienen? Misschien dat hij daarna net als homeopaat Heekman echt commercieel zou worden en zou stoppen met f 11,20 per doorgeefverrichting in rekening te brengen aan 'klanten' die op de markt van de medicijnverstrekkers geen enkele keus hebben.

Nico de Boer

# BOEKEN

## GEZONDHEIDS- ZORG AAN BANDEN

*Pety de Vries, Gezondheidszorg aan banden, Leiden, Stichting Burgerschapkunde, 1992, f17,90; 120 blz.*

Zojuist verscheen bij de Stichting Burgerschapkunde een aardig boekje over de problemen om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen en inhoudelijke problemen op te lossen. Pety de Vries schreef *Gezondheidszorg aan banden* voor al die mensen die het spoor bijster zijn geraakt in de discussies over kostenbeheersing, wetgeving, stelselherziening, plannen van Simons, de commissie-Dunning en het advies van de Gezondheidsraad.

Ik heb de gewoonte om de trefwoorden uit de Cll'-gegevens in het colofon erop na te slaan. Daar staat in beheerste bewoordingen waar het boek over gaat: gezondheidszorg. Inleiding. De flaptekst en de inleiding dicht de inhoud heel wat meer toe dan alleen een inleiding op de gezondheidszorg: 'Dit boek geeft de nodige informatie om zelf mee te denken over de problemen in de gezondheidszorg, ook over de meer inhoudelijke problemen.' 'Met de achtergronden die dit boek biedt, kan iedereen zich een oordeel vormen over een zaak, die ons allen zozeer raakt.'

Een niet geringe pretentie, denk ik om dit met een boekje waar te maken. Ik ben geen medische beroepsbeoefenaar; politicus of verzekeraar, maar een van de vele burgers die af en toe patiënt zijn. Ik ben dus benieuwd of dit boekje voor mij als burger/patiënt de problemen in de gezondheidszorg inzichtelijk maakt en verklaart.

### OP DE VUIST

Het eerste hoofdstuk scheert als een vogel over de gezondheidszorg heen en ziet dat ons leven is ingebed in een netwerk van medische voorzieningen. De dokter wordt getypeerd als redder in veel nood en is opgeleid om leven zo lang mogelijk in stand te houden. De patiënt doet alles om zijn vermeende recht op gezondheid te krijgen en is niet geïnteresseerd in het prijskaartje. Dat is volgens de schrijfster een van de redenen dat mijn premie zo hoog is.

Aan stellingname heeft dit boek geen gebrek. Wat verderop schetst de auteur de machten in de gezondheidszorg. Daar verwijst zij de patiënten direct naar de zijlijn. Te veel onderling gekraakel onder patiënten zorgt dat zij geen wezenlijk tegenwicht zullen kunnen bieden aan de echte machten in de gezondheidszorg: verzekeraars, zorgaanbieders en toeleveranciers, allen met (zeer) grote financiële belangen.

Mijn inbreng als patiënt aan de problemen in de gezondheidszorg ligt dus in de spreekkamer. Het niet te stillen verlangen van patiënten

naar gezondheid en dokters die de patiënten ter wille zijn, zorgen voor een grenzeloze kostenstijging. De vermoede mondigheid van de patiënten maakt het alleen maar erger. Ze eisen behandeling en gaan er desnoods voor op de vuist, aldus de schrijfster.

De zwakke schakel in het betoog is dat De Vries wel aangeeft dat het individuele patiëntengedrag een van de aanjagers is van de kostenstijging, maar dat zij ook geen antwoord heeft wat zij en ik als patiënt eraan kunnen doen. Wel vraagt zij zich retorisch af of wij ons niet eens moeten gaan verzoenen met onze sterfelijkheid en spiritueel de dood als vriend moet gaan begroeten. Maar ook ziet zij in dat onze mentaliteit, levensstijl en cultuurpatroon zo'n wending onmogelijk maken.

### VEEL CIJFERS

Aardig is dat het boekje veel cijfers geeft over de financiering en kosten van de gezondheidszorg. Het maakt voor mij inzichtelijk dat de stijging van de kosten niet zo grenzeloos is geweest tot nu toe. De huidige kosten bedragen bijna vijf miljard (3470 gulden per persoon), terwijl dat in 1980 27 miljard (2314 per persoon) was. Dat lijkt uit de hand te lopen, maar gecorrigeerd voor inflatie komt het uit op een stijging van 172 gulden. Nog meer valt het mee als het wordt afgezet tegen alles wat we in Nederland aan goederen en diensten uitgeven (Bruto Nationaal Produkt). Het aandeel van de gezondheidszorg zakt van 9,8 naar 9,5 procent. Met de kostenstijging valt het dus wel mee. De overheid heeft het toch in de hand weten te houden. Maar wie naar de toekomst kijkt, ziet explosieve kostenstijgingen als gevolg van vergrijzing, toename van medische mogelijkheden en - verrassend voor mij - de verwachte looneisen van onder meer verplegenden en verzorgenden. De vragen waar het om gaat zijn hoe er een sociaal stelsel voor de gehele bevolking kan blijven en hoe de kostenstijgingen toch beheerst kunnen worden gezien de problemen van vergrijzing, de zorg van chronisch zieken, het tekort aan en de taakverzwaring van verplegenden en verzorgenden en dergelijke.

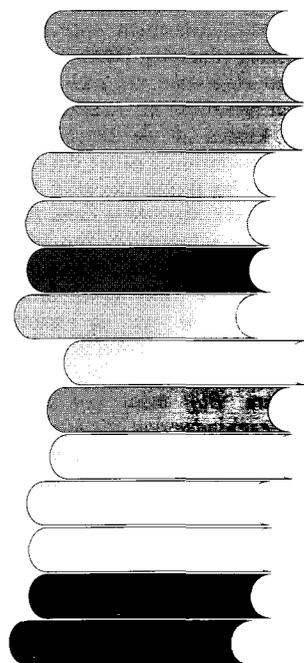
Zoals een informatief boekje betaamt, staan alle plannen, voornemens en belangrijke adviezen erin uitgelegd. De stelselwijziging komt uitgebreid aan bod als een poging om een sociaal stelsel (basisverzekering voor iedereen, collectief betaalde premies) te combineren met de gehoopte voordelen van marktwerking (concurrentie, meer keuzen voor verzekerden). Om de lezer te helpen bij het vormen van een mening, zet de schrijfster ook voor- en nadelen erbij én heel veel vraagtekens. De voorstellen van de commissie-Dunning (wat wel en niet in het basiszorgpakket) en het rapport van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong* (beheersing van de kosten door in de spreekkamer van de arts in te grijpen) worden behan-

deld en in relatie tot elkaar besproken. Zo constateert zij dat zowel 'Dunning' als de Gezondheidsraad om meer overheidsingrijpen vragen dan waartoe diezelfde overheid op dit moment bereid lijkt.

### DE BOLWERKEN

Wat mij bezig blijft houden is de vraag waarom de overheid zich eigenlijk wil terugtrekken en het roer wil overdragen aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Pety de Vries geeft een informatieve historische beschrijving over hoe het allemaal zo gekomen is. Zij denkt dat de overheid het beu is om eindeloos met de specialisten te onderhandelen over hun tarieven. Ook het gedoe rond het beheersen van de stijgende uitgaven van geneesmiddelen maakt dat de overheid met opluchting de verantwoordelijkheid wil afstaan. De Vries vindt dat de overheid zich terugtrekt op een moment dat het echt moeilijk wordt. Het grote belang van de overheid is de collectieve lastendruk te drukken om ons vrij besteedbaar inkomen zo groot mogelijk te houden. Het gehak in de WAO is een illustratie van de gevolgen, evenals de grote bezuinigingen in de gezondheidszorg. De zwakken zijn de dupe. Ik vraag me af of zorgverzekeraars de bolwerken van specialisten, geneesmiddelenindustrie en medische technologie willen en kunnen openbreken. Want daar draait het uiteindelijk toch om, om te komen tot een rechtvaardige verdeling van de schaarste aan zorg.

*Frans van der Pas*



# S I G N A L E M E N T E N

Bijdragen voor de rubriek signalen  
moeten gestuurd worden naar  
het redactieadres:  
Prinsenhofsteeg 10 1012 EB Amsterdam

## PUBLIKATIES

Voor moeilijke en lastige psychiatrische patiënten dienen gemakkelijk toegankelijke opvang en betere materiële en sociale ondersteuning gerealiseerd te worden. Dit stelt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in de discussienota *Weldoen of niet doen* over dwang en drang in de psychiatrie. Na een kwantitatief overzicht van dwangtoepassing wordt ingegaan op de ethische vraag naar de rechtvaardiging van dwang en drang. Achtereenvolgens worden de verhouding tussen recht en psychiatrie, de huidige rechtsontwikkeling en het verschijnsel drang in beeld gebracht. Praktijkvoorbeelden maken de materie inzichtelijk. Tot slot worden suggesties gedaan voor veranderingen in de praktijk en in het zorgaanbod. Dat met deze nota de discussie over dwang en drang niet beslecht is, blijkt eens te meer uit het feit dat het LPCP zich tijdens de voorbereiding van de nota terugtrok. Het standpunt van het LPCP is in een bijlage bij de nota opgenomen.

De discussienota *Weldoen of niet doen* (publikatienummer 18/92) is telefonisch te bestellen bij de afdeling voorlichting en pr van de NRV, 079-710300. De prijs is f15,-.

Bij de Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (Stichting O&O) is verschenen de brochure *Blijf maar een paar dagen thuis*. Een aantal huisartsen en verzekeringsgeneeskundigen komen in de brochure aan het woord. Zij praten over de rol die de huisarts kan spelen in het proces van al of niet toetreden tot de WAO. Moet de huisarts zich bezighouden met sociaal-medische begeleiding of is dat in strijd met zijn rol als behandelaar van de patiënt? Daarnaast komt in de brochure de vraag aan de orde hoe de samenwerking tussen verzekeringsgeneeskundige en huisarts verbeterd kan worden.

De brochure *Blijf maar een paar dagen thuis* is toegezonden aan alle huisartsen. Andere belangstellenden kunnen de brochure (bestelnummer A155) bestellen bij Stichting O&O, 030-332113.

Begin 1992 werd een zeer druk bezocht symposium gehouden over de plaats van migrantenzorg en etnopsychiatrie in de B-verpleging en de paramedische sector. Daarbij werd uitgebreid gesproken over trans-

culturele psychiatrie, systeemtherapie en de vraag in hoeverre de westers georiënteerde kennis en ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg universeel toepasbaar zijn. De bundel *Vervreemd of vreemdeling* bevat de voornaamste bijdragen aan dit symposium. Centraal staat de vraag wat het antwoord is van de psychiatrische hulpverlening op onze multiculturele samenleving.

De bundel *Vervreemd of vreemdeling* onder redactie van Joop de Jolig en Rianne Wesell-beek wordt uitgegeven door Kil-Uitgeverij van het Koninklijk Instituut voor de Tropen. De bundel kost f20,- en is verkrijgbaar in de boekhandel of via KIT-Uitgeverij (020-5688272).

In Psychiatrisch Centrum Joris in Delft is een methodiek ontwikkeld voor een intensieve behandeling van seksueel misbruikte vrouwen. Een dergelijke behandeling kan het best plaatsvinden in dagbehandeling gedurende drie dagen per week, is een van de conclusies

principes van vrouwenhulpverlening, sinds 1989 nauwkeurig gevolgd.

*Over leven met seksueel misbruik. De behandeling van seksueel getraumatiseerde vrouwen in de psychiatrie* van Els Borgesius is te bestellen bij uitgeverij Eburon (tel. 015-131484) en kost f29,50.

Huisartsen in Almere doen het goed. Inwoners van Almere hebben in vergelijking met de rest van Nederland meer problemen met hun gezondheid en gaan daarmee vaker naar de huisarts. Toch worden er veel minder verwijskaarten en medicijnen uitgeschreven dan in de rest van Nederland en ook vindt meer overleg met andere disciplines plaats. Een grootschalig NIVEL-onderzoek onder het totale huisartsenbestand in Almere heeft geleid tot drie publikaties en een samenvatting van alle onderzoeken.

Voor meer informatie H. Sixma, NIVEL, postbus 1568,3500 BN Utrecht, tel. 030-319946.

## PRIJZEN

De Catharina Pijlsstichting stelt om de twee jaar een geldprijs ter beschikking voor excellente proefschriften op het terrein van de gezondheidswetenschappen. Onderzoekers uit heel Nederland die werkzaam zijn op dit terrein kunnen naar de prijs meedingen. Het criterium 'gezondheidswetenschappelijk' sluit monodisciplinaire dissertaties en dissertaties op het terrein van de geneeskunde uit. De C. Pijls prijs wordt toegekend door een jury bestaande uit hoogleraren van de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg. In 1992 is de prijs toegekend aan dr. Amoud Amtz voor zijn dis-

sertatie *Pain: Attention, Prediction and Control* en aan dr. Eddy Houwaart voor zijn proefschrift *De hygiënist. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*.

Trijntje de Wit-Gosker heeft dit jaar de trofee Lekkere Mallootje gekregen. Zij vecht al jaren om kinderen met een verstandelijke handicap aan het gewone onderwijs deel te laten nemen. Samen met andere ouders richtte ze de vereniging voor geïntegreerde opvoeding van mongoloïde kinderen (VIM) op. Lekkere Mallootje is de geuzennaam voor een zwakzinnige die op eigen wijze en tempo aan de samenleving meedoet. Het comité Lekkere Mallootje reikt ieder jaar deze prijs uit aan een persoon die zich verdienstelijk maakt voor de integratie van verstandelijk gehandicapten. Het comité is een voortzetting van de Landelijke Organisatie Modeme Zwakzinnigenzorg.

Informatie: Peter van Düren, 020-6681238.

## BIJEENKOMSTEN

Het voorjaarscongres 1993 van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde gaat over Biomacht en medische technologie, en vindt plaats op 14 mei 1993 op de Vrije Universiteit te Amsterdam. Onderzoekers op het gebied van de filosofie, geneeskunde, vrouwenstudies en antropologie kunnen lopend onderzoek presenteren over onder meer de volgende onderwerpen:

- \* gender en technologie: wat betekent de toenemende technologisering van de geneeskunde voor vrouwen?
- \* psychiatrie en biomacht
- \* medische identiteiten en stigma's als resultaat van technologie en biomacht;

Onderzoekers die rond een van deze thema's een paper willen presenteren wordt verzocht voor 31 januari 1993 een abstract in te sturen naar: Vakgroep Medische Filosofie en Medische Ethiek, t.a.v. mw.dr.s. L.M. Huijter, VU, Faculteit der Geneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, tel. 020-5483346/3340.

EvC Organisatiebureau organiseert op 26 maart 1993 een studiedag over de gevolgen voor verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Volgens de organisatoren van de studiedag zal de BOPZ, die in 1993 in werking treedt, een belangrijke verandering betekenen voor de rechtspositie van bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De studiedag wil door praktijkgerichte inleidingen en oefeningen het instellingsmanagement en het hogere uitvoerende kader zo goed mogelijk op deze veranderingen voorbereiden.

Opgave voor de studiedag bij EvC, 023-273350.

# De Phelps-stichting voor spastici

*Omdat er nog zo vreselijk veel moet worden gedaan.*

Er zijn in Nederland ongeveer dertigduizend spastici. Allemaal mensen met verschillende achtergronden, maar in één ding gelijk: ze hebben anderen nodig om zo normaal mogelijk te kunnen leven.

De Dr. W.M. Phelps-Stichting voor Spastici is al ruim 35 jaar bezig met het lichamelijk en geestelijk welzijn van deze groep mensen.

Zij stimuleert initiatieven en biedt financiële hulp zodat speciale voorzieningen voor spastici kunnen worden gerealiseerd.

De stichting probeert vooral daar te helpen waar overheid of andere organisaties "nee" verkopen of te weinig middelen beschikbaar hebben.

De steun wordt gegeven in de vorm van lage-rente-leningen of subsidies, afhankelijk van de aard en omvang van het project.

Zo worden belangrijke financiële bijdragen geleverd aan wetenschappelijk onderzoek ter voorkoming van spasticiteit en ter verbetering van de hulpmiddelen die spastici in staat stellen onafhankelijk te zijn.

Maar ook als het gaat om projecten als de (ver)bouw van kinderverblijven en dagverblijven, paviljoens, vakantieverblijven en kinderboerderijen, sporthallen, zwembaden en maneges of om aangepaste bussen en andere vervoermiddelen van hulpverlenende instellingen wordt vaak een beroep gedaan op de stichting.

In de afgelopen jaren is de vraag om steun alleen maar toegenomen. Gelukkig is er een vast donateursbestand dat de stichting in staat stelt bij te springen waar dat nodig is. Mede daardoor konden honderden waardevolle projecten van de grond komen.

Dat werk moet onverminderd doorgaan. Want de problemen die in het dagelijkse leven van de spastici een rol spelen, zijn nog lang niet allemaal opgelost.

Voor meer informatie:

Dr. W.M. Phelps-Stichting voor spastici

Postbus 432,1400 AK Bussum

Telefoon 02159-51140. Telefax: 02159-49829

Postgiro: 1322.

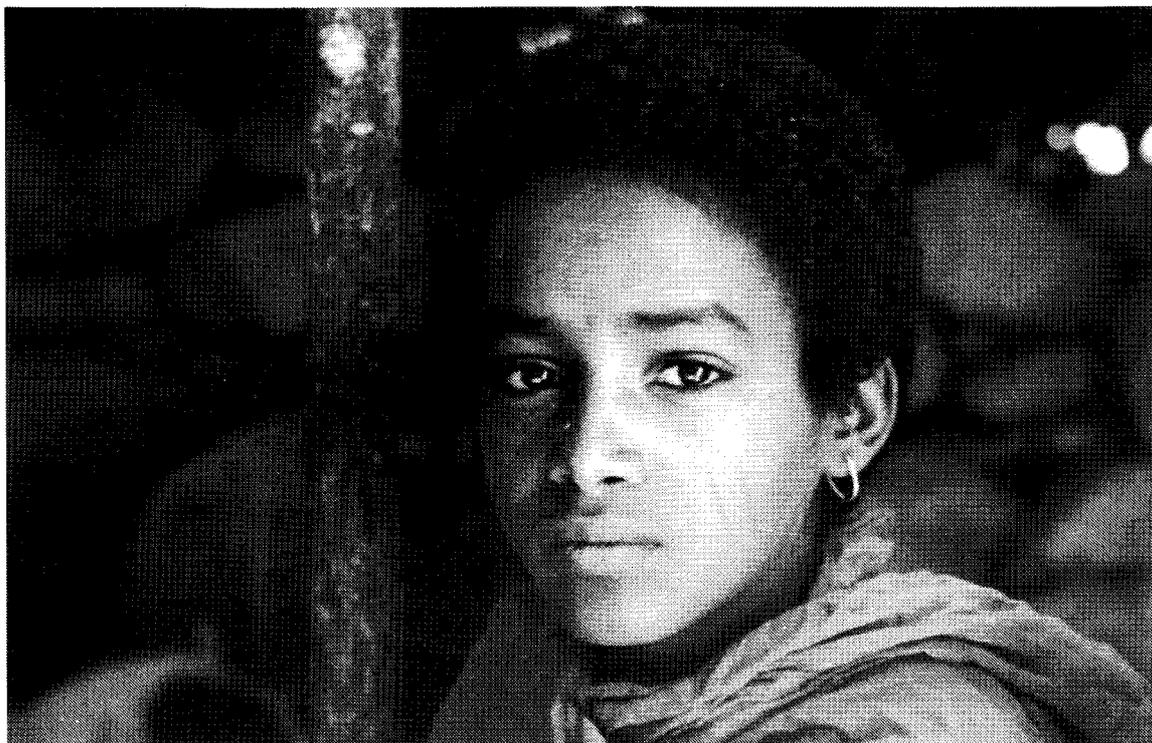


CD

~ ~ ~ t d o l l , J p  
stic;hOnf!voorspasOd

Postbus 432, 1400 AK Bussum

# *Slachtoffers* hebben geen keus



Niemand kiest er voor om slachtoffer te zijn. Toch worden jaarlijks miljoenen mensen getroffen door aardbevingen, overstromingen, oorlog of hongersnood.

De oorzaken verschillen, het resultaat is hetzelfde: kinderen en volwassenen lijden onder de gevolgen. Slachtoffers hebben geen keus. Ze willen overleven. Ze werken aan een nieuwe toekomst en vragen daarbij onze steun.

Vijftien Nederlandse kerken en kerkelijke organisaties, waaronder de Hervormde Kerk en de Gereformeerde Kerken, hebben samen een organisatie voor noodhulp: Stichting Oecumenische Hulp (SOH).

SOH helpt mensen zonder onderscheid. Hulp bij rampen, vluchtelingen hulp en voedingshulp via een wereldwijd netwerk van kerkelijke hulporganisaties.

Deze lokale organisaties weten hoe in hun situatie het beste geholpen kan worden.

**Kies voor de slachtoffers. Steun SOH.**

Stichting Oecumenische Hulp **Giro 9 Utrecht**

Corn. Houtmanstraat 17, 3572 LT Utrecht, Tel. 030-710614

