Maastricht University

De eerstelijnszorg in juridisch perspectief : huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk : een beschouwing over de regulering van eerstelijnszorg vanaf 1798

Citation for published version (APA):

Oosterman-Meulenbeld, A. C. (1992). *De eerstelijnszorg in juridisch perspectief : huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk : een beschouwing over de regulering van eerstelijnszorg vanaf 1798*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Gouda Quint. https://doi.org/10.26481/dis.19920611ao

Document status and date:
Published: 01/01/1992

DOI:
10.26481/dis.19920611ao

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 19 Apr. 2024

De eerstelijnszorg in juridisch perspectief

'Iedere wetgever die voor iets goeds is beoogt bij het opstellen van zijn wetten niets anders dan altijd de hoogste deugd. Dit is trouw te blijven temidden van de moeilijkheden'.

(Plato in de Wetten, de Athener I-630)

De eerstelijnszorg in juridisch perspectief

Huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk: een beschouwing over de regulering van eerstelijnszorg vanaf 1798

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Mr. M. J. Cohen, volgens het besluit van het College van Dekanen, in het openbaar te verdedigen op donderdag, 11 juni 1992 om 14.00 uur

door

Angelina Christine Oosterman-Meulenbeld

Gouda Quint bv
(S. Gouda Quint - D. Brouwer en Zoon)
Arnhem

1992

Promotor:
Prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing

Beoordelingscommissie:
Prof. mr. F.A.M. Stroink (voorzitter)
Prof. mr. C.A. Adriaansens
Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder
Prof. mr. J.H. Hubben (Katholieke Universiteit Nijmegen)

Voorwoord

Bij het beëindigen van dit proefschrift past een woord van dank aan diegenen, die aan de totstandkoming ervan hebben bijgedragen.

Allereerst gaan mijn gedachten uit naar mijn promotor, professor Henriëtte Roscam Abbing. Haar scherpe inzicht in de materie en haar kritische en stimulerende begeleiding zijn vormend geweest voor mijn wetenschappelijk denken.

Voorts ben ik velen dankbaar, die mij vooral in de beginperiode van het onderzoek met de gegevensverzameling behulpzaam zijn geweest. Medewerkers van de toenmalige JOINT, de Raad voor de Gezinsverzorging, de Ziekenfondsraad en de VNZ hebben mij bij herhaling stukken doen toekomen. De bereidwilligheid van de VNG om mij toegang te verlenen tot de in haar archieven opgeslagen subsidieregelingen en circulaires heeft mijn onderzoek zeker vergemakkelijkt. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de medewerkers van de RL-bibliotheek Bonnefanten, die mij steeds met veel geduld de gevraagde Kamerstukken, Staatscouranten en Staatsbladen hebben verstrekt. Van de vakgroep Gezondheidsrecht wil ik in het bijzonder Lydie Coenegrachts-Konings bedanken. Zonder haar zou het proefschrift niet in deze vorm voor U liggen.

In familiekring kreeg ik van mijn ouders en Willem op de juiste tijdstippen een duwtje in de rug. Henk gaf mij mijn gevoel voor de Nederlandse taal terug, dat door een langdurig verblijf in Franstalig Zwitserland enigszins verwaterd was. Vrienden monterden mij op gezette tijden op, hoewel zij zich soms toch enigszins verwaarloosd moeten hebben gevoeld.

Vooral wil ik echter Alexander bedanken. Ten eerste heeft hij mij aangezet om dit proefschrift te schrijven. Met name ben ik hem echter dankbaar voor zijn ondersteuning en vertrouwen gedurende de perioden van twijfel, die waarschijnlijk ieder wetenschappelijk onderzoek kenmerken.

Mijn wens is dat dit proefschrift een zinvolle bijdrage kan leveren aan een eigen plaats voor de mogelijkheden en ontwikkelingen van de eerstelijnszorg binnen het toekomstige juridische kader.

De gegevensverzameling werd beëindigd op 1 december 1991.

Anke Oosterman-Meulenbeld Meerssen, Kerstmis 1991

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen 13

Inleiding 17

DEEL I REGELGEVING, ZELFORDENING EN RECHTSPRAAK 21

Inleiding 23

Hoofdstuk 1 Regelgeving algemeen 25
1 Functies 25
2 Mogelijkheden en grenzen 26
3 Criteria voor regelgeving 28

Hoofdstuk 2 Regelgeving en eerstelijnszorg 29
1 Motieven en functies regelgeving 29
2 Zelfordening 31
3 Rechtspraak 33

DEEL II PRAKTIJK EN REGELGEVING 35

Hoofdstuk 1 De eerstelijnszorg 37
1 Voorgeschiedenis 37
2 Periode tot en met 1974 38
2.1 Kwaliteit 38
2.2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid 38
2.3 Financiële toegankelijkheid 39
2.4 Vraagzijde 43
3 Periode na 1974 44
3.1 Ontwikkeling regelgeving 44
3.2 Kwaliteit 47
3.2.1 Regelgeving 47
3.2.2 Zelfordening 48
3.3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid 50
3.3.1 Een wijksgewijze opzet: het besluit experiment gezondheidszorg Almere 50

3.4	Financiële toegankelijkheid	52
3.4.1	Ontwikkeling regelgeving	52
3.4.1.1	Verzekeringssfeer	52
3.4.1.2	Tarievensfeer	54
3.4.2	Overige financieringsbronnen	55
3.4.2.1	Subsidiëring van gezondheidscentra en hometeams	55
3.4.2.2	Financiering van de thuiszorg	55
4	Vraagzijde	58
4.1	Privacy	58
4.2	Klachtenregelingen	59
5	Knelpunten	60
6	Samenvattende conclusie	64
Hoofdstuk 2 De huisarts		65
1	Voorgeschiedenis	65
2	Kwaliteit	66
2.1	Periode tot en met 1974	66
2.1.1	Ontwikkeling regelgeving	66
2.1.2	Toegang tot de beroepsuitoefening	68
2.1.3	Beroepsuitoefening	69
2.1.4	Waarneming en delegatie	70
2.1.5	Verwijzing	71
2.2	Periode na 1974	72
2.2.1	Toegang tot de beroepsuitoefening	72
2.2.2	Beroepsuitoefening	74
2.2.3	Experimentele behandelingen en alternatieve geneeswijzen	77
2.2.4	Waarneming en delegatie	79
2.2.5	Verwijzing	81
3	Bereikbaarheid en beschikbaarheid	82
3.1	Periode tot en met 1974	82
3.1.1	Bereikbaarheid	82
3.1.2	Beschikbaarheid	84
3.1.3	Vrije huisartsenkeuze	84
3.2	Periode na 1974	85
3.2.1	Ontwikkeling regelgeving	85
3.2.2	Bereikbaarheid	86
3.2.3	Beschikbaarheid	89
3.2.4	Vrije huisartsenkeuze	91
4	Financiële toegankelijkheid	92
4.1	Periode tot en met 1974	92
4.1.1	Ontwikkeling regelgeving	92
4.2.1	Regulering aanbodzijde	93
4.1.2.1	Honorering	93
4.1.2.2	De medewerkersovereenkomst	95
4.1.3	Regulering vraagzijde	96

4.1.3.1 Inhoud 96
4.1.3.2 Financiering 96
4.2 Periode na 1974 98
4.2.1 Regulering aanbodzijde 98
4.2.1.1 Honorering 98
4.2.1.2 De medewerkersovereenkomst 101
4.2.2 Regulering vraagzijde 102
4.2.2.1 Inhoud 102
4.2.2.2 Financiering 103
5 Knelpunten 104
6 Samenvattende conclusie 107

Hoofdstuk 3 De wijkverpleging 109
1 Voorgeschiedenis 109
2 Kwaliteit 110
2.1 Periode tot en met 1974 110
2.1.1 Ontwikkeling regelgeving 110
2.1.2 Toegang tot de beroepsuitoefening 111
2.1.3 Beroepsuitoefening 112
2.2 Periode na 1974 113
2.2.1 Toegang tot de beroepsuitoefening 113
2.2.2 Beroepsuitoefening 115
3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid 118
3.1 Periode tot en met 1974 118
3.2 Periode na 1974 119
4 Financiële toegankelijkheid 121
4.1 Periode tot en met 1974 121
4.1.1 Ontwikkeling regelgeving 121
4.1.2 Regulering aanbodzijde 122
4.1.3 Regulering vraagzijde 123
4.1.3.1 Inhoud 123
4.1.3.2 Financiering 124
4.2 Periode na 1974 124
4.2.1 Ontwikkeling regelgeving 124
4.2.2 Regulering aanbodzijde 125
4.2.1.1 Algemeen 125
4.2.2.2 Medewerkersovereenkomst 126
4.2.3 Regulering vraagzijde 127
4.2.3.1 Inhoud 127
4.2.3.2 Financiering 129
5 Knelpunten 129
6 Samenvattende conclusie 132

Hoofdstuk 4 De gezinsverzorging 133
1 Voorgeschiedenis 133

2	Kwaliteit	134
2.1	Periode tot en met 1974	134
2.1.1	Toegang tot de beroepsuitoefening	134
2.1.2	Beroepsuitoefening	135
2.2	Periode na 1974	135
2.2.1	Toegang tot de beroepsuitoefening	135
2.2.2	Beroepsuitoefening	136
3	Bereikbaarheid en beschikbaarheid	137
3.1	Periode tot en met 1974	137
3.2	Periode na 1974	138
4	Financiële toegankelijkheid	139
4.1	Periode tot en met 1974	139
4.1.1	Regulering aanbodzijde	139
4.1.2	Regulering vraagzijde	140
4.1.2.1	Inhoud	140
4.1.2.2	Financiering	140
4.2	Periode na 1974	141
4.2.1	Regulering aanbodzijde	141
4.2.2	Regulering vraagzijde	143
4.2.2.1	Inhoud	143
4.2.2.3	Financiering	146
5	Knelpunten	147
6	Samenvattende conclusie	150

Hoofdstuk 5 Het algemeen maatschappelijk werk		151
1	Voorgeschiedenis	151
2	Kwaliteit	152
2.1	Periode tot en met 1974	152
2.1.1	Toegang tot de beroepsuitoefening	152
2.1.2	Beroepsuitoefening	152
2.1.3	Vraagzijde	154
2.2	Periode na 1974	154
2.2.1	Toegang tot de beroepsuitoefening	154
2.2.2	Beroepsuitoefening	155
2.2.3	Vraagzijde	158
3	Bereikbaarheid en beschikbaarheid	159
3.1	Periode tot en met 1974	159
3.2	Periode na 1974	160
4	Financiële toegankelijkheid	162
4.1	Periode tot en met 1974	162
4.1.1	Regulering aanbodzijde	162
4.1.2	Regulering vraagzijde	163
4.1.2.1	Inhoud	163
4.1.2.2	Financiering	164
4.2	Periode na 1974	164

4.2.1 Ontwikkeling regelgeving 164
4.2.2 Regulering aanbodzijde 166
4.2.3 Regulering vraagzijde 168
4.2.3.1 Inhoud 168
4.2.3.2 Financiering 169
5 Knelpunten 169
6 Samenvattende conclusie 172

DEEL III HET NIEUWE STELSEL 173

Inleiding 175

Hoofdstuk 1 De Hoofdlijnen van het nieuwe gezondheidszorgstelsel 177
1 De plannen 177
2 De uitvoering 182
3 'Witte vlekken' 184

Hoofdstuk 2 Het nieuwe stelsel en de regulering van de eerstelijnszorg 187
1 Inleiding 187
2 Kwaliteit 187
2.1 Toegang tot de zorgverlening 187
2.2 Zorgverlening 188
3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid 191
4 Financiële toegankelijkheid 193
4.1 Aanbodzijde 193
4.2 Aanspraken verzekerden 194
5 Aandachtspunten 197
6 Samenvattende conclusie 199

DEEL IV CONCLUSIES EN VOORSTELLEN 201

Inleiding 203

Hoofdstuk 1 De ontwikkelingen in kaart gebracht 205
1 Kwaliteit 205
1.1 Overheidsregulering 205
1.1.1 Toegang tot de zorgverlening 205
1.1.2 Concrete zorgverlening 208
1.1.3 Toezicht en sancties 209
1.2 Zelfordening 210
1.3 Samenvattende conclusie 211
2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid 212
2.1 Overheidsregulering 212
2.2 Zelfordening 214

2.3 Samenvattende conclusie 215
3 Financiële toegankelijkheid 216
3.1 Overheidsregulering 216
3.1.1 Aanbodzijde 216
3.1.2 Vraagzijde 219
3.2 Zelfordening 221
3.3 Samenvattende conclusie 222

Hoofdstuk 2 Een schets voor de regulering van de eerstelijnszorg 225
1 Inleiding 225
2 Een integraal stelsel en toegankelijkheid 227
2.1 Aanspraken, indicatiestelling en voldoende aanbod 227
2.1.1 Inhoudelijk 227
2.1.2 Wetgeving en/of zelfordening 230
2.2 Financiële toegankelijkheid vraagzijde 231
2.2.1 Inhoudelijk 231
2.2.2 Wetgeving en/of zelfordening 232
2.3 Tarief en honoreringsstelsels 233
2.3.1 Inhoudelijk 233
2.3.2 Wetgeving en/of zelfordening 234
3 Kwaliteit van de eerstelijnszorg 234
3.1 Toegang tot de zorg en concrete zorgverlening 234
3.1.1 Inhoudelijk 234
3.1.2 Wetgeving en/of zelfordening 236
3.2 Klachtenregelingen 240
3.2.1 Inhoudelijk 240
3.2.2 Wetgeving en/of zelfordening 241
Slotbeschouwing 241

Résumé 243

Summary 247

Geraadpleegde literatuur 251

Zakenregister 259

Curriculum vitae 263

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
AB	Administratiefrechtelijke Beslissingen
ABW	Algemene Bijstandswet
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AROB	Administratieve Rechtspraak Overheidsbeschikkingen
ATIS	Algemene Thuiszorg In Samenwerking
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wetsvoorstel Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BW	Burgerlijk Wetboek
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CKG	Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EG	Europese Gemeenschappen (EEG, EGKS, Euratom)
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
EKO	Erkende Kruisorganisatie
EVA	Eerstelijns Voorzieningen Almere
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening
FONA	Faults Or Near Accidents
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
Gw	Grondwet
HDL	Huishoudelijke activiteiten van het dagelijks leven
HBO(V)	Hoger Beroepsonderwijs (Verpleging)
HRC	Huisartsenregistratiecommissie
ILO	Internationale Arbeidsorganisatie

Kb	Koninklijk Besluit
KG	Kort Geding
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
(K)NMG	(Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KSW	Kaderwet Specifiek Welzijn
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LIER	Landelijk Indicatie- en Registratiesysteem
LPCP	Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVG	Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra
LVMW	Landelijke Vereniging voor Maatschappelijk Werkers
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MBO(V)	Middelbare Beroepsonderwijs (Verpleging)
MDGO	Middelbaar Dienstverlenings en Gezondheidszorg Onderwijs voor Verplegen (Vp) en Verzorgen (Vz)
MGZ	Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
NBW	Nieuw Burgerlijk Wetboek
NHG	Nederlands Huisarts Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NK	Nationale Kruisvereniging
NMV	Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde
NOW	Nederlandse Organisatie voor Welzijnswerkers
NRMW	Nationale Raad voor het Maatschappelijk Werk
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Pb	Publikatieblad der EG (L-serie = wetgeving, C-serie = communicatie)
PHV	Plaatselijke Huisartsen Vereniging
Rl	(EG-)Richtlijn
RL	Rijksuniversiteit Limburg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RMD	Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dientsverlening
RZA	Rechtspraak Ziekenfondswet/AWBZ
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot huisarts
SDO	Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen
SER	Sociaal Economische Raad
Sr	Strafrecht
Stb	Staatsblad
Stcrt	Staatscourant

Trb	Tractatenblad
TVGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
TWN	Tijdelijke Wet Normering inkomens vrije beroepsbeoefenaars
UEMO	Europese Huisartsenorganisatie
VIVAM	Vereniging voor Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeentes
VNZ	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (voorheen Ziekenfondsen)
VOG	Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WEM	Wet Economische mededinging
WFV	Wet Financiering Volksverzekeringen
WGBO	Wetsvoorstel inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WHO	Wereld Gezondheidszorgorganisatie
WPR	Wet Persoonsregistraties
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WUG	Wet Uitoefening der Geneeskunst
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WVGM	Wetsvoorstel Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet

Inleiding

1 Achtergrond en vraagstelling onderzoek

De toegankelijkheid van kwalitatief verantwoorde eerstelijnszorg maakt deel uit van het 'recht op zorg', als sociaal grondrecht verwoord in de Grondwet van 1983: de overheid treft maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid en schept voorwaarden voor de maatschappelijke ontplooiing van de burgers (art. 22 lid 1 en 3). Tot op heden vormt de extra-murale zorg een weinig coherente, geïntegreerde, sector.

De eerstelijnszorg krijgt voor het eerst beleidsmatig gestalte in de Structuurnota van 1974.[1] Het is vooral de eerste lijn, die een versterking van de extra-murale zorg zou moeten bewerkstelligen. De spilfunctie van de eerstelijnszorg, de noodzaak om de hulpvraag integraal, namelijk rekening houdend met fysieke, psychische en sociale factoren[2] te benaderen en de sterk toegenomen behoefte aan thuiszorg vormen evenzovele redenen om het onderzoek te richten op het juridisch kader, waarbinnen de eerstelijnszorg functioneert. Het beperkt zich daarbij tot de door de overheid aangewezen 'kerndisciplines': huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk en de positie van de patiënt ten aanzien van deze eerstelijnsvoorzieningen.

Qua begrip is eerstelijnszorg breder dan eerstelijnsgezondheidszorg, omdat het mede maatschappelijke zorg omvat. Eerstelijnszorg moet eveneens van het begrip thuiszorg worden onderscheiden, aangezien eerstelijnszorg verstrekt wordt door niet-gespecialiseerde voorzieningen, terwijl thuiszorg zorgverlening aan de patiënt thuis omvat, welke zonodig ook uit gespecialiseerde zorg kan bestaan.[3] Eerstelijnszorg kan worden gezien als een 'subsysteem van zorg'. Zij functioneert als een toegangspoort naar de gespecialiseerde zorg, een functie, die de huisarts in het kader van het wettelijke ziektekostenstelsel al vanaf de Tweede Wereldoorlog vervult.

De eerstelijnszorg neemt de medeverantwoordelijkheid op zich voor een continue, integrale en persoonlijke zorg aan de patiënt en diens gezin in de thuissituatie. Kenmerkend zijn het generalistisch karakter, de vrije toegankelijkheid, het gesitueerd zijn dicht bij de bevolking en de ambulante wijze van hulpverlening. Op het

1 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2.

2 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nr. 2, p. 9.

3 Zie voor deze passages de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1-2; de nota Eerstelijnszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 180, nrs. 1-2 en de nota Werken aan zorgvernieuwing, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2.

samengaan van individuele preventie en curatie binnen de eerste lijn legt de overheid in meerdere nota's grote nadruk.[4]

De door de vier kerndisciplines verstrekte zorg zal, zoals ook de overige delen van de gezondheidszorg, in de naaste toekomst waar mogelijk omschreven worden in functies. De voornaamste oogmerken daarvan zijn dat op deze wijze ondermeer substitutie binnen de eerste lijn en tussen de eerste en de tweede lijn mogelijk wordt en dat de patiënt 'zorg op maat' kan ontvangen.[5] De in dit kader relevante eerstelijnsfuncties zijn diagnose, behandeling (inclusief medicatie), verwijzing (inclusief indicatiestelling), verpleging, verzorging, psycho-sociale hulp[6] en preventie.

2 Vraagstelling

De vraagstelling voor het onderhavige onderzoek is als volgt: heeft de regelgeving ten aanzien van eerstelijnszorg, zoals deze sinds de Structuurnota van 1974 tot stand is gekomen, bijgedragen aan de realisatie van de in die nota voor het eerst geformuleerde beleidsoptie 'versterking van de extra-murale zorg' en hebben daarbij beleid, regelgeving en praktijk parallel gelopen? Wat zijn eventueel de belemmerende factoren geweest?

Hoe zou in de toekomst voor de eerstelijnszorg een dusdanig juridisch kader geschapen kunnen worden, dat een versterking van die zorg wordt bewerkstelligd, rekening houdend met de criteria voor regelgeving, zoals deze de laatste jaren zijn ontwikkeld?

3 Inhoud en opzet

Het onderzoek bestudeert het beleid, de daarop ontworpen regelgeving en de praktijk vanaf 1798. Dit was het jaar van de Bataafsche Staatsregeling, waarin voor het eerst het recht op eerstelijnszorg, zij het in de vorm van gezondheidszorg en armenzorg, werd verwoord. Het onderzoek is verdeeld in de periode vóór en de periode na 1974. Reden hiervoor is dat in de Structuurnota van dat jaar de versterking van het eerste echelon voor het eerst als beleidsoptie werd geformuleerd.

Deze versterking is een van de doelstellingen, die de overheid nastreeft ter realisatie van de haar in 1983 door artikel 22 van de Grondwet opgedragen taak.

4 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2 en Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28.

5 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28.

6 In het kader van dit onderzoek wordt onder psycho-sociale hulp verstaan de hulp bij relationele en met ziekte verbonden psychische problemen met een niet-psychiatrisch karakter. Deze omschrijving is ontleend aan de door het NIVEL gebruikte definitie bij een onderzoek naar psychosociale hulp in de eerste en de tweede lijn. G.J. Visser Eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1988, nr. 9, p. 273-276.

Ten aanzien van de aspecten waarin deze overheidsverantwoordelijkheid kan worden onderscheiden volgt het onderzoek de indeling, die H.D.C. Roscam Abbing in haar préadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht van 1984 hanteert.[7] Het betreft de overheidsverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en beschikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. De financiële toegankelijkheid heeft betrekking op de wijze waarop via aanbod- en vraagzijde het hulpaanbod wordt bekostigd en beheerst. De beschikbaarheid en bereikbaarheid hebben naast een tijds- ook een geografische component. Kwaliteit heeft binnen dit onderzoek betrekking op de deskundigheid en bekwaamheid van de beroepsbeoefenaar en diens wijze van werken, evenals op de kwaliteit van door instellingen geboden eerstelijnszorg.

Omdat bij een versterking van de eerstelijnszorg de zelfstandigheid van de patiënt vanuit overheidsoogpunt een centrale doelstelling vormt,[8] wordt aan diens positie eveneens aandacht besteed, bezien onder de invalshoek van het hiervoor genoemde drieluik van kwaliteit, van beschikbaarheid en bereikbaarheid en van financiële toegankelijkheid. Dit heeft als consequentie dat het Wetsvoorstel voor de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO),[9] hoe belangrijk ook voor de rechtspositie van de patiënt, buiten beschouwing is gelaten. De WGBO, waarin de rechten van de patiënt worden neergelegd heeft namelijk haar basis primair in de individuele grondrechten (art. 10 en 11) en zou als onderwerp bovendien een aparte behandeling vergen.

Vanwege de extra-murale oriëntatie van dit onderzoek is de regelgeving ten aanzien van bejaardenoorden buiten beschouwing gelaten, behoudens in meer algemene zin vanuit het perspectief van de thuiszorg. Collectieve preventie, verloskunde en kraamzorg maken, gelet op het aparte karakter van deze zorgonderdelen, geen deel uit van het onderzoek, behalve voorzover zij voor de totstandkoming van de regulering van de eerstelijnszorg relevant zijn geweest. Het rapport 'Kiezen en delen', dat de Commissie Keuzen in de zorg ('Dunning') in november 1991 heeft uitgebracht, is niet meer bij het onderzoek betrokken.

Het onderzoek bestaat uit vier delen. Deel I beschrijft de functies van en criteria voor regelgeving naar huidig inzicht, toegespitst op de eerstelijnszorg. Dit deel vormt een algemeen kader voor Deel II, waarin een beschrijving en analyse plaastvindt van beleid en regelgeving in verleden en heden ten aanzien van de eerstelijnszorg als entiteit en van iedere kerndiscipline afzonderlijk. Daarbij wordt tevens de positie van de patiënt betrokken. In Deel III wordt stilgestaan bij de voornemens voor het toekomstige gezondheidszorgstelsel en de betekenis daarvan voor beleid

7 H.D.C. Roscam Abbing, Overheid en het recht op gezondheidszorg, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 30 maart 1984, Utrecht.

8 Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 108, nrs. 1-2.

9 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 561 nrs. 1-3. Zie voor een behandeling van de rechten van de patiënt met name H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht, Samson, Alphen a.d. Rijn, 1988.

en regelgeving ten aanzien van de eerstelijnszorg.

In Deel IV worden de belangrijkste conclusies aangaande regelgeving, beleid en praktijk samengevat en voorstellen gedaan voor een toekomstig juridisch kader voor de eerstelijnszorg.

DEEL I

Regelgeving, zelfordening en rechtspraak

Inleiding

Alvorens een beschrijving te geven en een analyse te maken van het beleid, de daarop geënte regelgeving en de praktijk op het gebied van de eerstelijnszorg, is het noodzakelijk eerst de mogelijkheden en grenzen van het instrument regelgeving kort te bespreken. De mogelijkheden van zelfordening en de functie van de rechtspraak worden summier behandeld. Regelgeving, zelfordening en rechtspraak hebben een duidelijke functie ten aanzien van de ordening van de eerstelijnszorg[1] en de positie van de patiënt in dat opzicht. Zij vervullen ieder een eigen rol, maar zijn ook complementair. De doelmatigheid en doeltreffendheid van deze drie instrumenten moeten in het perspectief van de vraagstelling van dit onderzoek op eigen merites worden beoordeeld, maar ook in onderlinge samenhang worden getoetst.

Achtereenvolgens komen aan de orde de criteria voor regelgeving, mede in het perspectief van de huidige dereguleringsoptiek, die meer nadruk legt op zelfordening, de plaats van zelfordening en tenslotte de rol van de rechtspraak.

1 H.J.J. Leenen, Structuur en functioneren van de gezondheidszorg, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1979, p. 98.

Hoofdstuk 1

Regelgeving algemeen

1 Functies

Aan het eind van de achttiende eeuw ontstaan de eerste vormen van regelgeving, afkomstig van de landelijke overheid. De staat wordt een rechtsstaat, 'a government not of men, but of (legal) measures'.[1] Regelgeving schept orde en duidelijkheid in de relatie tussen overheid en burgers. De Staatsregeling van 1798 geeft de staat de opdracht om door heilzame wetten 'haare zorg uit te strekken tot alles wat in het algemeen de gezondheid der ingezetenen kan bevorderen', een voorloper van het recht op gezondheidszorg dat in onze huidige Grondwet (art. 22) is opgenomen. Ook in de negentiende eeuw is de regelgeving nog voornamelijk publiekrechtelijk van aard: op basis van de Grondwet van 1815 (Stb. 45) treden de Gemeentewet (Stb. 85, 1851) en de Armenwet (Stb. 100, 1854) in werking. Later komen de eerste administratiefrechtelijke regelingen, zoals de Wet Uitoefening der Geneeskunst (WUG) van 1865 (Stb. 60). Deze bevat weinig of geen delegatiebepalingen. De voorschriften zijn direct tot betrokkenen gericht.[2]

Allengs wordt regelgeving tevens een instrument om tussen de burgers onderling een grotere gelijkheid te bewerkstelligen en hun een hoger niveau van welzijn en welvaart te verschaffen.[3] Daarmee brengt de wetgever veranderingen aan in de ordening binnen de maatschappij en krijgt wetgeving, naast een codificerende, een modificerende betekenis.[4] Deze betekenis neemt nog toe aan het eind der jaren zeventig, wanneer door de economische achteruitgang het overheidsstreven om de zorg voor allen gelijkelijk toegankelijk en financieel beheersbaar te houden in conflict dreigt te raken met het tot dan toe gehanteerde principe van een zo groot mogelijke autonomie van de aanbieders van zorg. Dit leidde tot een grotere behoefte aan en ontwikkeling van sturende wetgeving. Voorbeelden daarvan zijn de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Kaderwet Specifiek Welzijn.[5]

Daarnaast ontwikkelt zich nog een derde functie van regelgeving, waarvan het karakter door de overheid zelf vooralsnog als enigszins 'hybride' wordt gekenschetst.

1 A.M. Donner in Problemen van wetgeving (red. W.F. de Gaay Fortman), Kluwer, Deventer, 1982, p. 5.

2 Commissie Wetgevingsvraagstukken (Commissie Polak), Orde in regelgeving, eindrapport, Staatsuitgeverij, 1985, p. 7.

3 H.C.C. Koster en H.D.C. Roscam Abbing, Wetgeving(sbeleid) volksgezondheid, een evaluatie op onderdelen, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsrecht, 1989, p. 2-3.

4 T. Koopmans, De rol van de wetgever, Tjeenk Willink, Zwolle, 1970, p. 2-3.

5 H. van der Sluis, Ordening en sturing in de ouderenzorg, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Voorstudie V 61, 's Gravenhage, 1988, p. 57.

Het betreft de in regelgeving neergelegde bescherming van de burgers tegen de overheid.[6]

2 Mogelijkheden en grenzen

Regelgeving heeft bepaalde voordelen ten opzichte van andere bestuursinstrumenten. Zo waarborgt wetgeving een democratische besluitvorming en biedt zij betrokkenen rechtszekerheid.[7] Rechten, plichten en aanspraken worden kenbaar gemaakt. Regelgeving kan bovendien tot een grotere bewustwording leiden.[8]

Dat regelgeving ook haar grenzen kent, wordt allengs duidelijker. Leenen wijst in dit verband op de 'fictie van wetgeving'.[9] De verwachting dat maatschappelijke doelstellingen door wetgeving kunnen worden bereikt wordt niet steeds bewaarheid. De samenleving is dermate complex geworden dat zij door regelgeving slechts in beperkte mate te ordenen en te sturen is. Bovendien betekent codificatie van maatschappelijke verschijnselen een beperking en uniformering van de bestaande pluriformiteit.[10]

De wijze waarop de overheid in de tweede helft van de twintigste eeuw regelgeving hanteert lokt kritiek uit. De explosieve groei van delegatie-bepalingen en de nadruk die steeds minder bij gedragsregels en steeds meer bij beslisregels komt te liggen leiden tot overlap in regels van de verschillende overheden en tot ondoorzichtigheid. De wet zelf bevat nog maar weinig normatieve bepalingen. Bovendien wordt met name de laatste drie decennia in toenemende mate gebruik gemaakt van buitenwettelijke bestuursinstrumenten.[11] Een voorbeeld daarvan in de eerstelijnszorg is het convenant, dat de overheid in 1985 heeft afgesloten met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).[12] Ook neemt de overheid vaker haar toevlucht tot pseudowetgeving, zoals in het kader van de circulaires voor de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk. Deze zijn uitsluitend tot de aanbodzijde gericht, garanderen geen continuïteit en bieden de gebruikers van deze zorg geen rechtsbescherming. Bovendien beginnen de bestuurlijke regels privaatrechtelijke regelingen en afspraken in ongunstige zin te beïnvloeden in plaats van deze te

6 Voorstel voor een Algemene Wet Bestuursrecht, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 21 221, nr. 3, p. 2. Zie ook J. van der Hoeven, De drie dimensies van het bestuursrecht. Ontstaan en wording van het Nederlands Algemene Bestuursrecht, Vereniging voor Administratief recht, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1989, p. 19-20.

7 M. Scheltema, Dient wijziging te worden gebracht in het proces van wetgeving?, préadvies Nederlands Juristenvereniging, 1979, p. 67-68.

8 H.C.C. Koster en H.D.C. Roscam Abbing, Wetgeving(sbeleid) Volksgezondheid, op. cit. p. 6.

9 H.J.J. Leenen, Regulering en deregulering in de gezondheidszorg, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1984, nr. 10, p. 403-405.

10 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk Gezondheidsrecht, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1986, p. 24.

11 Commissie Polak, Orde in regelgeving, op. cit. p. 7.

12 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 903, nr 2.

ondersteunen.[13] Te weinig worden de wettelijke regelingen geconcipieerd vanuit het perspectief van de burgers.[14] De soms lange duur van het wetgevingsproces leidt er bovendien nogal eens toe dat de wet, wanneer zij uiteindelijk van kracht wordt, niet meer is toegesneden op het probleem waarvoor zij oorspronkelijk is ontworpen, aldus Roscam Abbing.[15] Door de (te) grote nadruk, die in de loop der tijd op sturende wetgeving is komen te liggen, zijn andere functies van regelgeving, in het bijzonder het bieden van rechtszekerheid, in de knel geraakt. De verhouding overheid-burgers verhorizontaliseert en de overheid wordt van scheidsrechter tot medespeler, wat de toepassing van sancties van overheidswege bemoeilijkt. De sterkst georganiseerde maatschappelijke groeperingen, zoals de aanbieders van zorg, krijgen in het krachtenveld bovendien de meeste invloed. Zij kunnen zich daarmee verzekeren van een sterke positie, met name ook via wetgeving. Zo weten bijvoorbeeld de (huis)artsen zich al vroeg door de opneming van de contracteerplicht voor ziekenfondsen in het Ziekenfondsenbesluit van 1941 en later de Ziekenfondswet verzekerd van financiering, terwijl verzekerden geen enkele invloed hebben op de hoogte van tarieven en premies. Bestaande, respectievelijk noodzakelijke, evenwichten kunnen zo worden verstoord. De Wetenschappelijke Raad constateert dat daardoor ook een andere belangrijke functie van regelgeving in het gedrang komt: de bescherming van de maatschappelijk zwakkere tegenover de sterkere (hulpverlener).[16] Om dit in de toekomst te voorkomen pleit deze Raad voor een versterking van het normatieve gehalte van regelgeving. Vertaald naar de eerstelijnszorg betekent dit, dat de wetgever in de regels zelf het niveau vastlegt van de te beschermen normen en belangen van aanbieders, financiers en gebruikers van eerstelijnszorg en dat de feitelijke gelijkheid van belanghebbenden wordt gewaarborgd.

Het accent ligt in het huidige wetgevingsbeleid dan ook minder bij de sturende, en meer bij de ordenende en rechtsbeschermende functies van regelgeving. Een ander aspect is, dat men er in het algemeen van uit mag gaan, dat regelgeving minder noodzakelijk is, naarmate zelfordening op bevredigende wijze tot stand is gekomen en functioneert. In dit verband stelt de Wetenschappelijke Raad dat, waar deskundigheid van de beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg doorslaggevend is voor een optimale zorg-inhoudelijke beslissing, de wetgever een terughoudende rol past, maar dat zij wel een initiërende en stimulerende rol kan vervullen in procedureel opzicht.[17] Daarbij kan men bijvoorbeeld denken aan toetsings- en klachten-procedures binnen de eerstelijnszorg.

13 Commissie vermindering en vereenvoudiging overheidsregeling (Commissie Geelhoed), Deregulering van overheidsregelingen, Handelingen Tweede Kamer, 1983-1984, 17 931, nr. 9, p. 16.

14 M. Scheltema, Deregulering, denkrichting met perspectief?, Bestuur, Maandblad voor overheidskunde, 1983, nr. 5, p. 2.

15 H.D.C. Roscam Abbing, Overheid en het recht op gezondheidszorg, op. cit. p. 81.

16 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Rechtshandhaving, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1988, p. 34-38.

17 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Advies herwaardering Welzijnsbeleid, Staatsuitgeverij V 22, 's Gravenhage, 1982.

3 Criteria voor regelgeving

Mede naar aanleiding van de hiervoor zeer summier aangegeven bezwaren ten aanzien van de ontwikkelingen in regelgeving zijn in 1985 criteria geformuleerd, waaraan regelgeving zal moeten voldoen, wil zij de haar toebedachte functies kunnen vervullen.[18] De voornaamste zijn dat het onderscheid tussen ordenende en sturende regelgeving nauwlettend in het oog wordt gehouden en dat de gecodificeerde regels metterdaad te handhaven zijn.[19] Ook wordt een grotere terughoudendheid in regelgeving voorgestaan: het zogeheten dereguleringsstreven. Het is van belang om, alvorens tot regelgeving over te gaan, eerst te bezien of deze noodzakelijk is om het beoogde doel te bereiken of dat met minder 'zware' bestuursinstrumenten dezelfde doelstelling kan worden behaald (subsidiariteit). Mocht regelgeving de voorkeur genieten, dan dient de zwaarte ervan in verhouding te staan tot het te bereiken doel (proportionaliteit). Bovendien zullen de regels het beoogde effect moeten sorteren en zullen ongewenste neveneffecten vermeden moeten worden.[20]

Andere beginselen voor regelgeving zijn dat de regels kenbaar, eenvoudig en duidelijk moeten zijn en dat rechtsgelijkheid zoveel mogelijk wordt nagestreefd. Het gelijkheidsbeginsel van artikel 1 van de Grondwet impliceert in de huidige complexe samenleving eveneens dat de overheid de haar toevertrouwde taken eerder formuleert als rechten en plichten van individuele burgers dan van maatschappelijke groeperingen. Dit wordt wel het beginsel van de juridische individualisering genoemd, een beginsel dat ook op het niveau van de Europese Gemeenschappen (EG) wordt erkend.[21]

18 Aanwijzingen inzake terughoudendheid met regelgeving, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 17 931, nr. 46.

19 H.C.C.E. Koster en H.D.C. Roscam Abbing, Wetgeving(sbeleid) volksgezondheid, op. cit. p. 9.

20 H.C.C. Koster en H.D.C. Roscam Abbing, Wetgeving(sbeleid) volksgezondheid, op. cit. p. 11-12.

21 Meij-van Bruggen, Grondrechten als dilemma van overheidsoptreden, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1989, pp. 47-49 en 57-59. Op communautair niveau wordt dit beginsel met name gestalte gegeven in de EEG-richtlijnen inzake de gelijke behandeling, gelijke beloning en gelijke sociale zekerheid voor mannen en vrouwen.

Hoofdstuk 2

Regelgeving en eerstelijnszorg

1 Motieven en functies regelgeving

Wanneer er motieven voor regelgeving aanwezig zijn betekent dat nog niet dat daarmee ook de noodzaak tot regelgeving vaststaat. Een afweging van de mogelijkheid van een wettelijke regeling tegen ander vormen van maatschappelijke regulering, zoals zelfordening, kan, mede gezien de aan regelgeving inherente grenzen en beperkingen, de overheid alsnog doen afzien van het tot stand brengen ervan.[1] Voorafgaand onderzoek naar en tijdige onderkenning van bestaande maatschappelijke weerstanden en van eventuele effectievere alternatieven kunnen voorkomen dat (kostbare) regelgeving tot stand komt die uiteindelijk soms niet of slechts in beperkte mate in werking treedt of die niet effectief is.

Regelgeving kan noodzakelijk zijn vanwege internationale regelingen. Te noemen zijn in dit verband het supranationale EEG-verdrag van 1957, het Sociaal Handvest van 1961 (Raad van Europa, Trb. 90), dat voor Nederland op 22 mei 1980 in werking is getreden en andere, door Nederland ondertekende, verdragen in het kader van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO).[2]

Zo staat op basis van het EEG-verdrag en daarop gestoelde regelgeving de toegang tot de beroepsuitoefening in Nederland open voor onder andere huisartsen en verpleegkundigen uit ander lidstaten der EG[3] en draagt het Sociaal Handvest de verdragsluitende partijen, waaronder Nederland, ondermeer op om hun onderdanen van de onbelemmerde uitoefening van het recht op het gebruik van diensten voor sociale zorg te verzekeren. Daaronder wordt ook de toegang tot het algemeen maatschappelijk werk begrepen (art. 14 lid 1). Op basis van de verschillende ILO-verdragen kennen sommige groepen van de bevolking een verplichte verzekering voor ondermeer preventieve en curatieve huisartsenhulp en geneesmiddelen.

Een belangrijk motief voor regelgeving op het gebied van de eerstelijnszorg is gelegen in artikel 22 van de Grondwet. Ingevolge dat artikel treft de overheid

1 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk Gezondheidsrecht, op. cit. p. 25.

2 Te noemen zijn o.a. het verdrag van 1953 betreffende minimumnormen van sociale zekerheid (Trb. 69); verdragen van 1957 betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel (Trb. 27) en van landarbeiders (Trb. 28);verdrag van 1966 betreffende de prestaties bij arbeidsongevalllen en beroepsziekten (Trb. 137) en de Europese code inzake sociale zekerheid, met bijlage, addenda en Protocol (Trb. 47, 1965).

3 Richtlijnen verpleegkundigen 77/452 en 77/453, Pb EG L 176, 1977 en huisartsen 86/457, Pb EG L 267, 1986.

groepering eigen regels formuleert, die als norm fungeren voor de bij die groepering aangesloten personen of organisaties en daarbinnen ook afdwingbaar zijn.[10] Zelfordening zal, wil zij aan haar doel beantwoorden en een adequaat alternatief voor overheidsregulering kunnen bieden, aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. De voornaamste zijn dat de in dat kader gemaakte afspraken de betrokkenen binden, dat zij naar buiten toe kenbaar worden gemaakt en dat de naleving ervan kan worden gecontroleerd.[11]

Een bekend voorbeeld van zelfordening op eigen initiatief zijn de gedragscodes, die binnen bepaalde in de eerstelijnszorg werkzame beroepsgroepen, zoals (huis)artsen (LHV/KNMG) en maatschappelijk werkers (LVMW), gelden en waarvan de naleving in een interne procedure kan worden afgedwongen. In dezelfde categorie valt ook de waarnemingsregeling, die de bij de regeling aangesloten huisartsen (huisartsengroep) bindt.

Een ander voorbeeld zijn algemene voorwaarden, zoals vooral instellingen voor gezinsverzorging deze hanteren. Kenmerk van algemene voorwaarden is, dat zij éénzijdig door een van beide contractpartijen worden opgesteld, al bestaat een mogelijkheid tot inspraak van de andere partij.

Algemene voorwaarden kunnen met de in werkingtreding van het Nieuw Burgelijk Wetboek in 1992 (Stb. 90, 1990) overigens ook wettelijk worden erkend en ondersteund, evenals een andere vorm van privaatrechtelijke zelfregulering: de standaardregeling. Een standaardregeling wordt opgesteld door een daartoe ingestelde commissie en is bestemd om een tussen partijen gesloten overeenkomst, bijvoorbeeld die tussen de patiënt en aanbieders van eerstelijnszorg, van rechtswege aan te vullen.[12]

Nog een mogelijkheid voor wettelijke inkadering, waarbij aan door 'het veld' gemaakte afspraken een dwingend karakter kan worden gegeven is de algemeen verbindendverklaring.[13] Zo worden de CAO-afspraken bij de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk, die ook enkele plichten ten aanzien van de cliënt bevatten, jaarlijks algemeen verbindend verklaard. De wettelijke basis hiervoor is de Wet tot het algemeen verbindend en onverbindend verklaren van bepalingen van collectieve arbeidsovereenkomsten (Stb. 801, 1937). De Wet Economische Mededinging (Stb. 401, 1956) biedt soortgelijke mogelijkheden voor prijs- en monopolie-afspraken.

10 J. Holvast, Zelfregulering en regelgeving in een informatiemaatschappij gezien vanuit het individu in Zelfregulering, individu en overheid, een plaatsbepaling, Nederlandse Postorderbond, 's Gravenhage, 1987, p. 21-27.

11 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota bouwstenen voor beroepscodes en gedragsregels, Zoetermeer, 1988; H.J.J. Leenen, Regulering en deregulering in de gezondheidszorg in Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1984, nr. 10, p. 403-407; W.J. Slagter, Regulering, deregulering en zelfregulering op het terrein van directe marketing en privacybescherming in Zelfregulering, individu en overheid, een plaatsbepaling, op. cit. p. 2-14.

12 Sociaal Economische Raad, Rapport wettelijke ondersteuning zelfreguleringsafspraken, Den Haag, 1989, nr. 20.

13 Sociaal Economische Raad, Rapport wettelijke ondersteuning zelfreguleringsafspraken, op. cit. p 8.

Regelgeving en zelfordening kunnen elkaar aanvullen. Zij zijn dan complementair.[14] Zelfordening kan ook een onderdeel vormen van regelgeving. Men spreekt dan wel van geconditioneerde of van indirecte regelgeving. De overheid beperkt zich tot het stellen van algemene normen en randvoorwaarden en laat het verder aan betrokkenen over om binnen dit kader een eigen regeling te ontwikkelen.[15] De Modelovereenkomst, die tussen de LHV en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) in 1982 het kader van de Ziekenfondswet is gesloten en door de Ziekenfondsraad is goedgekeurd, kan worden gezien als de uitvoering van een publiekrechtelijk min of meer gespecificeerde opdracht om privaatrechtelijk afspraken te maken (de overheid heeft 'veto'recht). Een ander voorbeeld is de aan kruisorganisaties in de AWBZ-erkenningseisen neergelegde opdracht om een onafhankelijke klachtenregeling te realiseren. Bij deze vorm van wettelijke inkadering kan naleving door de overheid worden afgedwongen en is sanctionering van overheidswege mogelijk.

3 Rechtspraak

Ten aanzien van de ontwikkeling van voor de eerstelijnszorg geldende normen en regels vervult ook de rechtspraak een essentiële funktie. Zo kunnen, indien over de toepassing in het dagelijks leven van in regelgeving neergelegde normen en waarden onenigheid of onduidelijkheid bestaat, deze via de rechtspraak worden verduidelijkt. Jurisprudentie vult soms ook wettelijke normen nader in, in het geval deze een open karakter hebben. Daarbij kan tevens rekening worden gehouden met regels en normen die in het kader van zelfordening zijn geformuleerd.[16] Zo zijn de tuchtrechtelijke normen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts nader ingevuld aan de hand van de waarnemingsafspraken van de KNMG en later de LHV (zie hoofdstuk 2). Een voorbeeld van invulling van open normen door de rechter is de uitleg van het gebruikelijkheidscriterium, dat de omvang van de verstrekkingen huisartsenhulp en hulp van een kruisorganisatie in het kader van het wettelijke ziektekostenverzekeringsstelsel aangeeft. In dat, administratiefrechtelijke, kader heeft de rechter bijvoorbeeld vastgesteld, dat continue verzorging en verpleging van de zieke thuis niet behoort tot wat een kruisorganisatie pleegt te bieden. Daarmee valt deze, intensieve, vorm van thuiszorg buiten het wettelijk verzekerde verstrekkingenpakket, aangezien zij evenmin als een aparte verstrekking in AWBZ of Ziekenfondswet is opgenomen (Deel II, hoofdstuk 3).

Indien regelgeving ontbreekt, kan jurisprudentie ook recht creëren en/of op meer of minder lange termijn leiden tot de totstandkoming van nieuwe regelgeving, ook

14 Tweede voortgangsnota patiëntenbeleid, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 16 771, nr. 31, p. 16.

15 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk Gezondheidsrecht, op. cit. p. 58.

16 Sociaal Economische Raad, Rapport wettelijke ondersteuning zelfreguleringsafspraken, op. cit. p. 32.

op internationaal niveau. Het laatste kan worden geïllustreerd aan de hand van de procedure, die een in België opgeleide Nederlandse arts had aangespannen tegen de HuisartsenRegistratieCommissie (HRC) van de KNMG om reden dat hem de inschrijving in het Huisartsenregister in Nederland werd geweigerd. De in het kader van deze procedure gedane uitspraak van het Hof van Justitie der EG heeft de totstandkoming van een EEG-Richtlijn voor de coördinatie van de duur en de inhoud van huisartsenopleidingen binnen de Europese Gemeenschap bevorderd (Deel II, hoofdstuk 2).

Een nadeel van jurisprudentie ten opzichte van regelgeving is, dat niet duidelijk is of de in jurisprudentie ontwikkelde normen nog geldend recht of inmiddels achterhaald zijn.[17] Jurisprudentie geeft door haar casuïstische karakter minder rechtszekerheid, kent minder samenhang en is voor de burgers minder toegankelijk dan regelgeving. Dit kan een van de redenen zijn, waarom patiënten nauwelijks of geen gebruik maken van de mogelijkheid om op grond van wanprestatie of onrechtmatige daad een civielrechtelijke procedure aan te spannen tegen een aanbieder van eerstelijnszorg, al kunnen ook andere factoren daarbij een rol spelen.

Jurisprudentie heeft anderzijds in vergelijking met regelgeving het voordeel dat zij, doordat zij gevalsgericht is, meer recht kan doen aan de individuele situatie en maatschappelijke ontwikkelingen tot uitdrukking kan brengen. Een voorbeeld hiervan is de verruiming in de jurisprudentiële uitleg van het recht van de patiënt op een vrije huisartsenkeuze.

17 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1990, 21 221, nr. 3, p. 8.

DEEL II

Praktijk en regelgeving

Hoofdstuk 1

De eerstelijnszorg

1 Voorgeschiedenis

Tot aan het einde van de negentiende eeuw was het gebruikelijk dat alle zorg, inclusief operaties, bij de patiënt thuis werd gegeven, althans bij wie dat kon betalen.[1] Eerst rond de laatste eeuwwisseling leidden de ontwikkeling van medische technieken en de toename van kennis omtrent hygiëne tot het bouwen van ziekenhuizen en het opnemen van patiënten. Wel kende men sinds de Middeleeuwen al andere vormen van intra-murale zorg: de gods- en gasthuizen, waar armen werden verzorgd en verpleegd.

Terwijl overheidsregulering voor huisartsen reeds plaatsvindt sinds de Verordeningen van 1804 (zie hoofdstuk 2), dateert het eerste wettelijke kader voor de overige eerstelijnsvoorzieningen pas van 1912. De Armenwet (Stb. 165, 1912) gaf gemeenten de mogelijkheid om aan instellingen, die zich in die tijd bezighielden met de thuiszorg (de wijkverpleging, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging), subsidies te verstrekken. De gesubsidieerde instelling werd op een lijst geplaatst en verkreeg daarmee rechtspersoonlijkheid, voorzover zij die nog niet bezat. De Armenwet stelde de gemeente tevens verantwoordelijk voor het verstrekken van geneeskundige en verpleegkundige zorg aan minder draagkrachtige inwoners, hetgeen overigens niet betekende, dat deze zorg ook in iedere gemeente aanwezig moest zijn.[2]

Aan de stelling, dat op de overheid een plicht zou rusten om een recht op de ingevolge de Armenwet verstrekte eerstelijnszorg te realiseren was de regering in 1912 nog lang niet toe.[3]

1 C. Dane, De geschiedenis van de ziekenverpleging, De Tijdstroom, Lochem, 1976, p. 117.
2 J.P.H. Kroon, De Armenwet, Wolters, Groningen, 1912, p. 145.
3 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1911-1912, behandeling wetsontwerp op 28-2-1912, p. 1694-1697.

2 Periode tot en met 1974

2.1 Kwaliteit

Twee van de eerstelijnskerndisciplines (de huisarts en de wijkverpleging) kennen al geruime tijd een eigen wettelijk kader voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening (zie de hoofdstukken 2 en 3) en staan ingevolge de Gezondheidswetten van achtereenvolgens 1865 (Stb. 58), 1901 (Stb. 157) en 1956 (Stb. 51) onder het onafhankelijk toezicht van de Inspectie voor de Volksgezondheid. De gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk daarentegen waren niet aan wettelijke kwaliteitseisen onderworpen: de Armenwet bevatte geen kwaliteitsnormen en de gemeenten betoonden zich niet actief op dit punt.[4] Hoewel dit door de overheid als een knelpunt werd gesignaleerd, werden geen indicaties gegeven om hier verbetering in te brengen.[5]

De Volksgezondheidsnota van 1966 constateerde dat van een intensieve samenwerking tussen huisartsen onderling en tussen laatstgenoemden en wijkverpleegkundigen een kwaliteitsverhogend effect uitgaat.[6] In 1970 werd ook het ontbreken van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker als een probleem gezien, omdat de aan de huisarts gepresenteerde psycho-sociale problematiek sterk bleek te zijn toegenomen.[7]

Onder verwijzing naar de kwaliteitsbewaking voor de ziekenhuissector in de vorm van erkenningseisen maakte de overheid toen voornemens kenbaar kwaliteits- en samenwerkingsvoorwaarden voor de extra-murale sector op te nemen in de voorgenomen structuurwetgeving.[8]

2.2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

Omdat de spreiding van extra-murale zorg over Nederland verre van gelijkmatig was, stelde de overheid in 1971 voor de op de intra-murale sector van toepassing zijnde wet, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV, Stb. 268, 1971) uit te breiden naar de extra-murale sector.[9]

Het daartoe strekkende voorontwerp stuitte echter op grote bezwaren van de zijde van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Ten eerste omdat het erkenningensysteem voor ziekenhuizen in de verzekeringswetgeving gehandhaafd zou blijven, terwijl voor vergelijkbare eisen ten aanzien van de extra-murale voorzienin-

4 J. Everts en A. Treurniet, Gids voor maatschappelijk werk, Deel I, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1954, p. 27-34.
5 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nr. 2, p. 49.
6 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 462, nrs. 1-2, p. 142.
7 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11 059, nrs. 1-3, p. 5.
8 Handelingen Tweede Kamer, 11 juni 1970, p. 3729.
9 Ontwerp van Wet Gezondheidszorgvoorzieningen, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11 267, nrs. 1-3.

gen voor een ander wettelijk regime zou worden gekozen (namelijk de WZV) en ten tweede omdat een vergunningensysteem zou worden geïntroduceerd. De invoering van een vergunningensysteem voor huisartsen zonder een basis in wettelijke planningsnormen zou namelijk tot willekeur en rechtsonzekerheid kunnen leiden. Voorts was niet duidelijk hoe de naleving van de vergunningsvoorwaarden, zoals een plicht tot samenwerking met andere gezondheidszorgvoorzieningen, kon worden afgedwongen.[10] Ook stond in het ontwerp de positie van het ziekenhuis te zeer centraal en ontbrak de noodzakelijke afstemming met de planning van de maatschappelijke zorgsector, die veel gedecentraliseerder plaatsvond.

Deze bezwaren waren dermate fundamenteel dat het ontwerp nooit tot wet is verheven. Wel bleef het uiteindelijk streven om de regeling van de bereikbaarheid van alle gezondheidszorgvoorzieningen neer te leggen in één Structuurwet (de latere Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) en de financiële toegankelijkheid in één Financieringswet (de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).[11]

Een groot aantal leden van de Tweede Kamer was van mening dat in beide wetten ook de maatschappelijke eerstelijnszorg moest worden opgenomen, teneinde de substitutie van intra- door extra-murale zorg te bevorderen en de maatschappelijke zorgsector een grotere mate van zekerheid te bieden.[12] Het verschil in planningssystematiek tussen de twee sectoren, centraal voor de gezondheidszorg en decentraal voor de maatschappelijke zorg, en het meer praktische argument dat de maatschappelijke zorg onder de verantwoordelijkheid van een ander Ministerie viel[13] vormden voor de regering de voornaamste redenen om dit voorstel vooralsnog niet over te nemen.[14]

2.3 Financiële toegankelijkheid

Een gemeente, die een instelling voor eerstelijnszorg in het kader van de Armenwet subsidieerde, ontving de uitgekeerde gelden voor 80% weer terug uit het Gemeentefonds, eerst op basis van de Wet houdende herziening van de financiële verhouding (Stb. 388, 1929) en later uit hoofde van de Financiële Verhoudingenwet (Stb. 217, 1961) en het Financiële Verhoudingenbesluit (Stb. 81, 1961, art. 14).

Voor de drie op basis van de Armenwet gesubsidieerde eerstelijnsvoorzieningen (wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk) gold op de één of ander wijze een koppelsubsidiëring. Daarbij werd de rijkssubsidiëring afhankelijk gesteld van de mate waarin een tweede instantie, in casu de gemeente, subsidies verstrekte. De door de kerndisciplines ervaren bezwaren tegen koppelsubsidies waren dat voorafgaande afspraken tussen de subsidie-verstrekkers over de

10 Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake het voorontwerp wet gezondheidsvoorzieningen, 's Gravenhage, 1972.
11 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11 267, nr. 3, p. 6.
12 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1972, 11 371, nr. 6, p. 1-2.
13 Namelijk dat van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM).
14 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11 267, nr. 3, p. 7.

bedragen, die gezamenlijk het subsidie zouden uitmaken, vaak ontbraken en dat het voor de instelling onduidelijk was aan wie zij verantwoording moest afleggen.[15] Ook bracht subsidiëring financiële onzekerheid met zich mee, omdat tegen korting op of intrekking van het subsidie tot 1975 (Wet AROB, Stb. 284) geen beroep op de rechter mogelijk was. De Wet Beroep Administratieve Beschikkingen is door de regering bewust niet op gesubsidieerde instellingen van toepassing verklaard uit angst voor een te grote toeloop op de rechter en omdat 'subsidiebeschikkingen niet gericht zijn op het wijzigen of vaststellen van rechtsverhoudingen'.[16]

Voor de patiënt heeft subsidiëring het bezwaar dat deze hem geen in rechte afdwingbare aanspraak geeft op de benodigde eerstelijnszorg.

Het eerste wetsvoorstel dat ook de financiële toegankelijkheid van de behandeling en verzorging van zieken thuis zou regelen was dat tot regeling der Ziekenverzorging van minister Aalberse uit 1920.[17] Omdat dit voorstel de eindstreep niet heeft gehaald (zie hoofdstuk 2), is van de eerstelijnszorg alleen de financiële toegankelijkheid van de huisartsenhulp voor werknemers wettelijk geregeld in de vorm van een verstrekking waarop aanspraak bestaat, eerst in het Ziekenfondsenbesluit van 1941 en later in de Ziekenfondswet van 1964 (Stb. 392). Hulp van de specialist en van het ziekenhuis zijn eveneens als verstrekkingen in de Ziekenfondswet opgenomen. Terwijl hulp van de huisarts direct toegankelijk is, heeft de patiënt voor specialistische hulp een verwijzing nodig, omdat 'het verkrijgen van deze verstrekkingen aan normen en voorschriften gebonden moet zijn en niet uitsluitend op de eigen inzichten van de patiënt zelf kan worden afgegaan'.[18] Verwijzing is, aldus de overheid, eerst noodzakelijk wanneer de eerstelijnsvoorzieningen zelf de hulp om inhoudelijke redenen niet kunnen bieden.

Het hanteren van indicatiesystemen vereist voorts dat de patiënt in beroep moet kunnen gaan.[19] Indien geïndiceerde zorg niet wordt verstrekt, kent dat beroep drie fasen: na een verplicht advies van de Beroepscommissie van de Ziekenfondsraad kan de patiënt/verzekerde zich richten tot één van de Raden van Beroep en vervolgens tot de Centrale Raad. Zij die op basis van de Ziekenfondswet vrijwillig waren verzekerd,[20] bleven, evenals andere particulier verzekerden, voor hun procedurele rechtsbescherming aangewezen op de civiele rechter. Hoewel de leden van de Tweede Kamer in 1963 te kennen gaven[21] dat de wederzijdse verplich-

15 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 18.

16 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1958-1959, 5 263, nr. 3, p. 14 en zitting 1961-1962, 5 263, nr. 5, p. 13.

17 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1919-1920, Bijlagen 531, nrs. 1-3.

18 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 14.

19 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1971, 11 371, nr. 3, p. 11-12.

20 De Ziekenfondswet kende drie soorten verzekeringen: de verplichte verzekering, de bejaardenverzekering voor bejaarden met een inkomen dat onder een bepaald maximum lag en een vrijwillige verzekering. Terwijl het verstrekkingenpakket voor alle gelijk was, kende de bejaardenverzekering een inkomensafhankelijke, lagere, premie en de vrijwillige verzekering een nominale premie. De vrijwillige en de bejaardenverzekering bevatten een recht op toelating van (aanstaande) verzekerden.

21 B.L. van Strij de Regt, Het recht van beroep in het ontwerp ziekenfondswet, NJB 1963, nr. 8.

tingen na het afsluiten van de verzekering niet wezenlijk verschillen van die bij een verplichte ziekenfondsverzekering, handhaafde de overheid haar standpunt, dat het hier om een privaatrechtelijke overeenkomst ging en dat een procedure bij de administratieve rechter in strijd zou zijn met de Grondwet (toen art. 167 en 168).[22] Hoewel de procedurele rechtspositie van de verplicht verzekerde sterker was dan die van de particulier verzekerde, was diens status een mindere. Dit blijkt niet alleen uit een aparte ingang en spreekuren voor ziekenfondspatiënten bij de huisarts maar ook uit een passage in het handboek 'Medische ethiek' van de (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst uit 1936. Daarin staat dat van ziekenfondspatiënten 'te weinig prikkels uitgaan voor de huisarts en dat zij diens belangstelling voor medische problemen doen verminderen'.[23]

De Ziekenfondswet kent, evenals de latere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, Stb. 655, 1967), een systeem van verstrekkingen in natura. Het ziekenfonds staat tegenover de verzekerde in voor de verstrekkingen welke betrokken moeten worden van aanbieders van zorg met wie het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten. De inhoud daarvan kan de verzekerde overigens niet worden tegengeworpen.[24] Ook het ontbreken van voldoende overeenkomsten mag niet als reden worden aangevoerd om de patiënt hulp te weigeren of deze niet te vergoeden.[25] In navolging van de tussen huisartsen en ziekenfondsen gegroeide praktijk (zie hoofdstuk 2) is gekozen voor een contracteerplicht: het ziekenfonds is verplicht om met iedere gekwalificeerde aanbieder van zorg een medewerkersovereenkomst te sluiten en de patiënt heeft binnen de marges van het overeenkomstenstelsel in principe een vrije artsenkeuze (hoofdstuk 2, paragraaf 3).

Bij de behandeling van de AWBZ in de Tweede Kamer in 1966 bleek dat deze wet zich ook uitstrekt tot de extra-murale zorg. De overheid wilde echter in eerste instantie alleen langdurige intra-murale zorg in de AWBZ opnemen, omdat de nood daar het hoogst was. Hoewel het parlement reeds toen op het risico wees, dat daarmee van de intra-murale zorg een aanzuigende werking kon uitgaan ten koste van de thuiszorg en dat dit niet te rijmen viel met de 'moderne' visie dat zieken zo lang mogelijk in hun eigen omgeving verzorgd moesten worden, bleef de regering bij haar standpunt.[26] Wel bestond de bereidheid om, mocht dit nodig blijken, op een later tijdstip de wijkverpleging in de Wet op te nemen. Ook bood de AWBZ de mogelijkheid om te zijner tijd de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk onder de werking daarvan te brengen.[27] Echter, zolang de overheid van oordeel was, dat onvoldoende financiële middelen beschikbaar

22 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1962-1963, 6 808, nr. 8, p. 14.
23 NMG, Utrecht, 1936, p. 40.
24 Raad van Beroep Utrecht, 27-11-1985, RZA 1988, nr. 90.
25 Centrale Raad van Beroep, 21-11-1973, in casu betrof het ambulance-vervoer als ziekenfondsverstrekking, RZA, nr. 74 010.
26 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 457, nr. 6, p. 3.
27 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 457, nr. 3, p. 14-16.

waren om dit te realiseren,[28] bleef de eerstelijnszorg, de huisarts uitgezonderd, afhankelijk van uiteenlopende subsidies en eigen bijdragen.

Deze verbrokkelde financiering gaf onder andere problemen bij de totstandkoming van gezondheidscentra in de eerste lijn. De belangrijkste vraag daarbij was hoe de verschillende kosten (investeringen bouw, aanschaf apparatuur) over de diverse deelnemers omgeslagen moesten worden. Ondanks deze problemen raakten de gezondheidscentra sterk in opkomst. In 1974 waren er 42.[29] De juridische vorm die zij aannamen kon variëren van een afdeling van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, zoals in Rotterdam, tot een onafhankelijke stichting, tevens werkgever, zoals het Withuis in Venlo.[30] In de laatste situatie deden zich overigens soms problemen voor rond de detachering van hulpverleners bij het centrum, omdat voor veel activiteiten de toestemming van de werkgever (kruisorganisatie, instelling voor algemeen maatschappelijk werk) nodig bleef en de belangen van werkgever en opdrachtgever (gezondheidscentrum) met elkaar konden conflicteren.[31]

De Sociaal Economische Raad opperde al in 1973 de mogelijkheid om nieuwe extra-murale voorzieningen, zoals gezondheidscentra, direct in het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet (of AWBZ) op te nemen, een voor nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de behandeling binnen het ziekenhuis gebruikelijke gang van zaken.[32] In afwachting van een mogelijke wettelijke regeling trad in 1974 een stimuleringsregeling in werking, op basis waarvan een gezondheidscentrum een jaarlijkse bijdrage per medewerker kon verkrijgen. Voorwaarden waren dat minimaal één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werker op één adres werkzaam waren voor eenzelfde doelpopulatie, en dat de bevolking bij de activiteiten werd betrokken.[33] Ook het gezondheidscentrum kan een medewerkersovereenkomst sluiten met een ziekenfonds, die, zoals al deze overeenkomsten, goedkeuring behoeft van de Ziekenfondsraad.

De overheid maakte in 1971 als visie kenbaar dat, wanneer een gesubsidieerde functie eenmaal is uitgegroeid tot een maatschappelijk aanvaarde voorziening, wetgeving in formele zin nodig is teneinde het beleid voor langere tijd vast te leggen en achtereenvolgende regeringen daaraan te binden. Op deze wijze kan tevens een betere samenhang worden verkregen met soortgelijke voorzieningen.[34] Dienovereenkomstig werd in 1974 voorgesteld te komen tot een Volksverzekering voor

28 Aldus Minister Schuyt, zie verslag bijeenkomst Vaste Commissie voor de Volksgezondheid op 16 maart 1972, Handelingen Tweede Kamer 1971-1972, p. 24.
29 R.A. de Widt, Gezondheidscentra, Nederlands Huisartseninstituut, Utrecht, 1974, Bijlage I.
30 Vereniging van Nederlandse Gemeentes, Samenwerking in de eerste lijn, Groene reeks nr. 17, 1975.
31 P. de Graaf, Modellenboek juridische overeenkomsten en regelingen voor samenwerkingsverbanden, STOEL, Rotterdam, 1988.
32 Sociaal Economische Raad, Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging, 's Gravenhage, 1973, Bijlage II, p. 8-9.
33 Circulaire Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 3 juli 1974, nr. 46811.
34 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1971, 11 371, nr. 3, p. 7.

de gehele gezondheidszorg, inclusief de tweede én de eerste lijn.[35] Over de vraag of de functie 'zorg' ook in het verstrekkingenpakket van die verzekering zou worden opgenomen, wilde de overheid zich nog niet uitlaten. De Welzijnsraad was eerder met een positief advies daarover gekomen, gelet op de functionele samenhang van de maatschappelijke zorg met de gezondheidszorg en op het mogelijk maken van substitutie, ook binnen de eerstelijnszorg zelf.[36]

2.4 Vraagzijde

Behalve waar het de aanspraken in het kader van het wettelijke ziektekostenverzekeringsstelsel betrof was de aandacht van de wetgever tot 1974 en nog lange tijd daarna, vooral gericht op de aanbodzijde en niet op de ontvanger van eerstelijnszorg. Wel konden inwoners van een gemeente vanaf 1901 (Stb. 157, art. 27) een klacht indienen bij een Plaatselijke Commissie, wanneer de gemeente onvoldoende maatregelen trof op het gebied van hygiëne. Met het verdwijnen van de Commissies in 1933 kwam deze eerste vorm van klachtenregeling echter weer te vervallen.[37]

Hoewel de patiënt met de invoering van de Medisch Tuchtwet (Stb. 222) in 1928 enige invloed kreeg op de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en zijn procesrechtelijke positie daaarbij in 1972 werd versterkt richt het tuchtrecht zich met name op de kwaliteit van de aanbodzijde en niet op schadeloosstelling van de patiënt.[38] Voor schadeloosstelling moest de patiënt een beroep doen op de civiele rechter, een mogelijkheid waarvan weinig gebruik is gemaakt. Uit een in 1935 gevoerde procedure blijkt, dat de patiënt op de deskundigheid van een huisarts moet kunnen vertrouwen omdat hij in het algemeen niet in staat is om zich zelf daaromtrent een oordeel te vormen. Bij afwezigheid van voldoende deskundigheid kan sprake zijn van wanprestatie van de kant van de huisarts.[39]

De mogelijkheid om op meer indirecte wijze invloed uit te oefenen op de eerstelijnszorg, via bijvoorbeeld het lidmaatschap van een kruisvereniging of van een ziekenfonds, is door patiënten/consumenten weinig of niet benut.[40]

35 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2.

36 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 3 en p. 42-43.

37 D. Cannegieter, Hondervijftig jaar Gezondheidswet, op. cit. p. 173.

38 A.C. Oosterman-Meulenbeld, Een eerstelijns- of een tweederangsklachtenregeling?, Terugblik en vooruitzien, vijf jaar vakgroep Gezondheidsrecht, RL, Maastricht, 1987, p. 119-139.

39 Rechtbank Breda, 16-4-1935 (NJ 1936, 499) en in hoger beroep Hof 's Hertogenbosch, 28-4-1936, NJ 1936, 819.

40 J.A. van der Kolk, Patiënt en ziekenfonds, Ars Aequi 1976, p. 593-611 en Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 1971.

3 Periode na 1974

3.1 Ontwikkeling regelgeving

Nadat de uitbreiding van de WZV met de extra-murale sector op niets was uitgelopen, werd in 1976 een compleet nieuw voorstel ingediend voor de gehele gezondheidszorg, inclusief het eerste echelon.[41] Dit resulteerde uiteindelijk in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), die de beheersing van zowel de aard, de omvang, de spreiding, de samenhang als de kwaliteit van het zorgaanbod moest regelen, ongeacht de vraag of dit van een instelling of van een individuele beroepsbeoefenaar afkomstig was. De WVG had het karakter van een raamwet met centrale stuurelementen, waarbinnen de gemeente de capaciteit van de eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts en wijkverpleging) mag plannen, met de mogelijkheid van inspraak van de bevolking.

De WVG bevatte ook kwaliteitseisen voor instellingen voor gezondheidszorg waarvan het de bedoeling was, dat zij de erkenningseisen in het kader van het wettelijk ziektekostenstelsel (zie 3.3) zouden vervangen. Deze kwaliteitseisen bevatten tevens bepalingen aangaande de rechtspositie van de patiënt en het democratisch functioneren van de instelling. Voorts vond voor instellingen in het kader van de WVG een koppeling plaats naar de financieringswetgeving in die zin dat voor AWBZ/ZFW-financiering een erkenning nodig was op basis van de WVG, die eerst zou worden afgegeven wanneer de instelling paste in de gemeentelijke planning en voldeed aan de kwaliteitseisen. Ingevolge de WVG konden bij algemene maatregel van bestuur ook kwaliteitsnormen worden geformuleerd voor individuele hulpverleners, evenals regels voor kwaliteitstoetsing.

Hoewel de WVG in 1982 in het Staatsblad (Stb. 563) verscheen en het in de bedoeling lag om wijkverpleging en huisarts met voorrang onder de werking van de wet te brengen,[42] ondervond de invoering al snel vertraging, omdat met de aanneming door het Parlement de kritiek op de WVG niet was geluwd. Zo was de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid van oordeel dat samenhang en flexibiliteit van zorg niet in richtlijnen van de centrale overheid, maar op regionaal niveau vorm moesten krijgen in een probleemgericht organisatiemodel.[43] De wet bevatte bovendien geen plicht voor gemeentes om de aanwezigheid van 'basisvoorzieningen' te waarborgen, terwijl deze voorzieningen ingevolge de Grondwet voor iedereen overal in Nederland bereikbaar en beschikbaar moesten zijn.[44] De Sociaal Economische Raad vond de ontkoppeling van planning (gemeente) en financiering (verzekeraar) bezwaarlijk.[45] Ook de Commissie vermindering en vereenvoudiging van

41 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14 181, nrs. 1-4.
42 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17 720, nrs. 1-2, p. 4.
43 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid Herwaardering welzijnsbeleid, Den Haag, 1982, pp. 88 en 295.
44 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 48.
45 Sociaal Economische Raad, Advies herstructurering verplichte ziekenfondsverzekering, Den Haag, 1987.

overheidsregelingen zag daarin een risico, namelijk dat gemeentelijke kosten voor de eerstelijnszorg afgewenteld zouden worden op het moeilijker beheersbare ziektekostenverzekeringsstelsel.[46] Op de bij de planning te volgen procedures was de kritiek dat de rechtsgevolgen ervan onduidelijk waren, dat zij een zware belasting betekenden voor de bij de procedure betrokken partijen en dat zij konden leiden tot schijndemocratie.[47]

Werd voor de regulering van de gezondheidszorg de WVG ontworpen, zo was de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW, Stb. 539, 1982) bestemd voor de maatschappelijke zorg. Ook hier lag de bevoegdheid voor de planning van eerstelijnsvoorzieningen bij de gemeente. Dit gold echter ook voor de normering van de kwaliteit der voorzieningen en de rechtspositie van cliënten, een bevoegdheid die voor de gezondheidszorg bij de centrale overheid lag. De overheid achtte het echter bij nader inzien niet haalbaar om voor het gehele, zozeer uiteenlopende, gebied van het maatschappelijk welzijn één, integraal, beleid te voeren. De instellingen zelf waren bang, dat zij te zeer overgeleverd zouden worden aan de willekeur van de gemeentebesturen.[48] Bovendien waren zij vaak in meer dan één gemeente tegelijk werkzaam, wat een sterke afhankelijkheid van een goede samenwerking en afstemming tussen gemeentes onderling met zich mee zou brengen.[49] De Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR, Stb. 667, 1984) bood in dit opzicht onvoldoende waarborg.[50]

Behalve dat het WVG- en KSW-instrumentarium onnodig ingewikkeld bleek, werd ook meer en meer duidelijk dat de overheid, gezien de samenhang tussen gezondheidszorg (huisarts en wijkverpleging) en maatschappelijke zorg (gezinsverzorging en maatschappelijk werk), één gemeenschappelijk wettelijk en bestuurlijk kader wenste, wat de onderlinge afstemming van de doelpopulaties van de vier kerndisciplines, die nogal uiteenliepen, zou kunnen bevorderen.[51] In de wijkverpleging was deze vooral geografisch bepaald, terwijl in de huisartsenpraktijk de vrije huisartsenkeuze hiervoor de voornaamste factor vormde. Bij de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk bleven weer andere zaken, waaronder de levensbeschouwelijke kleuring, een rol spelen.

In 1986 werd dan ook een geheel nieuw voorstel bij de Tweede Kamer ingediend voor een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening

46 Commissie verminderingen vereenvoudiging van overheidsregelingen, Eindbericht deregulering van overheidsregelingen, Handelingen Tweede Kamer, 1983-1984, 17 931, nr. 9, p. 227.

47 Eindbericht deregulering van overheidsregelingen, op. cit. p. 69-75.

48 J.H.C. van Zanen, De Welzijnswet in grote lijnen, Tijdschrift voor Openbaar Bestuur, 1987, nr. 8, p. 161-164.

49 Integraal beleidsoverleg CRM - Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, De decentralisatie van de gezinsverzorging, 1981 CR 1370/81, Driebergen, p. 7.

50 Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Instrumentarium voor Wet- en Regelgeving voor gezinsverzorging in samenhang, deel 5, Driebergen, 1985, p. 18 en 21-22. Inmiddels is gebleken, dat de WGR geen eenduidige regio-indeling garandeert, aldus D.J. Brauckmann, Gezondheidszorgregio's, Bestuurswetenschappen, 1990, nr. 7, p. 497-502.

51 Nota Eerstelijnszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 180, nrs.1-2, p. 52.

(WVGM)[52] met een vereenvoudigde planningsprocedure. De relatie tussen gemeente en verzekeraars werd verduidelijkt en richtlijnen van de centrale overheid zouden de maximale financiële kaderstelling aangeven voor regionale budgetten, waarbinnen de financiering van de geplande zorg plaats diende te vinden. Al snel kwam de kritiek dat met de toepassing van financiële kaders op basis van de WZV en de WVG nog onvoldoende ervaring was opgedaan om te garanderen dat zij de hun toegedachte hoofdrol binnen de WVGM adequaat zouden kunnen vervullen.[53] Ook de voorgestelde opneming van het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (FOGM, nu FOZ, Financieel Overzicht Zorg geheten) in de WVGM stuitte op bezwaren, omdat het FOZ een aparte wettelijke status nodig heeft, die noch neven- noch onderschikt kon zijn aan de WVGM. Het FOZ geeft immers de taakstelling aan waarbinnen de overheid het recht op gezondheidszorg realiseert en moet daarbij ook rekening houden met de aanspraken van verzekerden, aldus Roscam Abbing.[54] In deze aanspraken lag het volgende knelpunt: teneinde substitutie van de verzekeringsgefinancierde gezondheidssector door de begrotingsgefinancierde welzijnssector mogelijk te maken introduceerde de WVGM een 'schuif', waardoor gelden van de ene naar de andere sector doorgesluisd konden worden. Een onwettige constructie, zo stelde de Gezondheidsraad, omdat de op basis van het wettelijke ziektekostenstelsel geheven premie een bestemmingsheffing is en slechts kan worden aangewend voor verstrekkingen waarvoor de premie is betaald.[55] Het concept-besluit integrale invoeringsprojecten WVG, dat de invoering van de WVG voor de eerstelijnszorg in enkele proefprojecten van start moest laten gaan, bevatte al vele elementen van de WVGM en overschreed daarmee de strekking van de wet waarop de regeling was gebaseerd.[56]

Bovengenoemde kritiek was van dien aard, dat de overheid, het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg mede in aanmerking nemend (zie Deel III), besloot de WVG niet (verder) in te voeren, maar deze op korte termijn in te trekken, evenals het voorstel voor de WVGM.[57] Uit dereguleringsoverwegingen werd ook de KSW ingetrokken en vervangen door de veel minder ingewikkelde Welzijnswet (Stb. 73, 1987). Het algemeen maatschappelijk werk is hier uiteindelijk in opgenomen (zie hoofdstuk 5), maar de gezinsverzorging niet, omdat de samenhang daarvan met de wijkverpleging, in het bijzonder op het gebied van de thuiszorg (zie paragraaf 4.3), steeds duidelijker werd.[58] Ten gevolge van deze ontwikkelingen is het niet tot één regeling voor de bereikbaarheid,

52 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 387, nrs. 1-2.
53 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies ontwerp-WGM, 1984.
54 H.D.C. Roscam Abbing, Overheid en het recht op gezondheidszorg, op. cit. p. 96-97 en Financiering en planning, tweestromenland?, PAO-cursus Utrecht, 4 oktober 1985. Ook de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zijn voorstanders van een wettelijke basis voor het FOZ, zie hun adviezen Financieel Overzicht Zorg, beide uit 1986.
55 Gezondheidsraad, Grenzen aan de gezondheidszorg, 1986, p. 39.
56 Zie voor het concept-besluit Staatscourant nr. 43, 1986, Supplement.
57 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 387, nr. 31. Zie verder Deel III.
58 Handelingen Eerste Kamer, zitting 1986-1987, 16 678, behandeling Welzijnswet, 27-1-1987.

de beschikbaarheid en de kwaliteit van de eerstelijnszorg gekomen. Wel is in 1986 het op de WVG gebaseerde Vestigingsbesluit voor huisartsen in werking getreden (zie hoofdstuk 2).

Voor de overheid blijven samenwerking en een integraal zorgaanbod met duidelijke aandacht voor preventieve zorg[59] essentiala voor de eerstelijnszorg, een beleid, dat ook op internationaal vlak gehoor vindt.[60] In het kader van de World Health Organisation (WHO) wordt ondermeer gewezen op het belang van een kwalitatief verantwoorde zorg, omdat de eerstelijnszorg als onderdeel van het primary health care system mede de basis vormt van het gehele gezondheidszorg-systeem. Als zodanig biedt de eerste lijn preventieve, curatieve en revaliderende zorg, afgestemd op de behoefte van de patiënt. Deze doelstelling moest door de lidstaten van de WHO, waaronder Nederland, vóór 1990 door regelgeving gewaarborgd zijn.[61]

3.2 Kwaliteit

3.2.1 Regelgeving

De overheid heeft niet apart aandacht besteed aan de regulering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Wel wijst zij op het belang van een maximum aantal patiënten per hulpverlener, wil de hulp kwalitatief verantwoord (en in voldoende mate beschikbaar) zijn.[62] Voor het overige gelden de algemene regels. Dit betekent dat op de individuele beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg algemene regelgeving van toepassing is, die toeziet op de toegang tot en de uitoefening van een bepaald beroep, zoals voor de (huis)arts de Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst (Stb. 60, 1865) en de Medische Tuchtwet (Stb. 22, 1928) en verder de wetten ter bescherming van het diploma van verpleegkundigen (Stb. 702, 1921) en ziekenverzorgenden (Stb. 289, 1963). Deze verschillende regelingen zullen, naar verwacht, binnenkort worden vervangen door één Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), waarin ook verpleegkundigen aan het wettelijk tuchtrecht onderworpen zullen worden (zie de hoofdstukken 2 en 3 en Deel III).

Gezondheidszorginstellingen hebben erkenning nodig om voor financiering binnen het ziektekostenverzekeringsstelsel in aanmerking te komen. Terwijl gezondheidscentra sinds 1985 (Stb. 84) automatisch als erkend worden beschouwd, gelden voor andere, meer complexe instellingen, erkenningseisen, waarin bepaalde kwaliteitseisen zijn opgenomen. De erkenningseisen hebben in 1983 hun formeel wettelijke

59 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1990, 20 800, XVI, nr. 2, p. 35.

60 World Health Organisation, The assessment of primary health care development in the European region, Seville, 13-16 april 1988.

61 Zie de verklaring van Alma Ata van 1978 en de doelstellingen 26-33 van de WHO, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, Bijlage.

62 Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1-2, p. 34. De desbetreffende normen worden gehanteerd in het kader van het wettelijk ziektekostenstelsel.

basis gekregen in de Ziekenfondswet en de AWBZ (Stb. 703) en gelden ook voor de kruisorganisaties (wijkverpleging). Zij bevatten minimum-normen ten aanzien van de kwaliteit van zorg en zijn in principe globaal van karakter. Het is een vorm van indirecte regelgeving: nadere uitwerking vindt plaats op basis van zelfordening.[63] In hetzelfde wettelijke kader kunnen ook afspraken worden gemaakt over kwaliteit in de medewerkersovereenkomsten, die verzekeraars met aanbieders van eerstelijnszorg sluiten.

Particuliere verpleeg- en thuiszorgbureaux vallen buiten het reguliere financieringskader (zie paragraaf 3.4). Derhalve zijn daarop noch erkenningseisen, noch een Modelovereenkomst uit hoofde van de Ziekenfondswet/AWBZ van toepassing. De aan deze bureaux verbonden personen zijn niet alle in het bezit van een diploma verpleging of verzorging (zie hoofdstuk 3 en 4). Herintredende, gediplomeerde, verpleegkundigen en verzorgenden, die een tijdlang hun beroep niet hebben uitgeoefend, krijgen bij bepaalde bureaux de mogelijkheid om zich te laten bijscholen.[64]

3.2.2 Zelfordening

Zelfordening op basis van regelgeving heeft plaatsgevonden in de Modelovereenkomst,[65] die de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) in 1989 sloot met de Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (LVG, zie voor de modelovereenkomsten met kerndisciplines de hoofdstukken 2 en 3). Deze kent bepalingen over de kwaliteit van praktijkruimte en instrumentarium en een continue hulpverlening. Bij niet-nakoming van deze eisen kan het ziekenfonds de medewerkersovereenkomst met het centrum opzeggen. Tegen een dergelijke opzegging kan het gezondheidscentrum, behalve bij de civiele rechter, in beroep komen bij de Commissie voor de Rechtspraak. Deze, door partijen zelf ingestelde, Commissie functioneert tevens voor geschillen tussen verzekeraars en huisartsen, c.q. kruisorganisaties (zie hoofdstuk 2 en 3).

Voorts heeft de LVG, waarbij vrijwel alle gezondheidscentra zijn aangesloten, ter nadere uitwerking van deze Modelovereenkomst en in aanvulling op de voor individuele beroepsbeoefenaren geldende eisen, kwaliteitskenmerken ontwikkeld.[66] De normen omvatten intercollegiale toetsing, nascholing en intervisie. Zij komen op het volgende neer: het gezondheidscentrum werkt samen met apotheken ter

63 Nota kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 224, p. 12-16 en de toelichting bij het voorstel voor een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14 181, nr. 9, p. 47. De erkenningseisen zouden in de WVG worden opgenomen, maar de desbetreffende WVG-bepalingen zijn nooit in werking getreden.

64 J. Moor, De aanvullende thuiszorg in Zuid Holland en H.C.B. Reincke e.a., Thuiszorg: de beste zorg, Experimenten met thuiszorg, Stichting gezondheidszorg '82, Bankiva B.V., Leersum, 1988.

65 Circulaire Ziekenfondsraad, 15 maart 1989 nr 36/89. Zie voor beschrijving van het begrip Modelovereenkomst hoofdstuk 2 van dit Deel.

66 Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra, Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum, Utrecht, 1989.

toetsing van het voorschrijfbeleid alsook ter bewaking van het geneesmiddelengebruik van patiënten. Een centrum neemt deel aan de 7x24-uurs bereikbaarheidsdiensten van huisartsen, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk, hanteert geen wachttijden en is voor directe hulp tijdens kantooruren beschikbaar. De hulpverleners besteden minimaal 70% van hun tijd aan directe hulpverlening.

Het NIVEL acht deskundigheidsbevordering binnen de eerstelijnszorg een voorwaarde om mogelijke twijfels daaromtrent bij patiënt en specialist weg te nemen en een daadwerkelijke verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg mogelijk te maken,[67] ook in het kader van de thuiszorg (zie paragraaf 4.3). Zowel het generalistische karakter van de eerstelijnszorg, alsook de daar opgebouwde expertise, bijvoorbeeld in het begeleiden en ondersteunen van patiënt en familie in de thuissituatie, maken dat zij de eerst aangewezene is voor het verstrekken van adequate thuiszorg, waar nodig met inschakeling van specialistische zorg.[68]

Ook de vier eerstelijnskerndisciplines zelf zijn hun aandacht in toenemende mate op de kwaliteit van de thuiszorg gaan richten. Het eerste initiatief daartoe in de vorm van de Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS) van 1985 werd in 1988 alweer beëindigd. ATIS was opgericht door de landelijke koepels van de vier kerndisciplines in de vorm van een gezamenlijke overeenkomst, tegelijk met het Landelijk Bestuurlijk Overleg (LBO). Het LBO heeft niet alleen een Algemeen Thuiszorgconcept ontwikkeld, maar ook het hulpaanbod van de vier kerndisciplines en de rechten van de patiënt binnen de eerstelijnszorg omschreven.[69]

De gerichtheid op de eigen discipline bleek echter (nog) te sterk en de opvatting van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) verschilde van die van de andere drie deelnemers omdat zij geen bestuurlijke, maar een functionele integratie van de eerstelijnszorg voorstond. Toen de LHV vervolgens uit ATIS stapte ontviel het doel aan deze organisatie en werd de overheidssubsidiëring stopgezet.[70] De wijkverpleging en de gezinsverzorging zijn daarna gezamenlijk verder gegaan en hebben, zich gesteund wetend door de overheid, op 2 april 1990 de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) opgericht, waarvan inmiddels meer dan 80% van beider soort instellingen lid zijn geworden. De LVT zal naar verwacht binnen enkele jaren de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging vervangen. Terwijl de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) het voor de thuiszorg eerder zoekt in regionale samenwerking op contractbasis met kruisorganisaties, instellingen voor gezinsverzorging en met particuliere verpleegbureaus,[71] heeft de VIVAM (Vereniging voor Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk werk) haar eerdere verzoek om aansluiting bij de LVT in 1991 inge-

67 NIVEL, Naar een sterkere eerste lijn?, eindrapport (nr. 4), Utrecht, 1989.

68 Landelijk Bureau Coördinatie 1e 2e lijn, Samenwerking tussen eerste en tweede lijn, Zoetermeer, 1989, p. 7.

69 LBO, Het huidige hulpaanbod van de vier kernvoorzieningen binnen de thuiszorg, Bunnik, 1987.

70 Voordracht van E. Borst-Eilers, gehouden op 17 november 1988 te Utrecht tijdens de bijeenkomst ATIS in perspectief, en L. Kiers, Punt achter orgaan voor samenwerking eerstelijn, Inzet 1988, nr. 8, p. 23.

71 LHV, Thuiszorg uw zorg, Utrecht, 1990.

trokken en geopteerd voor een onderkomen bij de Vereniging voor Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector (VOG).

Op regionaal niveau zijn op meerdere plaatsen intentieverklaringen en samenwerkingsovereenkomsten gesloten tussen de eerste en de tweede lijn, waarin de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een kwalitatief verantwoord zorgaanbod aan de patiënt in de thuissituatie centraal staat.[72]

3.3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

Kwam het nationaal door de eerder beschreven ontwikkelingen niet tot één regeling voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de eerstelijnszorg, dit is wel het geval in de gemeente Almere.

3.3.1 Een wijksgewijze opzet: het besluit experiment gezondheidszorg Almere

Nadat men in Almere al in 1980 met de structurering van de eerste lijn was begonnen, werd daar in 1988 het Besluit experiment gezondheidszorg Almere van kracht op basis van artikel 41 van de WVG (Stb. 55 en 488, 1988). Ingevolge dit besluit heeft de gemeente de bevoegdheid om erkenningen en vergunningen te verlenen aan instellingen en beroepsbeoefenaren, die zich daar willen vestigen. In afwijking van het in de WVG bepaalde kan de gemeente daaraan voorwaarden verbinden, zij het dat deze niet de inhoud van de beroepsbeoefening mogen betreffen.[73] De gemeente stelt bijvoorbeeld steeds de voorwaarde, dat de beroepsbeoefenaar werknemer wordt bij de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). Dit omdat gebleken was dat beroepsbeoefenaren aan een dergelijk dienstverband zelf vaak geen behoefte hebben.[74] Bij de EVA zijn alle eerstelijnswerkers en -functies ondergebracht.[75] Deze werken per wijk vanuit een gezondheidscentrum, dat elk over een aparte telefonische 'spoedlijn' beschikt. De gezondheidscentra zijn gegroepeerd in werkmaatschappijen, waaraan een zorgcoördinator is verbonden, die de 24-uurszorg coördineert.[76]

De wijksgewijze opzet wordt gerealiseerd doordat de gemeente het zorggebied aanwijst, waarop de vergunninghouder zich in hoofdzaak moet richten. Hoewel dit de keuzevrijheid van de patiënt enigszins beperkt, houdt een indeling naar wijken

72 Bijvoorbeeld in Limburg, waar in de regio Sittard-Geleen een ziekenhuis, vier verpleeghuizen, de Kruisvereniging, de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, de Gezinsverzorging en het Algemeen Maatschappelijke Werk een dergelijke intentieverklaring hebben ondertekend.

73 Staatsblad 55, 1988, p. 13.

74 Zie bijvoorbeeld de uitspraken van de Commissie toelating tandartsen, RZA, 84 138 en van het Gerechtshof te Amsterdam, RZA, 84 142.

75 Toelichting bij de richtlijnen planning gezondheidszorg Almere, 27-10-1988, kenmerk AGZ/ELZ 105444.

76 EVA, Jaarverslag over 1989 en Een andere gezondheidszorg, Almere, 1990.

de communicatielijnen tussen de medewerkers kort, waardoor minder tijd voor overleg hoeft te worden uitgetrokken.[77] Dit is nodig, omdat minimaal 85% van de tijd besteed moet worden aan de directe hulpverlening, een vergunning-voorwaarde, die in de praktijk overigens als een knelpunt wordt ervaren.[78]

Ten behoeve van de gemeentelijke planning heeft de minister richtlijnen vastgesteld. Teneinde de aanspraken van verzekerden op grond van Ziekenfondswet en AWBZ te waarborgen, gaan de richtlijnen uit van bepaalde maximum-normen voor het aantal inwoners per hulpverlener. Deze zijn, in tegenstelling tot de planningsnormen voor de intra-murale sector, niet leeftijdsgebonden.[79] Ook de wijksgewijze opzet is in de richtlijnen opgenomen, omdat deze bij de bereikbaarheid in tijd en afstand een belangrijke rol speelt, aldus de overheid.[80] Dat ook de maatschappelijke eerstelijnszorg in de planning is opgenomen vindt legitimatie in het feit, aldus de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), dat het hier een experiment betreft. Dat geldt overigens niet voor het aanwenden van premiegelden voor deze sector,[81] reden waarom hiervoor projectsubsidie plaatsvindt. De minister stelt jaarlijks een financieel kader vast, waarover eerst de gemeente en de verzekeraars zijn gehoord en dat mede is gebaseerd op normen die in de WTG en de verzekeringswetgeving zijn vastgelegd. Het kader bevat ook de financiële ruimte voor de maatschappelijke eerstelijnszorg en vormt het maximale budget, waarbinnen op lokaal niveau gemeente, verzekeraars en aanbieders een zorgbegroting opstellen, die weer het kader vormt voor de zorgovereenkomst. In deze overeenkomst leggen verzekeraars en aanbieders van zorg ondermeer de onderlinge verdeling van functies, capaciteit en middelen binnen de eerstelijnszorg vast. In de praktijk blijkt dat het feit, dat de financiers slechts met één zorgorganisatie (EVA) te maken hebben, een meer bedrijfsmatige aanpak mogelijk maakt.

De eerste lijn is in Almere vooralsnog sterker dan in de meeste plaatsen elders in het land. Of dit komt door de reeds bij de deelnemers bestaande visie op een gezondheidszorg met het accent op de eerstelijnszorg of door het daaroverheenkomende sluitstuk in de vorm van het Experimenteerbesluit is overigens de vraag.[82] Gebleken is namelijk dat ook al vóór de inwerkingtreding van het besluit het gebruik van medische voorzieningen door de inwoners van Almere onder het landelijk gemiddelde lag, in het bijzonder waar het de specialistenhulp en ziekenhuisopnames

77 C. Schouwstra en S.I.M. Bless, Project Gezondheidszorg Almere, Experimenteren met thuiszorg, op. cit. p. 43-50.

78 De overgebleven 15% wordt te weinig bevonden, omdat nodig geacht overleg nu buiten werktijd plaats moet vinden, aldus het jaarverslag van de EVA over 1989.

79 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies experiment Almere, 1985.

80 Toelichting bij de richtlijnen planning gezondheidszorg Almere, 27-10-1988, kenmerk AGZ/ELZ 105444.

81 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies experiment Almere, op. cit.

82 S.I.M. Bless, C.P. Schouwstra, F.A. Vorst en A.J.P. Schrijvers, Een experiment in Almere, Medisch Contact, 1988, de nrs. 5 (p. 135-136), 6 (p. 178-180), 10 (p.308-310), 11 (p. 342-344) en 18 (p. 571-574).

betreft.[83] De afwezigheid van bestaande structuren en aanvankelijk ook van intramurale voorzieningen, namelijk totdat in maart 1991 het Flevoziekenhuis werd geopend, zijn hierbij overigens niet te verwaarlozen factoren.

3.4 Financiële toegankelijkheid

3.4.1 Ontwikkeling regelgeving

3.4.1.1 Verzekeringssfeer

In 1983 erkende de regering dat eerstelijnsvoorzieningen, die uit de algemene middelen worden gefinancierd, sneller door bezuinigingen worden getroffen dan de premie-gefinancierde.[84] Tot de in de Structuurnota aangekondigde Volksverzekering tegen ziektekosten was het niet gekomen, uit angst voor een te grote inkomensverschuiving. Uitgangspunten voor een dergelijke verzekering bleven voor de overheid een gelijke toegang tot de verstrekkingen, geen te hoge financiële drempels, harmonisatie van het financieringsstelsel van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, een evenwichtige verhouding tussen het draagkrachtbeginsel en het te dekken risico (equivalentiebeginsel) en een systeem van eigen bijdragen teneinde onnodige uitgaven te voorkomen.[85] In 1985 werd opnieuw (zie paragraaf 2.4) geconstateerd dat de eerste en tweede lijn niet kunnen werken als communicerende vaten, omdat de financieringssystemen strikt gescheiden zijn.[86]

Ook vanuit de maatschappij en de verschillende adviesorganen komt allengs meer kritiek op het functioneren van het ziektekostenstelsel. De hoofdpunten daarvan zijn, voorzover het de eerstelijnszorg betreft, de volgende. De verschillende financieringsvormen, waaronder verzekering, subsidies van rijk en/of gemeente en bijstand (zie hoofdstuk 4), werken een versnippering van de eerstelijnszorg in de hand, belemmeren de substitutie tussen de verschillende vormen van zorg en beperken zo de mogelijkheden van de hulpvrager.[87] De in het kader van de Ziekenfondswet en AWBZ geheven premiegelden (huisarts, wijkverpleging), mogen immers niet voor andere doeleinden (gezinsverzorging, particuliere hulp) worden bestemd, dan waarvoor ze zijn geheven.[88] Het stelsel biedt de verzekerde onvoldoende keuzevrijheid (geen thuiszorg, geen alternatieve geneeswijzen), te weinig invloed op de hoogte van de premie (geen eigen risico)[89] en de verzekeringslasten

83 Namelijk in 1986, zie de NRC van 18 april 1988.
84 Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 108 nrs. 1-2, p. 47.
85 Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 108, nrs. 1-2, p. 55-56.
86 Nota 2000, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 226.
87 Ziekenfondsraad, Discussienota inzake een samenhangende zorgstructuur, nr. 248, 1983 en Nota Eerstelijnszorg, nr. 254, 1984.
88 Gezondheidsraad, Advies Grenzen van de zorg, 1986.
89 Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Het ziekenfonds op eigen benen, Zeist, 1986.

tussen verplicht en particulier verzekerden zijn ongelijk verdeeld.[90] De contracteerplicht belet verzekeraars te onderhandelen teneinde voor hun verzekerden op de meest efficiënte wijze zorg te contracteren.[91] De samenhang met de overige wetgeving, zoals de plannings- en tarievenwetgeving (zie volgende paragraaf) is bovendien gebrekkig.[92]

De Ziekenfondsraad adviseert[93] planning en financiering in één Zorgwet onder te brengen en het hulpverleningspakket op te bouwen uit hulpfuncties, opdat de patiënt daaruit de meest passende combinatie kan worden aangeboden. Voor de nodige afstemming van en samenhang tussen de functies zou er een eerstelijnskerneenheid moeten komen, die alle kernfuncties (behandeling, verpleging, verzorging en psycho-sociale hulp) omvat en zo een integraal hulpaanbod in de thuissituatie aanbiedt.[94] De verstrekkingen zouden in termen van functies opnieuw geformuleerd kunnen worden[95] en er wordt een splitsing voorgesteld tussen een verplicht basispakket en een aanvullend pakket.[96] De Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseert de AWBZ in achtereenvolgende fases tot een dergelijke Zorgwet om te bouwen en daarbij de eerstelijnsfuncties met voorrang onder de AWBZ te brengen.[97]

In het model dat Roscam Abbing en Rutten als mogelijk toekomstbeeld schetsen[98] kan de concurrentie worden vergroot doordat de verzekerde, die zich aansluit bij een doelmatig (en dus goedkoper) werkend eerstelijns-samenwerkingsverband, een korting krijgt op de verzekeringspremie. Deze eerstelijnsverbanden kunnen zich vervolgens verbinden met hulpverleners uit de tweede lijn.

Veel voorstellen, ook vanuit de politieke partijen, bevatten een acceptatieplicht van aspirant-verzekerden voor verzekeraars.[99] Deze werd bijvoorbeeld neergelegd

90 H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, Kluwer, Deventer, 1985.

91 H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, op. cit. en Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Het ziekenfonds op eigen benen, op. cit.

92 H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, op. cit.

93 Ziekenfondsraad, Advies inzake de ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra, 1972, nr. 25, p. 31. De Ziekenfondsraad heeft ingevolge de Ziekenfondswet de taak om zelf of desgevraagd adviezen uit te brengen die de ziekenfondsverzekering raken, houdt toezicht op de ziekenfondsen en beheert de ziekenfondsgelden in de Algemene Kas.

94 Ziekenfondsraad, Discussienota inzake een samenhangende zorgstructuur, op. cit.

95 Ziekenfondsraad, Advies inzake een samenhangende zorgstructuur, nr. 311, 1985.

96 Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Het ziekenfonds op eigen benen, op. cit.

97 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies structuur ziektekostenverzekeringen, 1984.

98 H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, op. cit.

99 H.D.C. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, op. cit.; Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Het ziekenfonds op eigen benen, op. cit. B.M.S. van Praag e.a., Een concurrerend recept voor de Nederlandse Gezondheidszorg, Prof. Telderstichting, geschrift no. 61, 's Gravenhage, 1987 (VVD). F.J.M. Werner e.a., Zorgvernieuwing door structuurverandering, Wetenschappelijk Instituut CDA, van Loghum

in de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering (WTZ), die bij de opheffing van de bejaardenverzekering (onderdeel van de Ziekenfondswet) in 1986 in werking is getreden (Stb. 123, 1986). Ingevolge de WTZ zijn particuliere verzekeraars verplicht om eerst alleen aan bepaalde bevolkingsgroepen, zoals bejaarden, en sinds 1 februari 1991 aan een ieder[100] een door de overheid vastgesteld standaardpakket aan te bieden tegen een eveneens vastgestelde maximum-premie, waarbij premie-differentiatie naar leeftijd niet is toegestaan.

3.4.1.2 Tarievensfeer

De tarief- en honoreringssystemen in de gezondheidszorg bleken in de zeventiger jaren onoverzichtelijk, sterk verbrokkeld, en vertoonden onderling nauwelijks enige samenhang. Daarom achtte de overheid het in 1976 noodzakelijk te komen tot een evenwichtig tarievenstelsel, mede gericht op een beheersing van de kostenontwikkeling.[101] De Wet Tarieven Gezondheidszorg van 1980 (WTG, Stb. 646), die in 1982 in werking trad, beoogt stroomlijning, uniformering en onderlinge afstemming van de tarief- en honoreringssystemen. De grotere doorzichtigheid van het tarievensysteem, die de WTG moet bewerkstelligen, zou ook de patiënt/verzekerde/consument ten goede komen, zo was de verwachting.[102]

De WTG handhaaft het in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen gehanteerde overleg over honoraria tussen verzekeraars en aanbieders van zorg, maar vereist wel goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Voor de totstandkoming van deze tarieven vaardigt het COTG op ministeriële aanwijzing richtlijnen uit, die bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders in acht moeten worden genomen. Blijven de onderhandelingen zonder resultaat of wordt het tarief niet goedgekeurd, dan kan het COTG zelfstandig een (voorlopig) tarief vaststellen. Van een COTG-besluit staat beroep open op het College voor het Beroeps- en Bedrijfsleven.

In het Besluit Werkingssfeer WTG (Stb. 25, 1982) zijn de 'organen' aangewezen waarop de WTG van toepassing is: hiertoe behoren ondermeer de huisarts (zowel voor de ziekenfonds- als voor de particuliere tarieven), de kruisorganisatie en vanaf 1989, toen deze zorg onder de AWBZ-financiering werd gebracht, ook de gezinsverzorging (Stb. 26). Hoewel de WTG in principe de mogelijkheid heeft om ook de tarieven van particuliere verpleeg- en verzorgingsbureaus en algemeen maatschappelijk werk onder haar werkingssfeer te brengen, werd dit vooralsnog niet noodzakelijk bevonden.

Het feit dat in de praktijk de WTG-tarieven als vaste tarieven worden gehanteerd brengt met zich dat prijs-concurrentie tussen aanbieders van zorg onmogelijk is. Daarin komt verbetering zodra de WTG-tarieven maximum-tarieven worden (zie Deel III).

Slaterus, Den Haag, 1987. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 931, nrs. 1-2 (PvdA voorstel Algemene Wet ziektekosten).

100 Ingevolge de zogeheten 'Meerbetalersregeling', Stcrt. 30, 1991.

101 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14 182, nrs. 1-3, p. 17.

102 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14 182, nrs. 1-3, p. 18.

3.4.2 Overige financieringsbronnen

3.4.2.1 Subsidiëring van gezondheidscentra en hometeams

De werkingssfeer van de rijkssubsidieregeling voor gezondheidscentra van 1974 (zie paragraaf 1.4) werd in 1987 uitgebreid naar samenwerkingsverbanden, die niet onder één dak samenwerken, de zogeheten home-teams, mits zij in een schriftelijke regeling van hun regelmatige en gestructureerde contacten blijk geven. Deelname van het algemeen maatschappelijk werk, in veel gevallen een onhaalbare kaart gebleken, is sindsdien geen absolute voorwaarde meer om voor subsidie in aanmerking te komen. De regeling werd in 1986 opgesplitst in twee afzonderlijke regelingen: één voor zwaarder en één voor lichter gestructureerde samenwerkingsverbanden. De eis, dat minimaal drie eerstelijnsdisciplines (meestal huisarts, wijkverpleging en bijvoorbeeld fysiotherapie of gezinsverzorging) deelnemen, bleef gehandhaafd. Van de door de regeling geboden mogelijkheid om een coördinator aan te stellen, wordt op ruime schaal gebruik gemaakt.[103]

Deze stimuleringsregelingen hebben een tijdelijk karakter. Zij zullen worden ingetrokken zodra de financiering van de eerstelijnszorg op één wettelijke basis berust.[104] De overheid heeft kenbaar gemaakt dat dit voor de 180 gezondheidscentra, die Nederland anno 1991 telt, uiterlijk in 1995 het geval zal zijn.[105]

Naast de overheid biedt ook de Ziekenfondsraad sinds 1978 een financiële tegemoetkoming aan samenwerkingsverbanden, die reeds een rijkssubsidie ontvangen. Dit bleek nodig omdat veel gezondheidscentra na hun start alsnog in financiële moeilijkheden geraakten. In 1982 kreeg deze subsidie een wettelijke basis in artikel 52 lid 1e AWBZ (sinds 1 januari 1990 ex art. 39 lid 3h Wet Financiering Volksverzekeringen, WFV, Stb. 129, 1989). Toch bleven zich nog financiële problemen voordoen[106], reden waarom de Ziekenfondsraad met ingang van 1987 is overgegaan op een budgetteringssysteem voor gezondheidscentra.

3.4.2.2 Financiering van de thuiszorg

Na een periode van ongeveer één eeuw, waarin de aandacht vooral gericht is geweest op de ziekenhuiszorg komt, nu blijkt dat ook deze haar beperkingen heeft, de thuiszorg opnieuw in de belangstelling. Thuiszorg vormt, zoals gezien in de inleiding, het geheel van verzorging, verpleging en behandeling van de patiënt in de thuissituatie, gegeven in de vorm van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en aanvullende professionele zorg vanuit de eerste lijn, daarbij ondersteund door de tweede lijn.[107] Thuiszorg beoogt de patiënt in staat te stellen om zich zo lang mogelijk te handhaven in de thuissituatie en wordt meestal onderscheiden in 'reguliere' thuiszorg, vallend binnen het pakket van de eerstelijnszorg, en 'aanvul-

103 E.M.A. Hessels, Cijfers over samenwerking, NIVEL, Utrecht, 1988, p. V.
104 Zie toelichting bij de regeling, circulaire 62675, 8-7-1986.
105 Aldus de NRC van 17 mei 1991.
106 L. Peters, Financiële problematiek van gezondheidscentra, Nederland Huisartseninstituut, Utrecht, 1984, p. 9.
107 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota thuiszorg, 1989.

lende' thuiszorg, in die situatie waarin een indicatie bestaat voor een opname of verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis. In het laatste geval wordt ook wel van 'intensieve' thuiszorg gesproken.

Intensieve thuiszorg wordt al sinds het begin van deze eeuw aan de meer welgestelden verstrekt door particuliere verpleegbureaux (zie hoofdstuk 3) en, vanaf 1987, ook door een groot deel van de kruisorganisaties.[108] De zorg wordt dan gefinancierd als onderdeel van de aanvullende ziekenfondsverzekering of van een particuliere verzekeringspolis in de vorm van een daarvoor overeengekomen bedrag per uur, dag of nacht. Voor de verzekeraars is intensieve thuiszorg financieel met name interessant indien deze zorg een (duurder) verblijf in een ziekenhuis kan vervangen. Dit levert, aldus is de veronderstelling, een besparing op voor de verzekeraar en ligt anders ten aanzien van verpleeghuiszorg, die uit de AWBZ-kas wordt betaald. Uit experimenten is overigens gebleken, dat van een besparing op (met name de vaste) ziekenhuiskosten vooralsnog geen sprake is.[109] Omdat deze vorm van thuiszorg wel in een belangrijke behoefte voorziet en er in de praktijk van een kwalitatieve meerwaarde ten opzichte van intra-murale zorg gesproken kan worden, maakt de aanvullende thuiszorg ingevolge een daartoe strekkend ministerieel besluit vanaf 1990 deel uit van de standaardpakketpolis in het kader van de WTZ.[110] Voorwaarde daarbij is dat voor de particulier verzekerde een medische indicatie voor opneming in een ziekenhuis aanwezig is.[111] De hulp wordt, na toestemming van de verzekeraar, die eventueel nog nadere voorwaarden kan stellen, verleend gedurende maximaal 8 uur per dag en over een periode van maximaal 60 dagen per jaar. Sinds 1990 wordt intensieve thuiszorg, als aanvulling op de reguliere eerstelijnszorg, tevens gesubsidieerd op basis van de Ziekenfondswet (art. 73).[112] De keuze voor de Ziekenfondswet in plaats van de AWBZ, het huidige wettelijk kader voor wijkverpleging een gezinsverzorging en in de toekomst waarschijnlijk voor de huisarts en de thuiszorg (zie Deel III),[113] is overigens niet geheel duidelijk en kan alleen worden verklaard indien het een tijdelijke regeling betreft, in afwachting van voorbedoelde AWBZ-financiering. Aan subsidiëring van de aanvullende thuiszorg verbindt de Ziekenfondsraad de voorwaarde, dat er tussen de zorgverleners een structureel samenwerkingsverband bestaat en dat er duidelijke afspraken zijn gemaakt over intake, indicatiestelling en zorgplanning. De patiënt moet immers weten wie voor de uitvoering van de zorg verantwoordelijk en aanspreekbaar is. In de praktijk blijkt dat de coördinatiefunctie veelal bij de wijkverpleging of de gezinsverzorging berust en dat de indicatiestelling voor de benodigde hulp meer bepaald wordt door het eigen aanbod, dan door de daadwerkelijke behoefte van

108 Nationale Kruisvereniging, Thuis in gezondheid, Bunnik, 1988.
109 Ziekenfondsraad, Eindadvies inzake intensieve thuiszorg, 1991, nr. 519.
110 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 300, XVI, nr. 31.
111 Uitspraak Beroepscommissie Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, 18-12-'90, Rechtspraak ZFW/AWBZ, 1991, nr. 70.
112 Ziekenfondsraad, Advies invoering intensieve thuiszorg, 1989, nr. 458 en Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg 1991, Stcrt. 17, 1991.
113 Ziekenfondsraad, Advies FOZ 1991, 1990, nr. 477.

de patiënt. Zo wordt bij de indicatiestelling voor thuiszorg door de wijkverpleging bijvoorbeeld een zwaarder accent gelegd op de inbreng van verpleging dan van gezinsverzorging.[114]

De thuiszorg wordt gesubsidieerd tot een maximum-bedrag per dag en voor een maximum-duur (drie maanden) aan patiënten met een verpleeghuis- of ziekenhuisindicatie, onafhankelijk van de aard van de aandoening. Voor verpleeghuisgeïndiceerde patiënten is voor hulp in de thuissituatie sinds 1988 subsidie mogelijk (Besluit substitutie verpleeghuiszorg, Stcrt. 148, 1988 en Stcrt. 33, 1990), op basis van art. 52 lid 1e AWBZ/ art. 39 lid 3h WFV (Stb. 129 en 589, 1989). De voorwaarde, dat deze hulp onder de verantwoordelijkheid van een erkend verpleeghuis wordt gegeven is in 1990 vervallen: ook een eerstelijnsvoorziening komt daarvoor in aanmerking.[115] Voor patiënten met een indicatie voor een bejaardenoord is het de bedoeling dat de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) een financiële opening biedt om vanuit het bejaardenhuis, in samenwerking met de eerstelijnszorg, thuiszorg te geven, zodat een eventuele opname kan worden voorkomen of uitgesteld.[116] Van de daarvoor te heffen eigen bijdragen zullen Gedeputeerde Staten de hoogte vaststellen, die dientengevolge van provincie tot provincie kan verschillen. Sinds 1985 biedt de WBO overigens al de mogelijkheid van een kortdurende opname, dagverzorging en nachtopvang.[117] Dergelijke mogelijkheden ontlasten de familie (mantelzorg) en maken het daardoor in principe mogelijk patiënten langer thuis te verzorgen.

Vanaf 1990 wordt, mede op aandringen van de Gehandicaptenraad, geëxperimenteerd met een cliëntgebonden budget, dat de patiënt in staat stelt om beneden een maximum bedrag zelf de (eerstelijns-) hulp, waarvoor hij verzekerd is, te kiezen en te bekostigen.[118] De overheid beoogt daarmee de autonomie en keuzemogelijkheden van de cliënt te vergroten.[119]

Thuiszorg, verstrekt door eerstelijnsdisciplines, kan ook nog worden gefinancierd uit de door kortere opnames binnen het intra-murale budget vrijgekomen middelen. Afspraken hieromtrent zijn bijvoorbeeld neergelegd in de eerder genoemde intentieverklaring voor samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.[120]

114 Ziekenfondsraad, Eindadvies inzake intensieve thuiszorg, op. cit.

115 Besluit Ziekenfondsraad 26-4-1990, kenmerk SGZ/7135.

116 Handelingen Eerste Kamer, zitting 1990-1991, 21 470 nr. 89.

117 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 470, nr. 3, p. 6.

118 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 105 en Ziekenfondsraad, Advies cliëntgebonden budget voor de thuishulp, 1990, nr. 470. Voorlopig blijven de experimenten beperkt tot de wijkverpleging en de gezinsverzorging.

119 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 14 406, nr. 150.

120 Intentieverklaring van ziekenhuis, vier verpleeghuizen, de Kruisvereniging, de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, de Gezinsverzorging en het Algemeen Maatschappelijk Werk in de regio Sittard-Geleen.

4 Vraagzijde

In 1974 stelde de regering dat aan de wensen en klachten van de patiënt maximale aandacht moet worden besteed omdat deze geen 'vrije consument' is.[121] Overeenkomstig deze opvatting nam zij in het Besluit erkenningsnormen voor kruisverenigingen van 1981 (Stcrt. 107) de bepaling op dat de kruisorganisatie diende te beschikken over een onafhankelijk klachtenbehandeling voor patiënten. Deze is in 1987 gerealiseerd. De Rijksubsidieregeling voor de gezinsverzorging van 1985 (Stcrt. 25, 1985) bevatte eveneens de voorwaarde van een bezwaarmogelijkheid voor cliënten. Daarom kent ook deze kerndiscipline een klachtenregeling, evenals overigens het algemeen maatschappelijk werk, zij het de laatste zonder wettelijk verplichting.

Voorts bevatten de op de eerstelijnszorg toepasselijke erkenningseisen en subsidieregelingen nog een bepaling gericht op het respecteren van de privacy van de patiënt/cliënt. In het kader van de LVG-Modelovereenkomst en -kwaliteitskenmerken zijn eveneens op de positie van de patiënt gerichte bepalingen van kracht. Ook hier gaat het om een klachten- en een privacy-regeling. Tevens betreft het de tegemoetkoming aan de voorkeur van een patiënt voor een bepaalde medewerker en informatie over de werkwijze van de hulpverleners, de onderlinge samenwerking binnen het centrum en de wijze waarop de privacy van de patiënt wordt beschermd.

4.1 Privacy

De wijkverpleging heeft in 1988 een privacy-reglement ingevoerd. De gezinsverzorging had dit al eerder (1982) samen met het algemeen maatschappelijk werk ontwikkeld. Overigens is sinds 1 juli 1990 (Stb. 569, 1989) de Wet Persoonsregistraties (WPR, Stb. 665, 1988) op deze instellingen van toepassing. Klachten over niet, c.q. onvoldoende naleving van de privacyreglementen kunnen, behalve via de uit hoofde van de WPR openstaande wegen, tevens via de klachtenregelingen (zie volgende paragraaf) worden afgewikkeld.

In dit verband dient ook de geheimhoudingsplicht te worden vermeld, die in het Wetboek van Strafrecht is opgenomen (art. 272). Aangenomen wordt dat van de hulpverleners binnen de eerstelijnszorg de huisarts, de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werker een zelfstandig beroepsgeheim kennen, terwijl voor de ziekenverzorgster, de gezinsverzorgster en de doktersassistente sprake is van een afgeleid beroepsgeheim.[122] De toekomstige Wet BIG zal een algemene geheimhoudingsbepaling bevatten (zie Deel III). Ook de gedragscodes voor artsen (KNMG), verpleegkundigen (NMV) en maatschappelijk werkers (LVMW) kennen een daarop gerichte bepaling (zie hoofdstuk 2, 3 en 5).

121 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2, p. 22.

122 H.J.J. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht, op. cit. p. 202. Zie voor de maatschappelijk werker ook L.F. Jens, Beroepsethiek en code van de maatschappelijk werker, op. cit. p. 173 e.v.

De door het Landelijke Patiënten- en Consumentenplatform (LPCP) en de KNMG ondertekende Modelovereenkomst van 1990 over de relatie arts-patiënt, waarmee op de inwerkingtreding van de WGBO wordt vooruitgelopen,[123] bevat de bepaling dat de (huis-)arts niet verder in de privé-sfeer van de patiënt doordringt dan voor de behandeling noodzakelijk is.

Uit jurisprudentie blijkt dat sexuele relaties bij hulpverlening aan patiënten in de eerste lijn voorkomen. De rechter achtte dit in meerdere tuchtrechtelijke uitspraken onrechtmatig.[124] Op het hebben van een sexuele relatie met patiënten rustte voor de intra-murale sector al een strafrechtelijk verbod, dat nu ook op de extra-murale en derhalve op de eerstelijnszorg van toepassing is (art. 249 lid 3 WvSr., Stb. 519, 1991).

4.2 Klachtenregelingen

De in regelgeving vereiste en op basis van zelfordening tot stand gekomen klachtenregelingen zijn gericht op het uit de weg ruimen van misverstanden en op het 'rechtdoen' aan klager. Daarnaast gaat er een kwaliteitsverhogend effect van uit. Klachten kunnen naast de kwaliteit ook de beschikbaarheid en bereikbaarheid en de organisatie van de hulpverlening betreffen. Klachtenregelingen versterken door hun laagdrempelig en informele karakter de procedurele rechtspositie van de patiënt.[125] Zij zijn meestal gratis.

Sinds 1988 is de toegang tot de interne tuchtrechtspraak bij de KNMG, die vanaf 1902 funktioneerde, voor de patiënt afgesneden[126]. In 1990 heeft de KNMG een Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg ontwikkeld,[127] welke bijvoorbeeld op het niveau van de Plaatselijke Huisartsvereniging kan worden gerealiseerd. Een dergelijk model zou het procedurele sluitstuk kunnen vormen voor de reeds genoemde LPCP/KNMG Modelregeling arts-patiënt.

De wijkverpleging en de gezinsverzorging hebben, zoals gezien, een klachtenregeling op basis van erkennings-, respectievelijk subsidievoorwaarden in het kader van de AWBZ-financiering. Het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra hebben zelf een klachtenregeling ontworpen.[128]

123 Modelregeling arts-patiënt, bijlage bij Medisch Contact, nr. 22, 1990.

124 Medisch Tuchtcollege Groningen, 3-2-1989, T.v.Gr. 1990/15 en Medisch Tuchtcollege Zwolle, 23-4-1988, T.v.Gr. 1990/16.

125 A.C. Oosterman-Meulenbeld, Een eerstelijns- of een tweederangs-klachtenregeling?, op. cit.

126 KNMG, Herziening KNMG-rechtspraak, Medisch Contact, 1986, nr. 38, p. 751.

127 KNMG, Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg, Medisch Contact, 1989, nr. 47, p. 1567-1569.

128 Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, Model klachtenprocedure voor gezondheidscentra, 1988 en Nota Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum, 1989.

De behandeling van de klacht speelt zich, ook in beroep, steeds af binnen het bestek van enkele maanden. Alle regelingen kennen na een eerste klachtenbehandeling op het niveau van de instelling de mogelijkheid van beroep. Bij de gezinsverzorging (Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging) en het Algemeen Maatschappelijk Werk (Landelijke Beroepscommissie VOG/ VIVAM) vindt dit plaats op landelijk niveau en sinds september 1991 eveneens voor de wijkverpleging, aangezien de provinciale kruisverenigingen, die voordien de beroepen behandelden, verdwijnen.[129]

Uit evaluatie-onderzoek is gebleken, dat het feit, dat maar weinig klachten over de wijkverpleging bekend zijn ondermeer kan worden verklaard uit een gebrek aan informatie over het bestaan van de regeling bij patiënten en medewerkers, alsook uit de samenstelling van de klachtencommissies, die geen onpartijdige behandeling garandeert.[130] Daarnaast kleeft aan meerdere klachtenregelingen het bezwaar dat de in dat kader gedane uitspraken niet bindend zijn. Uit de vele klachten, die bij de al sinds 1980 functionerende Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging jaarlijks worden ingediend (in 1990 waren dat er 108), blijkt dat deze regeling aan een bestaande behoefte beantwoordt.[131] Daarbij dient men zich overigens wel te realiseren dat patiënten ten aanzien van de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk, anders dan ten aanzien van de aanspraken op hulp van de huisarts en de wijkverpleging, geen administratieve beroepsgang hebben bij (de Ziekenfondsraad en) de Raad van Beroep. Een deel van de tegen de gezinsverzorging gerichte klachten heeft dan ook betrekking op het niet of in onvoldoende mate ontvangen van hulp.

Dat het aantal klachten over het algemeen maatschappelijk werk nog zeer beperkt is kan komen door het nog jonge bestaan (1989) van en de daarmee samenhangende onbekendheid met de klachtenregeling.[132]

5 Knelpunten

Nu de WVG/WVGM verder geen doorgang hebben gevonden is op de *kwaliteit* van de eerstelijnszorg, zoals gezien in paragraaf 2, geen specifieke regelgeving van toepassing. De eerstelijns-gezondheidszorgvoorzieningen vallen onder de algemene kwaliteits-regelgeving; een onafhankelijk wettelijk geregeld kwaliteitstoezicht op de maatschappelijke zorg, een reeds in 1974 geconstateerde lacune, is niet tot stand gekomen. Wel wordt door de overheid een onderlinge afstemming en samenwerking tussen de eerstelijnsvoorzieningen gepropageerd om een integraal zorgaan-

129 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Klachtenreglement voor het Kruiswerk en de Kraamzorg, 1991.

130 Nationale Kruisvereniging, Evaluatierapport klachtenreglement voor kruiswerk en kraamzorg, Bunnik, 1990. Zie ook A.C. Oosterman-Meulenbeld, Een eerstelijns- of een tweederangsklachtenregeling?, op. cit.

131 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, jaarverslag over 1990.

132 In 1989 en 1990 werden in totaal 2 klachten in beroep behandeld. Landelijke Beroepscommissie Klachtrecht VIVAM, jaarverslag 1989/1990.

bod mogelijk te maken. Dit heeft ook invloed op de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Dat bedoeld aanbod zowel preventieve als curatieve zorg en revalidatie moet omvatten, wordt ook op internationaal niveau onderstreept. Nederland heeft zich als een der lidstaten van de WHO verplicht de nodige garanties hiervoor in regelgeving neer te leggen.

Vanuit de *patiënten*, de vraagzijde, bekeken heeft de op hun positie van toepassing zijnde indirecte regelgeving (Erkenningseisen en Modelovereenkomsten) alsook zelfordening (kwaliteitseisen LVG, gedragsregels KNMG, LVMW, NMV) het nadeel, dat zij voor de uitwerking van de daarin opgenomen normstelling afhankelijk zijn van de aanbieders. Dit heeft bij de wijkverpleging (privacy- en klachtenregeling) zo'n zeven jaar op zich laten wachten, mede vanwege de landelijk sterk gebureaucratiseerde besluitvormingsstruktuur (zie ook hoofdstuk 3). De patiënt kan naleving van deze normen echter eerst afdwingen wanneer aanbieders deze hebben ingevuld en de patiënt ook procedureel de nodige mogelijkheden worden geboden. In dat opzicht kunnen juist klachtenregelingen van belang zijn. Aan de regelingen in hun huidige vorm kleven nog wel wat bezwaren, zoals een gebrek aan onpartijdigheid bij de wijkverpleging, het onverplichtend karakter en het niet overal aanwezig zijn ervan (gezondheidscentra), evenals het achterwege blijven van een adequate informatieverstrekking over het bestaan van klachtenregelingen bij (medewerkers en) patiënten. Binnen de gezinsverzorging, waar de klachtenregeling reeds langer functioneert blijkt deze in een belangrijke behoefte te voorzien (zie ook hoofdstuk 4). Het feit dat de klachtenregeling per kerndiscipline verschilt maakt het er voor de patiënt overigens niet overzichtlijker op. Voor de huisarts ontbreekt momenteel een dergelijke regeling, hoewel deze aan de tussen de LPCP en de KNMG gesloten Modelovereenkomst een zekere incentive tot naleving zou kunnen geven.

De LVG noemt het rekening houden met voorkeuren van de patiënt voor een bepaalde medewerker een kwaliteitskenmerk van gezondheidscentra. Ten aanzien van de andere instellingen voor eerstelijnszorg is een dergelijk kwaliteitsaspect evenzeer relevant aangezien in de huidige constellatie veelal slechts één instelling (kruisorganisatie, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk) per regio aanwezig is. Wel kan de patiënt trachten, indien zijn verzoek om van hulpverlener te veranderen niet wordt gehonoreerd, dit via de klachtenregeling te realiseren.

Van civielrechtelijke procedures over onzorgvuldig handelen door aanbieders van eerstelijnszorg is door de patiënt tot nu toe nauwelijks gebruik gemaakt.

Omdat de thuiszorg niet als afzonderlijke aanspraak in het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet/AWBZ is opgenomen, is de *financiering* van deze zorg vooralsnog gebaseerd op een 'rijke' schakering aan bronnen: subsidiëring van diverse, niet als aanspraak onder de Ziekenfondswet/AWBZ vallende, voorzieningen op basis van diezelfde wetten, particuliere en wettelijke verzekeringsgelden, overheidsgelden en eigen bijdragen ingevolge de WBO. Deze verscheidenheid kan de totstandkoming van gemeenschappelijke overeenkomsten tussen de aanbieders van eerstelijnszorg en verzekeraars bemoeilijken.

Hoewel reeds bij de behandeling van de AWBZ in het Parlement gewaarschuwd werd voor de aanzuigende werking, die de wel verplicht verzekerde intra-murale zorg op de niet verplicht verzekerde extra-murale zorg zou kunnen hebben, heeft de overheid de subsidiëring van diverse functies van eerstelijnszorg grotendeels gehandhaafd, ondermeer omdat korten op gesubsidieerde voorzieningen makkelijker is dan op premie-gefinancierde. De opneming van de nog resterende eerstelijnsvoorzieningen in het wettelijk ziektekostenstelsel is bij herhaling afgeketst op een gebrek aan de daarvoor benodigde financiële middelen, dit in tegenstelling tot de ziekenhuissector, waar de financiën voor nieuwe ontwikkelingen vrij automatisch ter beschikking kwamen. Subsidiëring was en blijft derhalve een belangrijk instrument voor de financiering van de eerstelijnszorg. Het daarbij jarenlang gehanteerde systeem van koppelsubsidiëring door rijk en gemeente gaf problemen in die zin, dat het voor de instellingen onduidelijk was aan wie verantwoording af te leggen en dat het aan onderlinge afstemming tussen de beide overheden (subsidiegevers) nog wel eens ontbrak.

Zowel de WTG als het experimentele systeem van cliëntgebonden budgettering bieden voor de beheersbaarheid van de kosten in de eerstelijnszorg een zekere garantie, al is een aanzuigende werking daarvan op mantelzorg, tot nu toe gratis, niet uit te sluiten. Wil men de door verkorte opnames in de intra-murale sector vrijgekomen financiële middelen uit intra-murale budgetten inzetten voor de eerstelijnszorg (substitutie), dan dient men zich wel te realiseren dat premiegelden alleen kunnen worden aangewend ter financiering van voorzieningen, waarvoor ze zijn geheven. Om die reden werd bijvoorbeeld een overheveling van gelden van de gezondheids- naar de maatschappelijke zorgsector, de 'financiële schuif', onwettig geacht.

Terwijl het merendeel der patiënten sinds 1967 een *aanspraak* heeft op intra-murale zorg, heeft de patiënt nog steeds geen in rechte afdwingbare aanspraak op integrale, alle functies omvattende, eerstelijnszorg. Dit belemmert de gelijke toegankelijkheid tot thuiszorg van ziekenfondspatiënten in vergelijking met particuliere en aanvullend verzekerden. Het in de toekomst mogelijkerwijze vaststellen van de hoogte van eigen bijdragen voor thuiszorg door Gedeputeerde Staten (WBO) kan eveneens de gelijke toegankelijkheid van de thuiszorg in gevaar brengen, aangezien dit variatie in beleid per provincie mogelijk maakt.

De ervaringen bij gezondheidscentra hebben geleerd dat dubbele opdrachtgeving een belemmering vormt voor een slagvaardige eerstelijnszorg. Daarom is in Almere gekozen voor éénzelfde dienstverband. De in deze gemeente gehanteerde wijkmatige opzet voor de eerstelijnszorg beperkt weliswaar de keuzevrijheid van de patiënt, maar verkort anderzijds de communicatielijnen, waardoor minder tijd aan overleg besteed hoeft te worden. Een percentage van 70-85% van de werktijd voor directe hulpverlening wordt over het algemeen als een minimum gezien.

Om de nodige *bereikbaarheid en beschikbaarheid* (en kwaliteit) te waarborgen is in Almere het maximum-aantal inwoners per hulpverlener vastgesteld. Het hanteren van wachtlijsten wordt door de LVG afgekeurd, omdat de zorg direct toeganke-

lijk dient te zijn. Daarvoor is eveneens een 7x24-uurs beschikbaarheid noodzakelijk. Dat dit niet gerealiseerd is, vormt overigens een belangrijke reden in aanvullende thuiszorg te voorzien. De rol, die de gemeente voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg vanaf het begin van deze eeuw (Armenwet) heeft vervuld, lijkt met het niet doorgaan van de structuurwetgeving uitgespeeld. De voor de bereikbaarheid en onderlinge afstemming van de eerstelijnsvoorzieningen ontworpen WVG, (KSW) en WVGM hebben deze functie niet kunnen waarmaken, omdat het instrumentarium te ingewikkeld bleek en de regelgeving maatschappelijk niet werd geaccepteerd.

Terwijl de eerstelijnszorg direct toegankelijk moet zijn voor de patiënt, heeft deze voor hulp van de tweedelijnszorg een verwijzing nodig, die tevens een indicatiestelling bevat. Tweedelijnszorg komt eerst in aanmerking wanneer de gevraagde zorg niet meer door de eerste lijn verstrekt kan worden. Dit staat niet zozeer ter beoordeling van de verzekerde, alswel van de verwijzende hulpverlener (en ter toetsing van de verzekeraar). Het hanteren van vanuit de aanbodzijde via zelfordening ontwikkelde, in regelgeving ondersteunde en soms daarin overgenomen, indicatiesystemen vraagt in het belang van verzekerde om onafhankelijke, rechterlijke toetsing, iets wat vooralsnog alleen voor de huisarts en de wijkverpleging gewaarborgd is.

6 Samenvattende conclusie

Samenvattend is regelgeving ten aanzien van de eerstelijnszorg als entiteit tot op heden op geen enkel onderdeel van de verantwoordelijkheid van de overheid op grond van artikel 22 van de Grondwet gerealiseerd. Op kwaliteit en strukturering van de gehele eerstelijnszorg (instellingen en individuele aanbieders) gerichte (WVG/M-)regelgeving is om reden van onvoldoende maatschappelijke acceptatie niet totstandgekomen. Het palet van regelgeving is rijk geschakeerd, zonder integrale benadering van de regelgevende taak. Het toekennen van bevoegdheden aan gemeenten, van oudsher bij de planning en financiering van de eerstelijnszorg het meest betrokken, zet zich alleen nog voort met betrekking tot het algemeen maatschappelijk werk.

Zelfordening heeft weliswaar enige lacunes ingevuld, maar ook in dat opzicht ontbreekt het nog aan een integrale benadering.

De via zelfordening tot stand gekomen klachtmogelijkheden voor de patiënt kennen nog de nodige bezwaren. Wel is thans een wettelijke regeling in het vooruitzicht gesteld (Deel III).

Het feit dat regelgeving voor de regulering van onderdelen van de positie van de patiënt afgaat op hetgeen aanbieders realiseren heeft de patiënt relatief in het nadeel gesteld. Indicatiestelling en toewijzing van zorg vinden immers mede daardoor eerder aanbod- dan patiëntgericht plaats en functioneren niet eenduidig. Indirecte normstelling ten aanzien van de positie van de patiënt (klachten- en privacyregelingen) verkreeg soms pas na jaren inhoud en patiënten ontvangen onvoldoende informatie op dit punt. De rechtsbescherming is niet uniform en op onderdelen lacunair. De mogelijkheid om eerstelijnszorg in rechte af te dwingen is slechts ten dele via wetgeving vormgegeven (wettelijk geregelde aanspraken), wat tot ongelijkheid in toegangsmogelijkheden kan leiden (thuiszorg).

Hoofdstuk 2

De huisarts

1 Voorgeschiedenis

Ook in de periode voor 1798 was de toegang tot en de uitoefening van de (huisarts)geneeskunde aan bepaalde, externe en interne, regels gebonden.[1] Deze zijn dan nog niet afkomstig van de nationale overheid, maar van steden en gildes, die op de organisatie van het maatschappelijk leven in Nederland een belangrijke stempel drukken. Zo heeft iedere stad naast de Collegia Medica, Chirurgica en Pharmaceutica, waarbij universitaire artsen zijn aangesloten, haar gildes van chirurgijns, heelmeesters en vroedmeesters. De 'geneeskundige' gildes kenden elk hun eigen bepalingen omtrent de toelating tot en de uitoefening van de verschillende vormen van geneeskunde. De bevoegdheid tot de uitoefening van het beroep bleef beperkt tot de stad waar de arts woonde. Alleen een aan de universiteit opgeleide arts mocht in het hele land praktiseren.[2]

Het gildewezen bracht eveneens een eerste ordening aan in de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige zorg.[3] Reeds in de middeleeuwen kende men de 'bosse', een steunfonds voor behoeftige gildebroeders. In de achttiende eeuw werden in meerdere plaatsen 'knechtbossen' opgericht waarbij ook niet-gildegenoten zich konden aansluiten en die hun leden naast een uitkering tevens geneeskundige hulp verstrekten.

Meerdere plaatsen hadden een tekort aan artsen, zoals Leiden, waar de gemeente in 1481 een stadsdokter tot vestiging aldaar trachtte over te halen door hem accijnsvrijheid te bieden voor enkele vaten bier.[4] Ook aan het begin van de negentiende eeuw was het platteland nog slecht bedeeld met geneeskundige hulp.[5]

1 H. Festen, Honderd jaar wetten betreffende de uitoefening der geneeskunst, Medisch Contact, 1965, p. 413-431.
2 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, van Gorcum comp. Assen, 1954, p. 13.
3 Zie hierover uitgebreider L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, ontwikkelingen en perspectieven, Geschriften van de Prof. Mr. B.M. Telderstichting, nr. 10, Martinus Nijhoff, 's Gravenhage 1963, p. 1-18.
4 C. Ligtenberg, De Armenzorg te Leiden tot het eind van de 16e eeuw, Martinus Nijhoff, 's Gravenhage 1908, p. 293.
5 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, op. cit. p. 14.

2 Kwaliteit

2.1 Periode tot en met 1974

2.1.1 Ontwikkeling regelgeving

Een eerste vorm van nationale wetgeving voor de kwaliteit van de geneeskunde waren de Verordeningen van 1804, waarin de toegang tot en de uitoefening van het artsenberoep aan van overheidswege vastgesteld toezicht werden onderworpen. De Verordeningen zijn in de periode van 1810 tot 1813 buiten werking gesteld. Toen was in Nederland Franse wetgeving van toepassing op basis waarvan niemand het artsenberoep kon uitoefenen dan na geëxamineerd en aangenomen te zijn volgens de Franse voorschriften. Ingevolge deze wetgeving ontvingen artsen onderwijs in geneeskundige scholen gedurende vier jaar. Daarnaast waren er 'officieren van gezondheid', die een diploma ontvingen na een opleiding van zes jaar bij een (huis)-arts, gevolgd door het afleggen van een examen ten overstaan van een departementale geneeskundige jury. De officieren werden vooral opgeleid om op het platteland de armen te genezen.[6]

Na de Franse tijd traden de Verordeningen van 1804 opnieuw in werking tot 1818. Toen werden zij - qua strekking vrijwel ongewijzigd - samengevoegd tot één Wet ter regeling van hetgeen betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der Geneeskunsde (Stb. 16, 1818), nader uitgewerkt in het bijbehorende Besluit houdende een reglement betrekkelijk het geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt (Stb. 25, 1818). Deze wetgeving had als oogmerk 'de heilzame invloed van de geneeskunde op het leven en de gezondheid Onzer onderdanen te bevorderen, zoveel mogelijk over alle de gedeeltes van Ons Rijk en op ene gelijkmatige wijze'.

De kwaliteit van de uitoefening van de (verschillende takken der) geneeskunst werd gewaarborgd door het toezicht op de toegang tot en de uitoefening van de geneeskunde in handen te stellen van Provinciale Commissies, waarvan de leden werden gekozen uit de 'kundigste en ervarendste medicinae doctores, heel- en vroedmeesters en apothekers'[7] van de provincie. Zij werden benoemd door de Koning.

Alvorens een arts tot de beroepsuitoefening toe te laten onderzocht de Provinciale Commissie diens bekwaamheid of bevoegdheid. De Commissie gaf vervolgens een getuigschrift af waarin stond aangegeven in welke tak van geneeskunst de bekwaamheid was behaald en of deze voor de stad gold of voor het platteland. In het laatste geval moest namelijk aan extra eisen zijn voldaan, zoals het bezit van kennis op het gebied van interne ziekten, van EHBO en van de 'artsenijmengkunde'. Mocht de arts in een andere provincie willen gaan praktiseren dan moest hij opnieuw examen afleggen bij de desbetreffende Provinciale Commissie. Dit

6 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, op.cit. p. 35-36.
7 Zie artikel 1 Reglement, Stb. 25, 1818.

gold niet voor de universitair opgeleide 'medicinae doctores'. Deze bleven bevoegd om overal in Nederland hun beroep uit te oefenen. Wel moest hun getuigschrift worden geviseerd door de Commissie van de provincie waar zij zich wilden vestigen. Hoewel het hen in beginsel niet was toegestaan om meerdere takken der geneeskunst tegelijk uit te oefenen, werd voor het platteland een uitzondering gemaakt. Daar mochten de medicinae doctores hun patiënten ook medicijnen leveren en de verloskunde uitoefenen, mits zij in het bezit waren van de titel 'artis obstretica'. De huidige bevoegdheid van de huisarts om - onder bepaalde voorwaarden - medicijnen te leveren en bevallingen te doen heeft dus haar juridische grondslag in de regeling van 1818.

Naast kwaliteitsbewakende hadden de Commissies ook kwaliteitshandhavende bevoegdheden. Zij konden artsen die 'grove misslagen' hadden begaan voor zich ontbieden, de zaak onderzoeken en de beschuldigde zo nodig 'corrigeren'. Men zou hierin een eerste vorm van tuchtrecht kunnen zien.

In grote steden waar meer dan vier universitair opgeleide 'doctores' werkzaam waren werden de hiervoor genoemde bevoegdheden uitgeoefend door Plaatselijke Commissies, die voor niet-universitair opgeleide artsen verordeningen uitvaardigen in de 'volkstaal'. Zij hadden bovendien een taak bij de bestrijding van besmettelijke ziektes en moesten, wanneer deze werden gesignaleerd, een bestrijdingsplan voorleggen aan de burgemeester(s) van de getroffen gemeente(s). De Plaatselijke Commissies behielden tot in deze eeuw hun adviserende taak in plaatsen met meer dan 18.000 inwoners en behandelden vanaf 1901 ook klachten van de bevolking, zij het met name op hygiënisch gebied (Stb. 157, 1901, artikel 27). In 1933 werden zij opgeheven vanwege de economische malaise en hun lage 'rendement'.[8]

De Wetgeving van 1818 bleek niet effectief. Zij wordt gekwalificeerd als een 'machteloos papieren bestel'[9] en de Provinciale Commissies verzandden in 'coterietjes'.[10] Hoewel het aantal artsen sterk toenam stonden deze niet in hoog aanzien. Om arts te kunnen worden moest men voornamelijk kunnen lezen en schrijven, zo constateert Festen.[11] Teneinde deze negatieve ontwikkelingen een halt toe te roepen kwam in 1865 onder Thorbecke op aandringen van de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) nieuwe wetgeving tot stand. Het betreft de Wet regelende de voorwaarden ter verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige (Stb. 59, 1865) en de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (WUG, Stb. 60, 1865). Ingevolge deze wetgeving wordt de bevoegdheid tot de uitoefening der geneeskunst voorbehouden aan universitair opgeleide artsen. Het toezicht op de naleving van de wettelijke regels komt in handen van een onafhankelijke Geneeskundige Inspectie (Stb. 58, 1865), een situatie

8 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, op. cit. p. 173.
9 C. Lietaert Peerbolte, Volksgezondheid, Hoofdstuk XIV, Nederlandsch Bestuursrecht, Samson, Alphen a.d. Rijn, 1932, p. 722.
10 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, op. cit. p. 49.
11 H. Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, KNMG, Utrecht 1974, p. 48.

die in de Gezondheidswet van 1956 (Stb. 51) wordt bestendigd. Het toezicht op eventuele bevoegdheidsovertredingen bleek later in de praktijk overigens een moeilijke zaak.[12]

De bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf werd in 1865 eerst aan de artsen overgelaten. De NMG stelde in 1903 een eigen, intern, tuchtrecht in voor de bij haar aangesloten leden. Omdat de overheid het echter ook als een eigen verantwoordelijkheid zag om het vertrouwen te waarborgen dat patiënten in de medische stand als zodanig moeten kunnen hebben werd naast het interne tuchtrecht in 1928 ook een wettelijk tuchtrecht van kracht (Medische Tuchtwet, Stb. 222).[13]

2.1.2 Toegang tot de beroepsuitoefening

Met ingang van 1865 werd een universitaire opleiding voorwaarde voor toegang tot het (huis)artsenberoep. De arts diende met succes het arts-examen te hebben afgelegd, dat door een Rijkscommissie werd afgenomen (Stb. 59, 1865). Deze hogere opleidingseisen hebben aanvankelijk tot een grote teruggang van het aantal huisartsen geleid (zie ook paragraaf 3.1).[14]

Een universitair opgeleide arts is in principe bevoegd tot de uitoefening van de geneeskunde 'in haar volle omvang', waaronder de huisartsgeneeskunde. Aan deze algemene bevoegdheid heeft de (K)NMG beperkingen aangebracht door te eisen dat voor het uitoefenen van bepaalde takken der geneeskunde de arts ingeschreven dient te staan in het desbetreffende register. Registratie vindt plaats in het kader van zelfordening door de (K)NMG, onder (repressief) toezicht van de overheid.[15] Terwijl met de specialistenregistratie al in 1931[16] een aanvang was gemaakt is het huisartsenregister eerst in 1973 ingesteld, nadat de eerste één-jarige huisartsenopleidingen van start waren gegaan. Van overheidszijde was de verwachting dat aldus de positie van de huisarts ten opzichte van 'andere' specialisten zou worden versterkt.[17]

Uit de registratie blijkt de bekwaamheid van de arts op het desbetreffende gebied van de geneeskunde.[18] Hoewel dus iedere afgestudeerde arts bevoegd is om het huisartsenberoep uit te oefenen, is hij daartoe eerst bekwaam wanneer hij de huisartsenopleiding heeft gevolgd, hetgeen blijkt uit inschrijving in het huisartsenre-

12 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1919-1920, Bijlage 219, 2-3, p. 3. Ook uit de op basis van artikel 436 WvSr gevoerde jurisprudentie komt dit beeld naar voren.

13 Aldus de Memorie van Toelichting bij het voorstel voor een Medische Tuchtwet, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1924-1925, bijlage 230, nr. 3.

14 Het aantal inwoners per arts liep op van 1256 in 1849 tot 2429 in 1892. Het heeft geduurd tot 1938 voordat het artsenbestand weer hetzelfde was als in 1850, aldus Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, op. cit. p. 48.

15 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk Gezondheidsrecht, op. cit. p. 64-65.

16 KNMG, Medische Ethiek en gedragsleer, Utrecht, 1959, p. 67.

17 Struktuurnota, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2, p. 13.

18 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk Gezondheidsrecht, op. cit. p. 62.

gister. Terwijl het voor de oorlog in veel kleinere plaatsen voorkwam dat de huisarts tevens ('half'-)specialist was, bijvoorbeeld kinderarts,[19] is met de invoering van het huisartsenregister gelijktijdige inschrijving als huisarts én als specialist uitgesloten.[20] Sinds 1973 is inschrijving in het huisartsenregister een voorwaarde om in het kader van de Ziekenfondswet met het oog op het verlenen van huisartsenhulp aan Ziekenfondsverzekerden een medewerkersovereenkomst met een ziekenfonds te kunnen sluiten (Stb. 428 en 489, 1973, zie paragraaf 4.1). Hiermee werd voor het eerst aan de garantie voor kwaliteit van huisartsenhulp in een combinatie van wetgeving en zelfordening gestalte gegeven.

2.1.3 Beroepsuitoefening

De Medische Tuchtwet van 1928 ziet toe op de kwaliteit van de beroepsuitoefening van onder andere de (huis-)arts. Dit vindt plaats door medische tuchtcolleges die naar aanleiding van een klacht van een patiënt of van de Geneeskundige Inspecteur het handelen van de huisarts toetsen aan de wettelijke normen. Indien de huisarts vertrouwensondermijnend heeft gehandeld, nalatig is geweest waardoor de patiënt ernstige schade heeft geleden of van grove onkunde in de beroepsuitoefening blijk heeft gegeven, kan hem een maatregel worden opgelegd. Dit is overigens ook mogelijk wanneer de huisarts door andere oorzaken, zoals ouderdom of verslaving, ongeschikt is geworden zijn beroep uit te oefenen. Als maatregelen komen in aanmerking een waarschuwing, een berisping, een geldboete of een schorsing, eventueel een ontzetting, uit de beroepsuitoefening. Van een hem opgelegde maatregel kan de huisarts in hoger beroep gaan bij het Centrale Tuchtcollege of, indien het om een geldboete, een schorsing of een ontzetting gaat, bij één van de Gerechtshoven met de mogelijkheid van cassatie.

Blijft een uit de beroepsuitoefening geschorste of ontzette huisarts toch praktiseren, dan is hij strafbaar (artikel 195 WvSr). Een strafrechtelijke vervolging hoeft overigens een tuchtrechtelijke vervolging niet uit te sluiten (en omgekeerd) omdat het ne bis in idem beginsel hier niet opgaat.[21]

Uit jurisprudentie blijkt dat van de huisarts verwacht mag worden dat deze voldoet aan de normale eisen van bekwaamheid, voorzichtigheid en zorgvuldigheid. In de vooroorlogse periode werd daarbij een onderscheid gemaakt naar de plaats waar de arts zijn praktijk uitoefende. Zo beantwoordde de rechter in 1936 de vraag of sprake was van wanprestatie mede aan de hand van de beoordeling of door de huisarts wel die zorg was betracht 'welke volgens normale eischen mag worden verlangd van een geneesheer ten plattelande'.[22] In latere jurisprudentie wordt

19 NMG, Medische ethiek, Amsterdam, 1936, p. 36.
20 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk gezondheidsrecht, op. cit. p. 65.
21 Hoge Raad, 5-6-1964, NJ 1965, nr. 62.
22 Aldus zowel de Rechtbank van Breda als in hoger beroep het Hof 's Hertogenbosch, NJ 1936, resp. de nrs. 499 en 819.

de beoordeling van de bekwaamheid van de huisarts eerder afgemeten aan de vigerende medisch-wetenschappelijke opvattingen.[23]

Naast het wettelijk tuchtrecht heeft de (K)NMG haar eigen, interne, tuchtrecht gehandhaafd voor de bij haar aangesloten (huis-)artsen. Hierbij staat niet zozeer de bescherming van maatschappij en patiënt voorop maar gaat het met name om de vraag of de huisarts heeft gehandeld zoals van een goede collega-arts verwacht mag worden, in overeenstemming met de door de KNMG opgestelde gedragsregels.[24] De interne tuchtprocedure begint met een klacht van een patiënt (tot 1988) of van een collega. Heeft een eerste bemiddelingspoging van de afdelingsraad der KNMG geen succes dan wordt de klacht door diezelfde raad behandeld, waarvan beroep mogelijk is op de Raad van Beroep. De beperking van dit interne tuchtrecht is daarin gelegen dat mogelijke sancties niet verder kunnen gaan dan een schorsing of ontzetting uit het lidmaatschap van de KNMG en daardoor nog geen consequenties hoeven te hebben voor de uitoefening van het huisartsenberoep als zodanig.

2.1.4 Waarneming en delegatie

Indien de huisarts een waarnemer inschakelt is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de waarneming. Een waarnemer moet goed over de patiënten geïnformeerd zijn en extra zorgvuldigheid in acht nemen omdat hij deze meestal niet kent. Bij een te groot aantal patiënten kan de waarneming in de knel raken.[25] Dat de kwaliteit van de waarneming regelmatig aan de tuchtrechter ter beoordeling werd voorgelegd kan samenhangen met het feit dat deze veelal in handen was van net afgestudeerde artsen, omdat het lange tijd gebruikelijk was dat deze eerst 'wat praktische ervaring opdeden' als waarnemer in een huisartsenpraktijk alvorens een definitieve keuze te maken voor de uiteindelijke specialisatie.[26]

Het delegeren van medische handelingen aan een niet-medicus, zoals een (wijk)verpleegkundige, is in principe niet mogelijk omdat verpleegkundigen onbevoegd zijn deze handelingen te verrichten (artikel 1 WUG) en strafbaar zijn wanneer zij dat wel doen (artikel 436 WvSr). Daar wijkverpleegkundigen op grond van hun opleiding voor sommige van deze handelingen wel de nodige vaardigheden bezitten, vindt in de praktijk toch delegatie plaats. Aan deze discongruentie tussen wet en praktijk is de rechtspraak tegemoetgekomen door delegatie onder bepaalde voorwaarden mogelijk te maken, waarbij de verpleegkundige wordt gezien als 'verleng-

23 J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, Kluwer, Deventer, 1984, p. 31.
24 Zie achtereenvolgens de uitgaven der (K)NMG over Medische ethiek (1936) en Medische ethiek en gedragsleer (1959) en de latere Gedragsregels voor artsen (1978).
25 J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, op. cit. p. 50-57.
26 KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, 1959, p. 88.

stuk' van de bevoegde arts.[27]

2.1.5 Verwijzing

De voorwaarden waaronder verwijzing naar en samenwerking met de specialist plaats zou moeten vinden zijn grotendeels neergelegd in de eerder genoemde gedragsregels van de KNMG. De overname van sommige hiervan in tuchtrechtelijke uitspraken geeft hen ook externe werking.[28] Dit betreft bijvoorbeeld de voorwaarde dat de specialist de patiënt in principe niet buiten medeweten van diens huisarts behandelt en dat hij de huisarts uit eigen beweging over de behandeling informeert. De huisarts moet van zijn kant de deskundigheid van de specialist respecteren en mag de door een specialist voorgeschreven geneesmiddelen niet buiten diens instemming vervangen, ook niet door medicijnen uit zijn eigen huisartsen-apotheek.[29]

In de periode vlak na de oorlog steeg het aantal verwijzingen van de huisarts naar de specialist sterk. Dit was niet zozeer het gevolg van de toename van het medisch-specialistische kunnen alswel van de sterk gerezen vraag naar medische zorg vanuit de oudere bevolking. De huisartsen trachtten deze toename op te vangen door de gemiddelde consulttijd terug te brengen naar 2 à 5 minuten per patiënt. Toen bleek, dat ook daarmee de vraag onvoldoende kon worden beantwoord ontstond echter de neiging ook patiënten door te verwijzen die de huisarts in principe zelf had kunnen behandelen, een situatie die voor de patiënt zelf medisch gezien ongewenst is.[30] Deze ontwikkeling wordt overigens versterkt door de wijze waarop de honorering van huisartsen en van specialisten plaatsvindt (zie paragraaf 4.1). In de periode tussen 1966 en 1974 daalde het aantal verwijzingen weer.[31] Als mogelijke oorzaak hiervoor kan een lagere werkdruk worden aangewezen die weer het gevolg was van een verkleining van de omvang van de gemiddelde huisartsenpraktijk (zie paragraaf 3). Het was derhalve niet uitsluitend om reden van bekwaamheid dat de huisarts zijn patiënten naar een specialist verwees.

27 Zie hiervoor het arrest van de Hoge Raad van 4-11-1952 (NJ 1953, 149) waarin wordt gesteld dat niet-bevoegden, zoals verpleegkundigen, slechts tot manipulaties mogen overgaan in opdracht van en 'dus als uitsluitend verlengstuk van' de wel bevoegde (arts). Hierin ligt de oorsprong van de 'verlengde-arm' constructie, waarover meer in paragraaf 2.2.

28 J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, op. cit. p. 130 en 149 en NMG 'Medische ethiek', op. cit. p. 29-31.

29 Medisch Tuchtcollege Amsterdam 16-11-1970, NJ 1971, nr. 177.

30 L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, op. cit. p. 28.

31 Dit kan worden afgeleid uit de gegevens van de Nota Volksgezondheid van 1966, die op pagina 111 concludeert dat in dat jaar 57% van alle patiënten door de huisarts zelf worden behandeld en het sociaal cultureel rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau over 1974 dat stelt, dat in dat jaar de huisarts 20% van zijn patiënten naar de specialist verwijst.

2.2.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

De voor de toegang tot de beroepsuitoefening benodigde registratie als huisarts vindt, zoals gezien, plaats na het voltooien van de huisartsenopleiding. De opleiding werd in 1988 tot twee jaar verlengd, ondermeer ten gevolge van de aanpassing van de Nederlandse regelgeving aan de vereisten van wetgeving op het niveau van de Europese Gemeenschap. Bij de totstandkoming van deze communautaire wetgeving heeft een rol gespeeld een procedure die een in België opgeleide Nederlandse arts (van Broekmeulen) had aangespannen tegen de Huisarts Registratie Commissie (HRC). De HRC weigerde namelijk deze arts als huisarts in te schrijven omdat hij niet de Nederlandse huisartsen-opleiding had gevolgd. Op dat moment bevatte het EEG-recht wel eisen voor de artsen- en specialisten-opleidingen, doch niet specifiek voor de huisartsen-opleiding. Daarom oordeelde het Hof van Justitie der EG het in strijd met het vrije personenverkeer om aan een arts die in een andere lidstaat was opgeleid en daar met die opleiding het huisartsenberoep mocht uitoefenen, extra-opleidingseisen te stellen.[32] Deze procedure, de centrale plaats van de huisarts in het stelsel van gezondheidszorg, evenals het gegeven dat men ook in de andere Europese landen toe was aan een herwaardering van het huisartsenberoep en aan een eenduidige functie-omschrijving daarvan[33] leiden in 1986 tot het totstandkomen van een EG-richtlijn voor huisartsen (Rl 86/457, Pb. L 267, 1986). De Richtlijn kent als voorwaarde voor een praktiserend huisarts een full-time huisartsen-opleiding van twee jaar met een stage van een half jaar in een huisartsenpraktijk of een daarmee vergelijkbare opleiding.[34] Vanaf 1995 zijn de lidstaten der EG verplicht om de uitoefening van werkzaamheden van de arts als huisarts in het kader van het sociale zekerheidsstelsel afhankelijk te stellen van de voltooiing van de in de Richtlijn vereiste opleiding. Dit kan relevant zijn in verband met de in het kader van de stelselwijziging voorgenomen functionele omschrijving van huisartsenhulp (zie Deel III). Ook de polissen van particuliere ziektekostenverzekeringen in Nederland bevatten voor verzekerden de voorwaarde dat zij zich wenden tot een in het huisartsenregister ingeschreven huisarts.

32 Van Broekmeulen tegen de Huisarts Registratie Commissie, zaak 246/80, Jurisprudentie der EG, 1981, p. 2311. In dezelfde zaak constateert het Hof dat, nu naar Nederlands recht de registratie is overgelaten aan de KNMG, die hiervoor een eigen beroepsprocedure bij de HRC kent, de HRC gezien kan worden als een rechtelijke instantie, die gerechtigd is om over de uitleg van het communautaire recht een vraag voor te leggen aan het Europese Hof der EG. Zie hiervoor A.C. Oosterman-Meulenbeld, The quality of professional health care practice in the European Community, some aspects of the interrelationschip between Community law, national law and self regulation, Congres Health Care in Europe after 1992, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 18 oktober 1989.

33 H.J.J. Leenen, G. Pinet en A.V. Prims, Trends in health legislation in Europe, Masson, Paris, New York 1986, p. 69.

34 De stage mag overigens ook tijdens de basisopleiding zijn gelopen. In 1987 hadden 17 van de 446 in dat jaar geregistreerde huisartsen hun opleiding in een andere lidstaat genoten, aldus KNMG officieel in Medisch Contact, 1988, nr. 46, p. 1438.

Gezien het minimum-karakter van de richtlijn kunnen de daarin geformuleerde eisen overigens niet in de weg staan aan een langere opleiding voor huisartsen uit eigen land.[35] De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)[36] staat een dergelijke verlenging voor teneinde de (toekomstige) huisarts in staat te stellen om de uitvoering van het LHV-basistakenpakket (zie paragraaf 4.2) in voldoende mate te beheersen en beter in de pas te lopen met de eisen van de Europese Huisartsenorganisatie (UEMO) en hetgeen elders in de EG reeds is gerealiseerd.[37]

Met de inwerkingtreding van de toekomstige Wet BIG[38] zal de bestaande bevoegdheidsbescherming van de arts vervangen worden door een systeem van titelbescherming. Om tot de geneeskundige beroepsuitoefening te worden toegelaten en de titel arts te mogen voeren is registratie in een door de minister beheerd register een constitutief vereiste. De Wet BIG opent de mogelijkheid voor de minister om de titel huisarts als wettelijk erkende titel aan te merken (artikel 13, lid 1 BIG).

Opleiding en registratie als huisarts blijven voorwerp van privaatrechtelijke regeling door de KNMG.[39] Deze regeling mag overigens geen aansluitingsplicht bij de vereniging (KNMG/LHV) bevatten (artikel 13, lid 2b BIG), anders zou sprake zijn van verenigingsdwang. Voor de uitvoering van de opleiding is sinds 1 januari 1990 de Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH) verantwoordelijk. De opleiding wordt gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad op basis van de WFZ (art. 39 lid 3h, Stb. 129, 1989 en Stcrt. 35, 1990).[40]

35 A.C Oosterman-Meulenbeld, The quality of professional health care practice in the European Community, op. cit. Van een 'veto' van de overheid op een langere huisartsen-opleiding dat zich zou baseren op de EG-richtlijn (zie Medisch Contact 1988, nr. 46, p. 1437) kan dus geen sprake zijn. Eind 1991 betoont ook de overheid zich overigens voorstander van een driejarige huisartsen-opleiding.

36 De LHV is sinds 1946 een ondervereniging van de KNMG.

37 Italië en Luxemburg kennen nog geen specifieke huisartsenopleiding, en alleen in Nederland, België en Frankrijk duurt deze twee jaar. De overige (7) lidstaten kennen alle een opleiding van minimaal drie jaar. Special bij De huisarts, nr. 4 , april 1991. Zie ook M.C. Pollemans, G. van Geldrop en L.H.C. Tan , Naar Kwaliteitsbewaking van de beroepsopleiding tot huisarts, Medisch Contact, 1988, nr. 46, p. 1429-1430 en LHV, De positie van de huisarts in de toekomst, 1987.

38 Wetsvoorstel op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 522, nrs. 1-3. Gewijzigd voorstel van wet, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, nr. 22.

39 Ingevolge deze regeling stelt het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG) de eindtermen van de beroepsopleiding vast en vindt de vormgeving van opleiding en registratie plaats onder toezicht van de Huisarts en Verpleeghuisarts-registratiecommissie (HVRC).

40 Ziekenfondsraad, Advies financiering beroepsopleiding huisartsen, nr. 464, 1989 en Stcrt. 35, 1990. Deze subsidiëring is tijdelijk tot een structurele oplossing is gevonden met de overgang van huisartsenhulp naar AWBZ-financiering.

2.2.2 Beroepsuitoefening

Voor een kwalitatief verantwoorde uitoefening van het huisartsenberoep biedt de opleiding alléén onvoldoende garantie, aldus Grol.[41] Het is tevens noodzakelijk dat huisartsen onderling hun daadwerkelijke beroepsuitoefening toetsen aan de normen waaraan het medisch handelen en de organisatie van de huisartsenpraktijk moeten voldoen. Leenen spreekt in dit verband van de 'professionele standaard': van de huisarts mag worden verwacht dat hij handelt als een gemiddeld bekwaam huisarts in gelijke omstandigheden zou doen met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel (= de medisch professionele standaard) en waarbij wordt voldaan aan de normen welke voortvloeien uit de rechten van de patiënt en de maatschappelijke functie die de gezondheidszorg als zodanig heeft.[42]

De invulling van de medisch-professionele standaard vindt vooral plaats binnen de huisartsen-beroepsgroep. Daar wordt gewerkt aan een wetenschappelijk gefundeerd stelsel van kwaliteitsnormen gebaseerd op onderzoek, consensus, standaarden en protocollen.[43] Het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) heeft inmiddels meerdere standaarden op het gebied van de huisartsgeneeskunde ontwikkeld en gepubliceerd.[44] Deze standaarden bevatten een aantal criteria en richtlijnen die het mogelijk maken om bij de huidige stand der wetenschap de best mogelijke medische eerstelijnszorg te formuleren.[45] Tegen het standaardiseren van de huisartsgeneeskunde wordt wel als bezwaar aangevoerd dat huisartsgeneeskunde een te dynamisch karakter zou hebben om het handelen in schema's vast te leggen[46] en dat standaardisering van zorg de keuzevrijheid van de patiënt zou kunnen beperken.[47] Standaard van zorg mag echter niet leiden tot 'standaardzorg'. Meerdere, wetenschappelijk verantwoorde, behandelingsmethoden kunnen tot het beoogde doel leiden.[48] De mening van de patiënt kan daarbij een relevante indicator zijn. Mits met de nodige flexibiliteit en variatie-breedte gehanteerd hebben standaarden van zorg het voordeel dat het instrumenten zijn om de kwaliteit van het handelen van de huisarts te kunnen meten.[49]

41 R.P.Th.M. Grol, Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde, proefschrift, Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1987, p. 212-220.

42 H.J.J. Leenen, Handboek Gezondheidssrecht deel II, Gezondheidszorg en recht, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1991, p. 27.

43 Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, Rijswijk, 1988.

44 Zoals de standaarden Orale anticonceptie (1988); Verwijsbrief naar de tweede lijn (1988); Diabetes mellitus type II (1988) en Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts' (1989).

45 Nederlands Huisartsgenootschap, Naar criteria voor kwaliteit, standaardenbeleid NHG, Utrecht, 1987.

46 D.K. Wandorf, C.J.M. Pouls en J.A. Knottnerus, Medische besliskunde in Nederland, Medisch Contact, nr. 39, 1988, p. 1175-1178.

47 F.C.B. van Wijmen, Recht op kwaliteit, inaugurale rede, 7-10-1983, Kluwer, Deventer, p. 18.

48 H.J.J. Leenen, Standaard van zorg en vrijheid van keuze, in E. van de Wet, Standaardzorg en keuzevrijheid, de Tijdstroom, Lochem, 1983, p. 40-47.

49 NHG, Naar criteria voor kwaliteit, op. cit.

Ingevolge de huidige interne KNMG-regeling vervalt de registratie van een huisarts wanneer deze gedurende vijf jaar niet als zodanig werkzaam is geweest.[50] De LHV, waarbij bijna 90% van de huisartsen is aangesloten[51] heeft - in samenwerking met het NHG - een systeem van verplichte deskundigheidsbevordering ontwikkeld.[52] Huisartsen zullen een toets moeten afleggen, eventueel gekoppeld aan geaccrediteerde nascholingsactiviteiten. Wanneer een deelnemende huisarts daar bijvoorbeeld een voldoende score behaalt, ontvangt hij een deelcertificaat, dat vrijstelling geeft voor (een bepaalde onderdeel van) de selectieve toetsing ten behoeve van vijf-jaarlijkse herregistratie als huisarts.[53]

Ook het op korte termijn in te trekken Vestigingsbesluit voor huisartsen op grond van de WVG (zie paragraaf 3.2) bevat een kwaliteitseis, namelijk dat de huisarts een minimum-praktijkomvang heeft van 800 patiënten. Deze voorwaarde beoogt de huisarts in aanraking te laten komen met een voldoende gevarieerd aantal ziektebeelden om de nodige vaardigheden te behouden.

Dat kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening van de huisarts noodzakelijk is blijkt alleen al uit de zaken die aan de tuchtrechter ter beoordeling worden voorgelegd. De uitspraken over het medisch-technisch handelen van de huisarts geven de indruk dat de tuchtrechter steeds minder clementie heeft met een gebrek aan (na)scholing. Zo vond het Centraal Medisch Tuchtcollege in 1979 nog dat een huisarts geen verwijt kon worden gemaakt wanneer hij de (duidelijk aanwezige en niet moeilijk te onderkennen) symptomen van tuberculose niet als zodanig had herkend omdat deze aandoening zich zelden voordeed en een pas opgeleide arts nauwelijks met dit ziektebeeld in aanraking kon zijn geweest.[54] Ook het feit dat een huisarts zich niet realiseerde dat de indicatiestelling voor een bepaald medicament niet meer dezelfde was als tijdens de eertijds genoten artsenopleiding werd in 1977 op zich nog niet verwijtbaar geacht.[55] Wel dat de huisarts daarbij geen extra voorzichtigheid in acht had genomen nu het om een zeer giftig middel ging. Later wordt een verweer van de huisarts dat het om een voor hem onbekende kinderziekte gaat echter niet (meer) door de tuchtrechter geaccepteerd.[56] Relevant is niet zozeer de persoonlijke onbekendheid van de huisarts met de aandoening, alswel de frequentie van het voorkomen van de aandoening zelf in een gemiddelde huisartsenpraktijk. Indien dit vrijwel nooit het geval is en het betreft een ziektebeeld dat moeilijk te duiden valt, bestaat minder aanleiding tot een tuchtrechtelijke veroordeling.[57]

50 Om die reden zijn op basis van het Huishoudelijke Reglement der KNMG (art. 1122) in de jaren na het inwerkingtreden van deze regeling (1983) regelmatig huisartsen uit het register uitgeschreven. Medisch Contact, 1988, nr. 46, p. 1438.

51 Ingevolge op 22 mei 1991 van de LHV verkregen telefonische informatie.

52 LHV, De positie van de huisarts in de toekomst, Utrecht, 1987, p. 34-35.

53 LHV, Notitie kwaliteit en deskundigheidsbevordering, Utrecht, 1989, p. 14.

54 Centraal Medisch Tuchtcollege, 10-5-1979, T.v.Gr. 80/3, nr. 109.

55 Centraal Medisch Tuchtcollege, 31-3-1977, T.v.Gr. 77/5, nr. 37.

56 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 20-10-1980, T.v.Gr. 1982/14.

57 Zo werd een huisarts niet verweten dat hij de diagnose 'cauda-syndroom' had gemist. Wel dat de door hem verricht onderzoeken te oppervlakkig waren geweest. Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 28-9-1987, T.v.Gr. 1989/25.

Zowel bij de beoefening van zijn vak als bij het afleggen van geneeskundige verklaringen wordt de huisarts geacht zich te houden aan zijn eigen gebied van deskundigheid (zie ook paragraaf 2.1.2). Een verklaring over een psychiatrische aandoening valt daar bijvoorbeeld buiten.[58] Zorgvuldig onderzoek behoort aan de diagnosestelling vooraf te gaan en de gegevens moeten worden neergelegd in een patiëntenadministratie.[59] Deze administratie is nodig om de continuïteit van zorg te waarborgen, ook ten opzichte van de overdracht aan een waarnemer en bij verwijzing naar de specialist (zie paragraaf 2.2.5).[60] Het voorschrijven van grote hoeveelheden medicijnen zonder dat daar een medische noodzaak voor aanwezig is, wordt door de tuchtrechter als laakbaar beschouwd.[61]

Qua materiaal dient de huisarts kwalitatief adequaat geëquipeerd te zijn,[62] een eis die men ook aantreft in de Modelovereenkomst die de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de LHV in 1982 op basis van de Ziekenfondswet hebben gesloten (zie paragraaf 4.2).

De medisch-professionele standaard wordt behalve door de medische techniek ook bepaald door de mate van zorgvuldigheid, welke de huisarts tegenover de patiënt in acht neemt. Uit jurisprudentie komen dienaangaande de volgende criteria naar voren. Van de huisarts mag worden verwacht dat deze de patiënt voldoende onderzoekt en de nodige informatie inwint alvorens hij een diagnose stelt.[63] Ongerustheid is een belangrijk diagnostisch signaal, vooral wanneer het (ouders van) kinderen betreft.[64] Over het algemeen zal de huisarts de patiënt moeten zien en het stellen van een (foute) diagnose per telefoon leidt tot verwijtbaarheid.[65]

Dat ook huisartsen fouten maken blijkt ondermeer uit een onderzoek, dat de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen in 1987 deed onder een beperkt aantal huisartsen.[66] Hierbij kwam naar voren, dat de huisarts over een door hem gemaakte fout alleen dan met de patiënt praat, wanneer de laatste de fout zelf al heeft bemerkt. Tevens blijkt dat huisartsen zeer beducht zijn voor het tuchtcollege. Deze angst wordt ingegeven door de in de ogen van de huisarts vaak onvoorspelbaarheid van de uitspraak en feit dat het eigen functioneren van de huisarts wordt getoetst. De onderzoekers achten meer aandacht voor

58 Medisch Tuchtcollege, 's Gravenhage, 11-5-1988, T.v.Gr. 1989/89.
59 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 5-6-1989, T.v.Gr. 1980/57.
60 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 11-5-1987 en 5-6-1989, T.v.Gr. respectievelijk 1987/61 en 1990/57.
61 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 25-9-1990 en in hoger beroep Gerechtshof Amsterdam, 1-2-1991, T.v.Gr. resp. nr. 1991/47 en 1991/48.
62 Centraal Medisch Tuchtcollege, 11-2-1988, Medisch Contact 1988, nr. 47, p. 1459.
63 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 29-12-1980, T.v.Gr. 1983/2. Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage 7-10-1987, Stcrt. 47, 1988, p. 6 en Centraal Medisch Tuchtcollege 26-1-1989, Stcrt. 95, 1989, Medisch Tuchtcollege, Groningen, 2-7-1990, Medisch Contact 1991, nr. 16, p. 512.
64 Centraal Medisch Tuchtcollege 11-2-1988, Medisch Contact 1988, nr. 47, p. 1459.
65 Medisch Tuchtcollege Eindhoven, 6-4-1987, T.v.Gr. 1988/55. Centraal Medisch Tuchtcollege, 15-4-1988, T.v.Gr. 1990/7 en 26-1-1989, Stcrt. 95, 1989, Medisch Tuchtollege, Groningen, 22-11-1990, T.v.Gr. 1991/46.
66 Namelijk 17 huisartsen. M.H. Conradi, J. Schuling en H. Mulder, Fouten in de huisartspraktijk, Tijdschrift Huisarts en Wetenschap, 1988, p. 222-227 en 288-307.

intercollegiale toetsing noodzakelijk, ook al omdat dit uit preventief oogpunt de voorkeur verdient boven tuchtrecht.

Intercollegiale toetsing en nascholing van huisartsen worden door de overheid gestimuleerd met gelden die hiervoor ter beschikking zijn gekomen op basis van een door de overheid met de LHV in 1985 gesloten convenant, waarin ook afspraken met betrekking de vestiging van huisartsen en de praktijkomvang zijn neergelegd (zie paragraaf 3).[67] Voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering zijn twee stichtingen in het leven geroepen, de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) en de Stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH), met als koepelorganisatie de SDO (Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen). Hoewel de overheid deze activiteiten eerst bewust niet bij de LHV heeft ondergebracht teneinde de deelneming van niet bij deze beroepsorganisatie aangesloten huisartsen veilig te stellen,[68] is de SDO per 1 januari 1991 toch volledig in de LHV geïntegreerd. De LHV zal de deskundigheidsbevordering overigens wel in samenwerking met het NHG (blijven) effectueren.[69]

Vanaf 1984 is een stimuleringsregeling van kracht om de ontwikkeling van onderwijs en onderzoek binnen de Universitaire Huisartsen Praktijken te bevorderen.[70] Na een wat aarzelende start maken nu alle universiteiten van de regeling gebruik. Deze heeft overigens een tijdelijk karakter. De hier bedoelde 'academisering van de eerste lijn',[71] en de deskundigheidsbevordering van huisartsen worden, evenals de huisartsenopleiding, gefinancierd op basis van de WFV.

2.2.3 Experimentele behandelingen en alternatieve geneeswijzen

Wanneer de huisarts een experimentele behandeling voorstelt wordt van hem extra voorzichtigheid verwacht. Het verschil tussen een experimentele behandeling en een experiment is dat in het eerste geval de bevordering van de gezondheid van de patiënt wordt beoogd, en dit niet door een gebruikelijke behandeling kan worden bereikt, terwijl het bij een experiment om een proefondervindelijk wetenschappelijk onderzoek gaat, waarbij bij de proefpersonen opzettelijk een aantal condities worden gearrangeerd of gewijzigd. Een experiment kan overigens evenzeer medisch

67 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 903, nr. 2, p. 4.

68 D. Delnoy, Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen, NIVEL, Utrecht, 1988, p. 3. Op het niveau van de 20 LHV-districten zijn de PHV/VOH (Verenigingen Ondersteuning Huisartsen) opgericht met als taak de samenwerking tussen tussen de huisartsen onderling en met de andere eerstelijns-disciplines te bevorderen.

69 Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing, Nieuwsbrief 11-1/2, januari/februari 1991.

70 Academisering in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg, Tijdelijke stimuleringsregeling Universitaire Huisartsenpraktijken, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 670, nr. 1, 1987-1988, nrs. 4 en 6 en 1989-1990 nr. 8. Deze regeling is voorlopig verlengd tot 1 januari 1995, Stcrt. 239, 1990.

71 De stimuleringsregeling voor academisering geldt voorlopig tot 1 januari 1995, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 18 670, nr. 8, p. 2.

alswel paramedisch of verpleegkundig zijn.[72] In een aan het Gerechtshof te Den Bosch voorgelegd geval ging het om een experimentele behandeling met hormonen. Daarbij oordeelde het Hof dat het informed consent van de patiënt de huisarts niet ontheft van diens verantwoordelijkheid voor het eigen medisch handelen. Omdat deze hormoontherapie wetenschappelijk niet is getoetst, maar wel vaststaat dat zij voor de patiënt bepaalde risico's inhoudt, kan toepassing daarvan bij de doorsnee-patiënt gevoelens van onzekerheid, wantrouwen en angst teweegbrengen en wordt het vertrouwen van de patiënt in de huisarts ondermijnd. Het feit dat wetenschappelijk niets vaststaat over eventuele positieve effecten, maar de mogelijke schadelijke werking van de therapie genoegzaam bekend is brengt het Hof tot de conclusie dat bovendien van grove onkunde sprake is.[73]

Bij de toepassing van alternatieve geneeswijzen staat de vraag centraal of de patiënt niet ten onrechte van een reguliere behandeling wordt afgehouden.[74] Ingeval de patiënt tevens schade ondervindt zal de alternatieve (huis)arts tuchtrechtelijk worden veroordeeld. Wel kan de uitdrukkelijke wens van de patiënt om uitsluitend een alternatieve behandeling te willen ondergaan, bijvoorbeeld de Moerman-therapie, een grond zijn voor sanctievermindering.[75] Evenals dat bij een specialistische behandeling het geval is (zie paragraaf 2.1.5) dient de huisarts ook bij de toepassing van alternatieve geneeswijzen betrokken te worden.[76] Indien de huisarts medewerking verleent aan de een of andere vorm van kwakzalverij kan dat leiden tot een tuchtrechtelijke veroordeling, nu én onder de toekomstige Wet BIG.[77]

Hoewel in de huisartsgeneeskunde veel met geneesmiddelen wordt geëxperimenteerd, vindt slechts incidenteel en op zeer beperkte schaal (voorafgaande) toetsing plaats.[78] Wetgeving is in voorbereiding om in de huidige lacune te voorzien.[79]

72 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies medische experimenten, Zoetermeer, 1988, p. 17-19.
73 Medisch Contact, 1989, nr. 31/32, p. 999-1003.
74 Hoge Raad, 1-11-1985, T.v.Gr. 1990/41.
75 Beschikking Gerechtshof 's Hertogenbosch, 28-3-1990, Stcrt. 120, 1990, p. 12.
76 Gerechtshof Arnhem 12-6-1990, T.v.Gr. 1991/57. Zie hierover uitgebreider: A.C. Oosterman-Meulenbeld en J. Visser, 'De samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten', deel II, 'Het juridische kader', Medisch Contact, 1992, nr. 2, p. 57-58.
77 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 9-6-1986, T.v.Gr. 1987/5.
78 Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie, Medische experimenten in de huisartspraktijk, Medisch Contact 1987, nr. 22, p. 694 en reactie hierop van G. Scholten en L.H.B.M. van Benthem in Medisch Contact 1987, nr. 31, p. 953.
79 L.H.B.M. van Benthem, Onderzoek naar geneesmiddelen in de huisartspraktijk, Medisch Contact 1988, nr. 17, p. 533-534. In voorbereiding is de Wet op de medische experimenten. Voor de experimentele behandeling biedt ook het wetsvoorstel voor de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied der geneeskunst een wettelijk kader. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 561, nrs. 1-3.

2.2.4 Waarneming en delegatie

Voor de kwaliteit van de waarneming zijn geen wettelijke eisen geformuleerd. De reeds genoemde Modelovereenkomst tussen de VNZ en de LHV gaat uit van waarneming door een als huisarts geregistreerd staande arts (artikel 14). Dit komt overeen met de KNMG-richtlijnen en de LHV-modelovereenkomst voor waarneming. In de praktijk wordt deze voorwaarde gerespecteerd, zo blijkt uit een onderzoek van de Geneeskundige Inspectie.[80]

De wijze waarop de waarneming is geregeld loopt echter sterk uiteen en de gemaakte afspraken blijken voor de deelnemers zelf niet altijd even duidelijk, bijvoorbeeld ten aanzien van de overdracht van tijdens een waarneming te behandelen, dan wel behandelde patiënten. Op grond van deze bevindingen heeft de LHV besloten om in de modelovereenkomst voor waarneming strengere normen op te nemen, waaronder het vereiste dat de informatie-overdracht in het eerste dagdeel volgende op waarnemingsperiode plaatsvindt.[81] Ingevolge jurisprudentie rust op een waarnemer ook een zelfstandige plicht zich te laten informeren indien hem de voor de diagnose en behandeling benodigde gegevens niet zijn verstrekt.[82]

In jurisprudentie bestendigt zich het criterium dat van een waarnemer extra voorzichtigheid mag worden verwacht omdat deze de patiënt niet kent.[83] Zo dient hij eerder dan de eigen huisarts in te gaan op een verzoek tot het afleggen van een visite. Slechts wanneer eenduidig vaststaat dat de waarnemend huisarts niets voor de patiënt kan doen én de patiënt en diens familie begrijpen en accepteren dit, behoeft geen visite te worden afgelegd.[84]

Ten aanzien van waarneming door een huisarts in opleiding blijkt uit jurisprudentie dat deze zelf verantwoordelijk is voor zijn beroepsmatig handelen. De huisartsopleider behoudt een eigen verantwoordelijkheid, omdat de vrijwillig aanvaarde opleidingssituatie specifieke verplichtingen schept.[85] Een pas afgestudeerd basisarts is nog niet in staat om een huisarts te vervangen, tenzij hij uitvoerige instructies heeft gekregen en zonodig een achterwacht kan consulteren. Het door deze arts vervangen van meerdere huisartsen tegelijk, bijvoorbeeld tijdens het weekend, is echter niet toegestaan.[86]

Voor de delegatie van geneeskundige handelingen aan daartoe niet bevoegde beroepsbeoefenaren ontwikkelt zich in literatuur en jurisprudentie de constructie

80 Geneeskundige Inspectie, Enquête 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsen, Rijswijk, 1989.
81 LHV, De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, Utrecht, 1989.
82 Medisch Tuchtcollege Groningen, 6-12-1989, T.v.Gr. 1991/15.
83 Medisch Tuchtcollege Groningen, 22-11-1990, T.v.Gr. 1991/46.
84 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 26-10-1987, T.v.Gr. 1988/57.
85 Medisch Tuchtcollege, Amsterdam 26-5-1980, T.v.Gr. 1982/1 en 2.
86 Centraal Medisch Tuchtcollege 16-9-1982, T.v.Gr. 1983/32.

van de 'verlengde arm'.[87] Het ontbreken van wetgeving op dit punt leidt in de praktijk echter tot onduidelijkheid en onzekerheid voor de bij deze delegatie betrokken beroepsbeoefenaren.[88] Het wetsvoorstel BIG opent de mogelijkheid om dergelijke, voor de patiënt risicovolle, 'voorbehouden' handelingen aan andere beroepsbeoefenaren te delegeren. De daaraan in het wetsvoorstel (art. 55) verbonden voorwaarden zijn dat de huisarts, indien noodzakelijk, aanwijzingen geeft voor het verrichten van de handeling en dat hij in voldoende mate de mogelijkheid van toezicht en zijn persoonlijke tussenkomst verzekert. Tussenkomst en toezicht zijn niet vereist voor bepaalde, bij algemene maatregel van bestuur aan te geven, beroepsbeoefenaren en handelingen, waarbij in het bijzonder aan (wijk)verpleegkundigen en door hen te verrichten voorbehouden handelingen wordt gedacht (art. 55a BIG).[89] Van te voren dient de huisarts zich van de bekwaamheid van de desbetreffende beroepsbeoefenaar te hebben overtuigd. Een 'spiegelbepaling' van de artikelen 55 en 55a vindt men in artikel 52, gericht tot degene die de opdracht aanneemt (zie hoofdstuk 3). Nadere uitwerking vindt plaats op basis van zelfordening. Daarvoor hebben de LHV en de Nationale Kruisvereniging in februari 1990 een model vastgesteld voor een Raamovereenkomst die tussen de huisarts, c.q. de waarnemings-/huisartsengroep, en de Erkende Kruisorganisatie wordt afgesloten en waarin de voorwaarden van delegatie van voorbehouden handelingen aan bij de kruisvereniging in dienst zijnde wijkverpleegkundigen, zijn neergelegd. Voor de huisarts gelden als voorwaarden dat hij de diagnose stelt, de handeling indiceert en een schriftelijk uitvoeringsverzoek richt tot de desbetreffende (hoofd)wijkverpleegkundige. Ook dienen de huisarts of diens waarnemer beschikbaar te blijven voor overleg en eventuele daadwerkelijke bijstand.[90]

Indien de huisarts overeenkomstig de in artikel 55 of 55a genoemde voorwaarden heeft gehandeld, zal hij in het algemeen vrij uit gaan, indien bij de uitvoering van de handeling een fout wordt gemaakt. Voor door hemzelf ingezet personeel (doktersassistente) blijft de tuchtrechtelijke zowel als civielrechtelijke aansprakelijkheid (namelijk als werkgever) onverkort gehandhaafd.[91]

87 De voorwaarden van de 'verlengde arm' zijn dat de huisarts, na het vaststellen van de therapie, zich eerst van de bekwaamheid van degene aan wie hij de handeling wil delegeren overtuigt, dat hij de delegatie schriftelijk vastlegt en beschikbaar blijft voor eventuele begeleiding bij de uitvoering van de handeling. Zie ook A.C. Oosterman-Meulenbeld, De wijkverpleegkundige, verlengde arm van de huisarts?, Tijdschrift Verpleegkunde, 1987, nr. 1, p. 26-32.

88 Geneeskundige Hoofdinspectie, Samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige, Medisch Contact, 1988, nr. 25, p. 782.

89 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 19 522, nr. 18.

90 Nationale Kruisverenigingen Landelijke Huisartsenvereniging, Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie, Bunnik, 1990. In Amsterdam hebben de PHV en de EKO een soortgelijke overeenkomst afgesloten met betrekking tot 'medisch-technisch handelen in de thuiszorg'.

91 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 19 522, nrs. 13 en 15. Nota van Prof. W.C.L. van der Grinten betreffende het voorstel van Wet BIG.

2.2.5 Verwijzing

Binnen het medisch tuchtrecht vindt na 1974 een verdere ontwikkeling plaats van normen waaraan de huisarts bij verwijzing naar de specialist moet voldoen. Van de huisarts wordt verwacht dat deze de patiënt tijdig verwijst,[92] in het bijzonder wanneer hij zelf niet in staat is de diagnose te stellen.[93] Eigenmachtig optreden dat afwijkt van de voorschriften van de specialist, terwijl de huisarts terzake niet (voldoende) deskundig is wordt door de tuchtrechter veroordeeld.[94]

Uit een door het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen gedaan onderzoek blijkt dat de verwijsbrief van de huisarts aan de specialist aan verbetering toe is. Zo bevat een belangrijk gedeelte van de onderzochte brieven geen diagnose en/of geen reden voor de verwijzing en/of geen vraag aan de specialist.[95] Mede naar aanleiding van dit onderzoek heeft het NHG een standaard ontwikkeld voor de verwijsbrief naar de tweede lijn, zodat overbodige onderzoeken voorkomen kunnen worden en de huisarts meer invloed krijgt op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling door de specialist.[96] Hierin kan de in 1991 geïntroduceerde korte verwijskaart (zie paragraaf 4.2) wellicht verbetering brengen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat huisartsen zelden 'meekijken over de schouder van de specialist' naar wat er met hun patiënt in het ziekenhuis gebeurt. Omdat overleg tussen specialist en huisarts, ondanks de in paragraaf 2.1 genoemde jurisprudentiële normen, nog steeds vrij sporadisch voorkomt bestaan twijfels over de kwaliteit van de huisartsenhulp na het ontslag van de patiënt.[97] Het zich onvoldoende informeren over de in het ziekenhuis gevolgde behandeling kan, indien de huisarts naar aanleiding daarvan de toestand van de patiënt onjuist beoordeeld, overigens leiden tot een tuchtrechtelijke maatregel.[98]

De huisarts verwijst vaker naarmate het aanbod aan en de bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen groter is.[99] De gerealiseerde verkleining van de gemiddelde praktijkomvang van huisartsen (zie paragraaf 3.2) blijkt overigens niet daadwerkelijk tot de daarmee ondermeer beoogde vermindering van het aantal verwijzingen te hebben geleid.[100] Intercollegiale toetsing onder huisartsen lijkt dat trou-

92 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 22-9-1980, T.v.Gr. 1981/10 en Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage, 4-3-1987, T.v.Gr. 1987/60.
93 Gerechtshof Arnhem, 25-9-1985, NJ 1985, nr. 467 en Gerechtshof Amsterdam, 1-2-1991, Stcrt. 55, 1991.
94 Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage, 11-5-1988, Stcrt. 194, 1988, p. 14.
95 G.J. Bremer, Een onderzoek van verwijsbrieven, Huisarts en Wetenschap, 1989, nr. 3, p. 100-101.
96 Huisarts en Wetenschap, 1989, nr. 3, p. 102-105.
97 T.T.J.M.T. Kersten en M. Foets, De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1990, nr. 1, p. 36-41.
98 Medisch Tuchtcollege Groningen, 6-12-1989, T.v.Gr. 1991/15.
99 D. Wijkel, Samenwerken en verwijzen, NIVEL, Utrecht, 1986, p. 196.
100 Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Herverkavelen in de gezondheidszorg, 's Gravenhage, 1985, p. 43 en Financieel Overzicht Zorg 1990, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 100.

wens (nog) evenmin te doen.[101] Een 'integrale werkstijl' van de huisarts zou dit effect wel hebben, zo stelt Mokkink. Hij verstaat daaronder een methode van werken die zowel patiënt- als doelgericht is en niet zozeer leidt tot minder verwijzingen alswel tot verwijzingen die achteraf noodzakelijk blijken te zijn geweest.[102]

3. Bereikbaarheid en beschikbaarheid

3.1 Periode tot en met 1974

3.1.1 Bereikbaarheid

De wetgeving van 1865 heeft weliswaar geleid tot een hogere kwaliteit van de arts bij de toegang tot de beroepsuitoefening, maar heeft tegelijkertijd geresulteerd in een enorme teruggang in het aantal artsen: van 1 arts op 1256 inwoners in 1849 naar 1 op 2429 in 1892.[103] Ernstige situaties zijn hiervan het gevolg geweest, bijvoorbeeld in Drente waar in 1888 binnen 1 maand 31 personen stierven zonder een arts te hebben gezien.[104]

Ondanks het feit dat vanaf 1886 een toelage werd verstrekt aan huisartsen die zich op het platteland vestigden,[105] liet in 1912 de geneeskundige hulp daar 'nog alles te wenschen over', zo bleek bij de behandeling van de Armenwet in de Tweede Kamer.[106]

In gebieden met weinig huisartsen was de praktijkomvang te groot om een adequate bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenhulp te kunnen waarborgen. Teneinde een evenwichtiger spreiding van het aantal huisartsen over Nederland te bewerkstelligen voorzagen zowel het - overigens nooit ingevoerde - wetsvoorstel van Minister Aalberse tot regeling der Ziekenverzorging uit 1919[107] alsook het Derde Uitvoeringsbesluit bij het Ziekenfondsenbesluit van 1941 (S. 812) in een bepaling op basis waarvan de overheid de omvang van de huisartsenpraktijk aan een bepaald maximum kon binden. In de Ziekenfondswet van 1964 (Stb. 392) werd deze mogelijkheid niet overgenomen omdat de overheid de beoordeling van de praktijkomvang aan de huisarts zelf over wilde laten.[108] Tot in de zeventiger jaren bleef het tekort aan huisartsen bestaan, zij het dat dit zich dan van het platte-

101 R. Grol, H. Mokkink, J. van Deursen en A. Teunissen, Effecten van onderlinge toetsing, Huisarts en Wetenschap, 1986, nr. 29, p. 141-145.
102 H. Mokkink, Ziekenfondscijfers als parameters voor het handelen van de huisarts, proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986, p. 130.
103 H. Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, op. cit. p. 48.
104 H. Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, op. cit. p. 171.
105 H.D.C. Roscam Abbing, Overheid en het recht op gezondheidszorg, op. cit. p. 48.
106 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1911-1912, 53ste vergadering 28-2-1912, p. 1698.
107 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1919-1920, bijlage nr. 531.
108 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 31.

land naar de stad heeft verplaatst.[109] Wel is in de periode tussen 1954 en 1967 de gemiddelde 'normpraktijk' verlaagd van 3.000 naar 2.600 patiënten per huisarts.[110] Deze norm staat voor de maximum-omvang waarbij de huisarts, diens takenpakket in aanmerking genomen, de beschikbaarheid en bereikbaarheid in voldoende mate kan waarborgen. Wanneer het takenpakket van de huisarts zich zou uitbreiden of de samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines geïntensiveerd zou worden vraagt dat om verlaging van deze norm, aldus de Ziekenfondsraad.

Omdat de in 1971 voorgestelde uitbreiding van de WZV met de extra-murale sector geen doorgang vond (zie hoofdstuk 1) bleef de vestiging van huisartsen vooralsnog alleen gebonden aan de in de WUG genoemde voorwaarden, ingevolge welke de arts zijn artsendiploma door de Geneeskundig Inspecteur moest laten viseren en de gemeente van zijn vestiging op de hoogte moest stellen. Voor het overige bleef de huisarts vrij zich daar te vestigen waar hij wilde, al heeft de KNMG in het kader van zelfordening hierop enkele beperkingen aangebracht.[111] Deze zijn daarin gelegen dat een huisarts zich gedurende twee jaar niet mag vestigen in het praktijkgebied van de huisarts die hij heeft vervangen, waar hij als assistent heeft gewerkt, of met wie de onderhandelingen over een mogelijke praktijkovername op niets zijn uitgelopen. Voor de overname van een praktijk was het tot 1987 (zie paragraaf 3.2) binnen de KNMG gebruikelijk dat naast de kosten voor de praktijk (huis, instrumentarium) een goodwillsom werd betaald ter hoogte van het laatste jaarinkomen. Deze voorwaarden werden meestal vastgelegd in een civielrechtelijke overeenkomst tussen de gaande en de komende huisarts.

Omdat op het platteland weinig of geen apotheken waren gevestigd hadden veel huisartsen daar een apotheek aan huis. Deze bevoegdheid werd in de WUG gehandhaafd (zie paragraaf 1) voor die plaatsen waar geen apotheek aanwezig was. Sinds de invoering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (Stb. 408, 1958) en het Besluit uitoefening artsenijbereidkunst (Stb. 75, 1963) mag de huisarts van zijn bevoegdheid tot artsenijbereidkunst alleen gebruik maken wanneer de farmaceutisch Inspecteur hem op zijn verzoek heeft ingeschreven in het register van apotheekhoudende geneeskundigen. De vergunning om als huisarts een apotheek te mogen houden hangt bovendien samen met de aanwezige geneesmiddelenvoorziening en kan worden ingetrokken wanneer zich in het desbetreffende gebied een apotheek vestigt.[112]

109 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1969-1970, Aanhangsel, vraag 968, p. 1971 en Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake het voorontwerp Wet Gezondheidszorgvoorzieningen, 1972, p. 20.

110 Zie Standaardovereenkomst ziekenfonds-huisarts 1954, artikel 20. De normpraktijk van 2.600 is neergelegd in een richtlijn van 1967, zie paragraaf 4.2.2.

111 KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, op. cit. p. 95-120.

112 W.B. van der Mijn, Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, Kluwer, Deventer 1989, p. 69-74.

3.1.2 Beschikbaarheid

In de eerste helft van deze eeuw, toen huisartsen nog dungezaaid waren, kon het voorkomen dat een huisarts bij twee urgente patiënten, zoals kraamvrouwen, tegelijk werd geroepen. In een dergelijke situatie honoreerde de rechter in 1925 voor het eerst een beroep op noodtoestand in de zin van overmacht (art. 40 WvSr) omdat de huisarts in een conflict van plichten verkeerde: beide kraamvrouwen dienden geholpen te worden. Omdat de huisarts zich echter, in afwijking van de met zijn collega gemaakte afspraak, niet naar kraamvrouw A maar naar kraamvrouw B had begeven, bleef de eerste 'in hulpeloze toestand' achter (art. 255 WvSr) en werd de huisarts alsnog tot een geldboete veroordeeld.[113] In geval van onmiddellijk gevaar heeft de huisarts een plicht te helpen. Het verzaken hiervan kan tot strafvervolging leiden wanneer de patiënt komt te overlijden (art. 450 WvSr).

In de rechtspraak ontwikkelt zich de norm dat de huisarts die door een patiënt dringend wordt verzocht om thuis hulp te bieden, daaraan gehoor moet geven.[114] Verplichte deelneming aan een waarnemingsregeling vond de beroepsgroep niet wenselijk omdat de huisarts niet tot een overdracht van patiënten gedwongen mocht worden. De vertrouwensrelatie met de patiënt vereiste dat met name ernstig zieke patiënten ten allen tijde de hulp van hun eigen huisarts konden inroepen.[115]

3.1.3 Vrije huisartsenkeuze

Ten aanzien van de huisartsenhulp is door de wetgever, op aandringen van de NMG (zie paragraaf 4.1.1) aandacht besteed aan de vrije keuze, die de patiënt in deze moet hebben. Ingevolge de Ziekenfondswet en de daarop gebaseerde jurisprudentie heeft de verzekerde het recht een keuze te maken uit de huisartsen in zijn woonplaats of naaste omgeving. Een dergelijke keuzevrijheid wordt essentieel geacht, omdat de patiënt zich ten opzichte van de huisarts in een afhankelijke positie bevindt, de hulpverleningsrelatie een vertrouwelijk karakter draagt en de patiënt meer vertrouwen kan hebben in de deskundigheid van de ene dan in die van de andere huisarts.[116] De ziekenfondspatiënt maakt zijn keuze kenbaar door zich bij een in de regio gevestigd ziekenfonds te laten inschrijven op naam van de door hem gekozen huisarts, die met het ziekenfonds een medewerkersovereenkomst heeft gesloten.[117] Deze vrije keuze mag overigens worden beperkt tot de in één dorp werkzame huisartsen, mits een zekere keuzevrijheid gewaarborgd blijft.[118]

113 H.H. van Eijk en A.J. Verstegen, Arts en Wet, de Erven F. Bohn, Haarlem, 1929, p. 451-455.
114 J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, op. cit. p. 50.
115 KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, op. cit. pp. 21-22 en 117.
116 H.J.J. Leenen, Sociale grondrechten en gezondheidszorg, 1966, op. cit. p. 178 en Centrum voor Staatkundige vorming, Ziektekostenverzekering, 1959, p. 19-21.
117 Raad van Beroep, Rotterdam, 12-7-1973, RZA, nr. 73049.
118 Drie huisartsen zijn voldoende, aldus de Commissie verstrekkingen Ziekenfondsraad, 25-10-1974, RZA, nr. 74070.

Aan de vrije huisartsenkeuze heeft de KNMG al in 1959 de beperking aangebracht dat een collega-huisarts, die de patiënt tijdens een waarneming heeft behandeld, deze pas een half jaar later in zijn praktijk mag opnemen.[119]

3.2 Periode na 1974

3.2.1 Ontwikkeling regelgeving

De ongelijke spreiding van huisartsen over Nederland leidde op sommige plaatsen tot ondercapaciteit en op andere tot overcapaciteit. De toenemende vraag naar huisartsenpraktijken in verhouding tot het geringere aanbod veroorzaakte bovendien hoge goodwillsommen bij praktijkovernames.[120] Gemeenten die de vestiging van huisartsen in bepaalde banen wilden leiden door in een gemeentelijke verordening voorwaarden op te nemen waaraan de zich in de gemeente vestigende huisarts moest voldoen, zoals samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines, kwamen bedrogen uit. Een dergelijke verordening werd door de rechter strijdig bevonden met hogere regelgeving, in casu de WUG, waarin de formele wetgever de vestiging van huisartsen niet aan voorwaarden had verbonden.[121]

Het vestigingsbeleid op basis van zelfordening door de KNMG/LHV was eerder gericht op het tegengaan van 'oneerlijke' concurrentie door ex-waarnemers of vroegere assistenten dan op een betere spreiding van de huisartsenhulp over Nederland. In 1983 introduceerde de LHV een nieuwe vestigingsregeling, waarbij vestigingscommissies, ingesteld door een of meerdere Plaatselijke Huisartsen Verenigingen (PHV), een uitspraak deden, waarvan beroep mogelijk was bij de Commissie van de Rechtspraak voor het Vestigingsbeleid.[122] De rechter bleek echter een beroep van huisartsen op deze interne regels op wisselende wijze te honoreren. Zo werd het bijvoorbeeld een waarnemer verboden om zich in strijd met de door de KNMG voorgeschreven wachtperiode van twee jaar te vestigen zolang de KNMG-districtsraad nog niet had beslist op een verzoek tot vestigingsverbod van de huisarts voor wie de was waargenomen.[123] Anderzijds betekent een overtreding van de interne vestigingsregeling van de KNMG niet dat de desbetreffende huisarts zich daarmee ook onrechtmatig heeft gedragen tegenover de leden van de waarnemingsgroep.[124] De beperkte mate van afdwingbaarheid van de interne regelingen werd door de LHV zelf aangevoerd als argument om een wettelijke regeling voor de vestiging van huisartsen te bepleiten.[125] Voor de overheid lag de legitimatie van een dergelijke regeling in de doelmatige besteding van gemeen-

119 KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, op. cit. p. 111.
120 Nota Vestigingsbeleid, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14 191, nr. 10, p. 24-25.
121 KB van 9-9-1981, Ars Aequi, 1982, nr. 3, p. 142-147.
122 C.J.M. Nederveen-van de Kragt, Vestigingsbeleid tandartsen, huisartsen, apothekers en specialisten, Vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1987, p. 28.
123 Rechtbank Zwolle 15-12-1977, T.v.Gr. 1978/45.
124 Rechtbank Arnhem 17-5-1982, T.v.Gr. 1983/5.
125 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 903, nr. 2.

schapsgelden, waartoe artikel 22 van de Grondwet haar verplicht. Ook het overheidstoezicht dat nodig is om de gelijke toegang tot de vestiging te waarborgen en om de behoefte aan vestigingsplaatsen vast te stellen waren argumenten pro een wettelijke regeling.[126] Daarom trad, nadat overeenkomstig het genoemde tussen de overheid en de LHV gesloten convenant van 1985[127] een oplossing was gevonden voor de goodwill-problematiek,[128] op 1 maart 1986 (Stb. 17, 1986) het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen (Stb. 574, 1985) op basis van de WVG (Stb. 563, 1982) in werking. De Ziekenfondswet werd als mogelijk wettelijk kader afgewezen omdat deze wet niet de mogelijkheid biedt ook het particuliere praktijkgedeelte te reguleren.[129] Bovendien lag het in de lijn der historie (Armenwet) en de dan bestaande decentralisatietendens (WVG) om de bevoegdheden in deze juist bij de gemeente te leggen. Andere redenen om de gemeente hiervoor aan te wijzen waren voor de overheid de kleinschaligheid van de huisartsgeneeskunde en de samenhang met andere eerstelijns-gezondheidszorgvoorzieningen voor de spreiding waarvan de gemeente ingevolge de WVG eveneens de verantwoordelijkheid zou gaan dragen.[130] Dit laatste heeft echter, zoals gezien (hoofdstuk 1), nooit zijn beslag gekregen.

Vlak voor de inwerkingtreding van de Vestigingsregeling is een sterke groei van het aantal (dan nog niet vergunningsplichtige) huisartsenvestigingen opgetreden.[131]

3.2.2 Bereikbaarheid

Het Vestigingsbesluit beoogt door de introductie van een vergunningensysteem de spreiding van de huisartsenhulp over Nederland te reguleren, het volume ervan te beheersen en, meer in het algemeen, de eerstelijnszorg te versterken. Dienovereenkomstig is het vanaf 1 maart 1986 verboden zich als huisarts te vestigen zonder in het bezit te zijn van een door de gemeente afgegeven vergunning. De criteria waarmee de gemeente bij de beoordeling van een vergunningaanvrage rekening moet houden zijn de omvang van een gemiddelde norm-praktijk en een zodanige geografische spreiding dat 'een redelijke bereikbaarheid' gegarandeerd kan worden. De spreiding heeft uitsluitend betrekking op de kwantiteit en niet op de variatie in huisartsenhulp. Dit betekent dat een homeopathisch werkende huisarts alleen

126 Nota Vestigingsbeleid, op. cit. p. 24-27.

127 Dit convenant kan worden geschetst als een "kaderovereenkomst", waaraan nog nadere uitwerking moet worden gegeven. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 903, nr. 2. Zie verder paragraaf 4.2 onder andere over de hieromtrent gevoerde gerechtelijke procedures.

128 Deze oplossing heeft de vorm gekregen van een goodwill-regeling die als onderdeel van de Modelovereenkomst VNZ-LHV, die met ingang van 1-1-1987 in werking is getreden en op basis waarvan huisartsen bij een praktijkovername geen goodwill meer mogen claimen van hun opvolger. Wel kunnen huisartsen die daarvoor in aanmerking komen, een bedrag uitgekeerd krijgen uit het Goodwill-fonds dat hiertoe is opgericht. Zie ook paragraaf 4.2.

129 Stb. 574, 1985, p. 10.

130 Stb. 574, 1985, p. 8.

131 L. Hingstman, Een jaar vestigingsbeleid voor huisartsen, Medisch Contact, 1988, nr. 7, p. 203-205.

opnieuw door een homeopaat-huisarts vervangen kan worden wanneer binnen de regio een 'surplus' is van tenminste een halve normpraktijk. Daarvoor geldt het ook op basis van de ZFW en WTG gehanteerde getal van (1/2 x) 2.200-2.500 inwoners per huisarts als norm. De minimum praktijkomvang is gesteld op 800 patiënten opdat de huisarts in aanraking blijft met een voldoende aantal ziektebeelden om de nodige vaardigheid in diagnose en behandeling te kunnen behouden (zie ook paragraaf 2.2).[132] Met betrekking tot deze (kwaliteits-)eis kon een zekere rechtsongelijkheid worden geconstateerd tussen nieuwkomers en zittende huisartsen omdat de eersten dit minimum binnen één jaar na vestiging bereikt moesten hebben, terwijl de laatsten hiervoor tot 1991 de tijd hebben gekregen.[133] Voor de berekening van de normpraktijk worden alle inwoners, ook zij die in de intramurale sector verblijven, meegerekend. Een regio kan in subregio's worden onderverdeeld om afstemming met de werkgebieden van andere eerstelijnsvoorzieningen mogelijk te maken en rekening te houden met de bestaande huisartsendichtheid.[134] De beoordeling van de regionale spreiding en het afgeven van vergunningen vindt vaak plaats in de vorm van intergemeentelijke samenwerking conform de regio-indeling van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR art. 6 jo 2, Stb. 669, 1984).[135]

Op het verzoek tot vergunningverlening nemen Burgemeester en Wethouders binnen 4 1/2 maand een met redenen omkleed besluit, waarop voor 'belanghebbenden', zoals de PHV of medewerkers van andere eerstelijns-disciplines, AROB-beroep open staat. De vertrekkende huisarts is geen 'belanghebbende' in de zin van het besluit.[136] Alvorens te besluiten vragen Burgemeester en Wethouders eerst advies aan een Vestigingscommissie (art. 56 WVG). Van dat advies mogen zij overigens, mits gemotiveerd, afwijken.[137] De Vestigingscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de zittende huisartsen, van andere eerstelijnsvoorzieningen, van patiënten/consumenten en van ziektekostenverzekeraars. De samenstelling van een op basis van een WGR-regeling ingestelde Vestigingscommissie kan alleen volgens de WGR-procedure worden gewijzigd en niet door het besluit van slechts één gemeente, namelijk die van vestiging.[138] De Vestigingscommissie kan de selectie van mogelijke kandidaten delegeren aan een evenwichtig samengestelde selectie-commissie.[139]

Het vereiste dat de vergunningaanvrager als huisarts geregistreerd staat is bewust niet in de regeling opgenomen teneinde te voorkomen dat artsen zich aan de

132 Stb. 574, 1985, p. 18.
133 H.J. Kranenburg en H.A.W. Snijders, Gemeente en vestigingsbeleid huisartsen, Tjeenk Willink, Zwolle 1988, p. 37 en 56.
134 H.J. Kranenburg en H.A.W. Snijders, op. cit. p. 45-48. Zie ook het artikel van P. Vanderheyden, Jurisprudentie vestigingsbeleid huisartsen, een tussenbalans, T.v. Gr., 1988 nr. 2, p. 74-97.
135 Stb. 574, 1985, p. 12.
136 H.J. Kranenburg en H.A.W. Snijders, op. cit. p. 52.
137 Raad van State, Afdeling Rechtspraak, 26-2-1987, T.v.Gr. 1988/60.
138 Raad van State, Afdeling Rechtspraak, 17-3-1987, nr. R03.87.4407/Sp245.
139 Beschikking Voorzitter Afdeling Rechtspraak Raad van State, 3-3-1988, nr. R03.88.0868/S5238.

werking van het besluit zouden onttrekken door zich niet als huisarts te laten registreren.[140] Daarom valt onder het begrip huisarts iedereen die het huisartsenberoep uitoefent, behalve de waarnemer. Deze uitzondering heeft reeds tot de nodige gerechtelijke procedures aanleiding gegeven en een nadere uitleg door de Inspectie van het hier bedoelde begrip waarnemer noodzakelijk gemaakt.[141]

Het Besluit draagt iedere huisarts op om de tot zijn praktijk behorende patiënten te registreren. De registratie van particuliere patiënten stuitte echter op problemen omdat zij niet allen bij een huisarts staan ingeschreven.[142] Dit bemoeilijkte weer de controle op de naleving van de voorschriften. Andere kritiek betrof het ontbreken van bevoegdheden voor de gemeente om op basis van de WVG en het Besluit een effectief vestigingsbeleid te kunnen voeren.[143] Zo heeft de gemeente geen bevoegdheid om aan het verlenen van de vergunning voorwaarden te verbinden, zoals het samenwerken met andere eerstelijnsvoorzieningen, of om de vergunning in te trekken ingeval de normen van het Besluit niet worden nageleefd.

Uit de evaluatie van de werking van het Vestigingsbesluit blijkt dat de doelstelling van volume-beheersing is gehaald. De sterke groei van het aantal huisartsen is tot staan gebracht, de huisartsgeneeskunde is evenrediger verspreid over het land en het aantal WGR-regio's met een gemiddelde normpraktijk is toegenomen van 36% in 1986 tot 59% in 1989.[144] Op de versterking van de eerstelijnszorg heeft het Besluit, met name in de beginperiode, echter eerder een negatief dan een positief effect gehad.[145] De regeling bracht gezondheidscentra en groepspraktijken in de problemen omdat zij een vertrekkende huisarts niet mogen vervangen wanneer regionaal geen ondercapaciteit bestond. Zodoende kon het voorkomen dat zij niet meer voldeden aan de eisen voor een integrale kostenvergoeding (zie paragraaf 4.2) of voor de stimuleringsregeling voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (zie hoofdstuk 1) en dientengevolge één van hun financieringsbronnen kwijt raakten. Het verstrekken van een vestigingsvergunning aan het centrum of de groepspraktijk in plaats van aan de daar werkzame huisartsen is niet mogelijk omdat de vestigingsvergunning ingevolge de WVG persoonsgebonden is (art. 51). De LHV heeft naast de wettelijke regeling haar eigen vestigingsprocedure gehandhaafd, omdat zij de zorg voor het functioneren en de kwaliteit van de huisarts zaken vindt die de beroepsgroep zelf aangaan en omdat deze aspecten ook bij het vestigingsbeleid een rol spelen.[146] De interne procedure werkt in de praktijk als een voorprocedure, heeft tot vertragingen aanleiding gegeven, en leidt tot be-

140 Stb. 574, 1985, p. 16.
141 H.J. Kranenburg en H.A.W. Snijders, op. cit. p. 41.
142 Ziekenfondsraad, Advies ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, nr. 245, 1983, p. 22.
143 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake het ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, 1984 en de Vereniging voor Nederlandse Gemeentes, Reactie op adviezen Bouwstenennotitie, d.d. 22-6-1983, Kenmerk MAV/5288.
144 L. Hingstman en J. Pool, Drie jaar vestigingsbeleid voor huisartsen, Medisch Contact, 1990, nr. 20, p. 637-639.
145 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 287, nr. 4.
146 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 287, nr. 4.

scherming van het bestaande establishment.[147] Deze gang van zaken kan de door de overheid met de regeling beoogde gelijke toegankelijkheid tot vestiging met voldoende diversiteit qua aanbod in dit opzicht frustreren.[148]

Het Vestigingsbesluit valt te kwalificeren als een vorm van sturende wetgeving en heeft, zoals gezien, tot vele procedures geleid. Omdat de vestigingsregeling mét de WVG zou worden ingetrokken werd bijstelling van het besluit door de overheid niet meer overwogen. De intrekking ervan zal, zo is de bedoeling, tegelijk met het afschaffen van de contracteerplicht voor ziekenfondsen haar beslag krijgen. (zie ook Deel III).[149]

3.2.3 Beschikbaarheid

De regulering van de beschikbaarheid van de huisarts blijft in de periode na 1974 in handen van de beroepsgroep. Ingevolge de eerder genoemde Modelovereenkomst tussen de VNZ en de LHV kan de huisarts zich laten waarnemen 'overeenkomstig de in de kring der beroepsgenoten heersende gebruiken' (art. 9 Modelovereenkomst). De KNMG-richtlijnen en de LHV-modelovereenkomst voor intercollegiale waarneming gaan uit van een termijn van ongeveer 15 minuten waarbinnen de huisarts bij de hulpvragende patiënt thuis moet kunnen zijn. Deze gedragsregel is door de rechter als norm overgenomen.[150] Teneinde deze beschikbaarheid ook tijdens de waarneming te kunnen realiseren heeft de LHV de maximale omvang van de waarnemingspopulatie gesteld op 20.000 inwoners. Voor de telefonische bereikbaarheid staat de huisarts zelf garant.

In de praktijk blijkt dat er aan de beschikbaarheid van de huisarts, zowel tijdens kantooruren alsook daarbuiten, nog het één en ander schort.[151] Ingevolge jurisprudentie is de huisarts zelf verantwoordelijk voor eventuele onvolkomenheden in de interne organisatie van zijn praktijk. De patiënt moet in acute gevallen direct

147 W.J.F.I. Nuijens, Kwaliteitsbewaking en verzekeraars, Medisch Contact, 1989, nr. 21, p. 709-712.

148 Ter illustratie: in het eerste jaar dat het vestigingsbesluit van kracht was werd 18% van de vergunningen aan vrouwelijke huisartsen verstrekt, 2% aan alternatieve huisartsen (zie ook paragraaf 4.2) en 0% aan 'pro-life' artsen. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 287, nr. 4.

149 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 357, nr. 3 p. 15. De oorspronkelijke streefdatum van 1 juni (NRC van 4 maart 1991) is niet is gehaald. Zie voor het eerdere besluit tot niet meer bijstelling van Vestigingsbesluit wegens te verwachten intrekken van het Besluit en de WVG, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 287, nr. 6.

150 Centrale Raad van Beroep, 25-2-1988, Rechtspraak ZFW/AWBZ, 1988, nr. 90.

151 Geneeskundige Inspectie, Enquête 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsen, Rijswijk, 1989 en N.E. Warmenhoven, Bereikbaarheid en toegankelijkheid eerstelijnsgezondheidszorg, Medisch Contact, 1984, nr. 47, p. 1507-1511 en Geneeskundige Inspectie, Het huisbezoek, Medisch Contact, 1986, nr. 39, p. 1241 en Het huisbezoek revisited, Medisch Contact, 1987, nr. 11, p. 337-338.

toegang tot de huisarts kunnen hebben.[152] Ziekte van de huisarts zelf kan geen reden zijn om niet aan een 'dringende behoefte' aan medische hulp te voldoen omdat in die situatie een beroep moet worden gedaan op een collega uit de waarnemingsgroep, zo stelt de rechter.[153] De deelnemers aan een waarnemingsregeling dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid dat in de waarneming geen lacunes optreden.[154] Gezien de binnen veel waarnemingsgroepen gebleken onduidelijkheid over de precieze afspraken adviseert de Inspectie een duidelijker structuur en organisatie van de waarnemingsgroepen.[155]

In 1989 heeft het NHG een standaard opgesteld over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts, waarin een aantal richtlijnen en 'wenselijkheden' worden geformuleerd.[156] Ook de LHV heeft over dit onderwerp een nota uitgebracht en scherpt de bestaande modelovereenkomst voor waarneming als volgt aan: voor de beschikbaarheid van huisarts en waarnemer blijft de 15-minuten termijn gehandhaafd. Daarom mag de maximale omvang van de waarnemingspopulatie (15.000 tot) 20.000 patiënten beslaan, het geografische bereik van de waarnemingsgroep daarbij in aanmerking genomen. Een ander vereiste is een (regionaal) telefoonnummer voor spoedgevallen waar de huisarts of diens assistente altijd te bereiken is. De huisarts staat, ook als waarnemer, de patiënt op diens verzoek zelf telefonisch te woord. Of het nodig is dat de huisarts de patiënt nog dezelfde dag bezoekt staat ter beoordeling van de arts en niet van de patiënt.

Gebleken is dat het aantal niet-spoedeisende vragen van patiënten buiten kantoortijden sterk toeneemt. Voor niet-spoedeisende vragen richt de patiënt zich ook steeds vaker met voorbijgaan van de huisarts direct tot de EHBO-afdeling van ziekenhuizen, waarna hij regelmatig, ook zonder dat daarvoor een medische indicatie bestaat, in de tweede lijn in behandeling blijft. Dit geldt vooral in verstedelijkte gebieden. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseert hieromtrent bindende afspraken tussen ziekenhuis en huisartsen te maken, deze vast te leggen in protocollen en de huisartsen bij te scholen op het gebied van spoedeisende hulp.[157]

152 Zie onder meer Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage 7-5-1980, T.v.Gr. 1981/2, Centraal Medisch Tuchtcollege 26-5-1988, Stcrt. 192, 1988 en Medisch Tuchtcollege Eindhoven, 5-10-1987, Stcrt. 28, 1988.

153 Medisch Tuchtcollege Eindhoven, 5-10-1987, Stcrt. 28, 1988.

154 Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage, 15-10-1980, T.v.Gr. 1982/15 en Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 25-3-1991, Stcrt. 98, 1991.

155 Geneeskundige Inspectie, Enquete 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsen, op. cit.

156 NHG-standaard, Bereikbaarheid/beschikbaarheid, Huisarts en Wetenschap, 1989, nr. 6, p. 219-222.

157 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Nota's Visie op zorgverlening vanuit de eerste lijn en Aanzet voor een struktuur van de eerste lijn, beide uit 1987.

3.2.4 Vrije huisartsenkeuze

In de meer recente jurisprudentie treedt een versoepeling op van de aan de vrije huisartsenkeuze voor de patiënt/verzekerde in het kader van de Ziekenfondswet aangebrachte beperkingen. Diens recht om in vrijheid zijn huisarts te kiezen weegt steeds zwaarder. Dit geldt met name wanneer aan die keuze ideëel-medische motieven ten grondslag liggen, zo stelt de Centrale Raad van Beroep in 1990.[158] Als eerste stap in de jurisprudentie ontwikkelt zich de norm dat het begrip "de naaste omgeving" ruim mag worden opgevat, mits de huisarts bereid is de patiënt in zijn praktijk op te nemen en zonodig ook thuis te bezoeken. Hoewel in principe ook de waarnemer(s) hiertoe bereid moeten zijn, kan van deze voorwaarde worden afgezien, indien het belang van de patiënt zich tegen een andere huisartsenkeuze verzet. Een dergelijk belang werd aanwezig geacht toen een patiënt na verhuizing dezelfde huisarts wilde behouden, omdat deze hem reeds lange tijd behandelde en bovendien homeopathie toepaste.[159] Ook de vrij grote waarschijnlijkheid dat een patiënt, indien gedwongen tot het kiezen van een andere huisarts, helemaal geen hulp meer zal inroepen kan reden zijn om de patiënt de huisarts te laten behouden, die hij in zijn vroegere woonplaats had.[160]

Later wordt het willen, c.q. kunnen bezoeken van de patiënt thuis door de eigen huisarts niet meer als een absolute voorwaarde gezien, maar wordt het regelen van de mogelijke gevolgen van beperkingen aan de beschikbaarheid van de huisarts overgelaten aan partijen. Dat wil zeggen, dat huisartsen onderling en/of met de patiënt hierover afspraken kunnen maken, mits de financiële consequenties van één en ander niet voor rekening van het ziekenfonds komen.[161] In voorkomende gevallen kan worden teruggevallen op één van de in casu geformuleerde KNMG-normen, namelijk dat een huisarts iedere patiënt, die zich in een noodsituatie bevindt, moet bijstaan.[162]

Tegenover de vrije huisartsenkeuze van de patiënt staat de 'vrije patiëntenkeuze' van de huisarts, die ook in de rechtspraak wordt geaccepteerd.[163] Argumenten om een patiënt te weigeren kunnen bijvoorbeeld gelegen zijn in de reeds bestaande (maximum-)omvang van de praktijk of in redenen van persoonlijke aard, zoals vroegere moeilijkheden met de desbetreffende patiënt. In jurisprudentie zowel als in de Modelregeling arts-patiënt (zie hoofdstuk 1) komt naar voren dat het weigeren van een patiënt om reden van diens slechte gezondheidstoestand niet mogelijk is. Beëindiging van het behandelingscontract kan evenmin op deze grond plaatsvinden en ook niet op een zodanig tijdstip of onder zodanige omstandigheden,

158 Centrale Beroep van Beroep, 12-4-1990, RZA 1990, nr. 123.
159 Centrale Raad van Beroep, 9-7-1987, RZA 1987, nr. 166.
160 Commissie Beroepszaken Ziekenfondsraad, 27-3-1986, RZA 86063.
161 Centrale Raad van Beroep, 12-4-1990, RZA 1990, nr. 123
162 Centrale Raad van Beroep, 25-2-1988, RZA 1988, nr. 90.
163 Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage 2-7-1964, NJ 1966, nr. 25. Zo ook de Memorie van Toelichting bij het ontwerp Ziekenfondswet, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p.31 en KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, op. cit. p. 159.

dat de patiënt daar nadeel van ondervindt. De vrije patiëntenkeuze van huisartsenzijde uit mag ook niet worden toegepast in een regio waar slechts één waarnemingsgroep opereert. Het hanteren van een gebiedsindeling, waarbinnen de huisarts tezamen met andere eerstelijnsvoorzieningen de zorgverlening organiseert en onderling afstemt, kan overigens tot enige beperkingen in de keuze van huisarts leiden. Eventuele knelpunten moeten dan in onderling overleg worden opgelost en niet door regelgeving, zo stelt de regering.[164]

4 Financiële toegankelijkheid

4.1 Periode tot en met 1974

4.1.1 Ontwikkeling regelgeving

Aan het begin van de negentiende eeuw ontstond als opvolger van de knechtbos (zie paragraaf 1) de ziekenbus, een eerste vorm van ziektekostenverzekering voor geneeskundige hulp, soms gecombineerd met andere diensten, zoals het waken bij de zieke.[165] Het bestuur van de ziekenbus sloot met de bij haar aangesloten leden een verzekeringsovereenkomst af en met (apothekers en) artsen een medewerkersovereenkomst.[166] Ook werden meer commercieel getinte 'directiefondsen' opgericht. Het gemak waarmee deze konden worden opgeheven, het ontbreken van toezicht en het hoge salaris van de directie van de fondsen in tegenstelling tot de lage honorering van de artsen riep weerstand op bij de laatsten. De lage honorering dwong huisartsen namelijk om meer patiënten aan te nemen dan zij adequaat konden verzorgen. Omdat particuliere patiënten steeds vaker tot de fondsen toetraden liepen bovendien de inkomsten uit dat praktijkgedeelte terug. Een ander bezwaar van artsenzijde was dat patiënten door het fonds soms slechts één huisarts kregen toegewezen, wat in strijd was met het door de artsen steeds verdedigde principe van een vrije artsenkeuze. Deze ontwikkelingen brachten hen in de tweede helft van de negentiende eeuw tot de oprichting van eigen 'doktersfondsen', die een vrije artsenkeuze waarborgden en alle artsen als medewerker toelieten. Naast de genoemde fondsen werden 'ondernemingsfondsen' gevormd, waarbij de premie naar draagkracht werd berekend en gelijkelijk over werkgever en werknemer werd omgeslagen, en 'onderlinge' fondsen, waarvan het bestuur werd gekozen uit de leden.

Rond de eeuwwisseling ontstonden spanningen tussen de artsen en de fondsen.

164 Vragen van het kamerlid Mateman en antwoord daarop van Staatssecretaris Simons, 29 maart 1990. Aanhangsel van de Handelingen, Tweede Kamer, zitting 1989-1990, vraag nr. 498.

165 A.J.H. Bartels, Bijdrage tot ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland, Samson, Alphen aan de Rijn, 1950, p. 57.

166 L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, ontwikkelingen en perspectieven, op. cit. p. 1-53 en H.C. van der Hoeven, Om de macht bij het fonds, AZIVO, 's Gravenhage, 1983, p. 18-21.

De artsen wilden tot alle ziekenfondsen worden toegelaten, een zetel in het bestuur daarvan en een verlaging van het maximum-inkomen waaronder verzekerden toegang hadden tot de fondsen, zodat zij meer particuliere patiënten kregen. Voor de laatste categorie bepaalde de arts namelijk zelf de hoogte van het consultbedrag terwijl hij voor de ziekenfondsverzekerden een vast bedrag per jaar ontving, waarvan de hoogte door de fondsen werd vastgesteld. De ziekenfondsen wensten daarentegen een verhoging van het maximum-inkomen, zodat meer verzekerden tot hun fondsen konden toetreden en de risico's beter werden gespreid.

De NMG ging daarop over tot de oprichting van eigen ziekenfondsen en verbood haar leden om zich als medewerker aan een fonds te verbinden dat niet aan de door artsen voorgestane drie voorwaarden voldeed.[167]

Een mogelijke oplossing voor deze conflicten had het voorstel van Wet tot regeling der Ziekenverzorging van 1919 kunnen bieden.[168] Toen echter door de economische teruggang van de jaren dertig de geplande jaarlijkse subsidie van 10 miljoen gulden aan de fondsen werd ingetrokken verloor het voorstel al een groot deel van zijn aantrekkingskracht en nadat over de in het voorstel aangebrachte wijzigingen opnieuw onenigheid ontstond tussen de NMG en de fondsen, vond het wetsvoorstel in 1937 een 'roemloos einde'.[169]

4.1.2 Regulering aanbodzijde

4.1.2.1 Honorering

De honorering van de huisarts in het kader van de Armenwet vormde in de eerste helft van de twintigste eeuw regelmatig een onderwerp van discussie tussen de gemeente en de huisarts, met wie sommige gemeenten een overeenkomst voor de 'armenpraktijk' hadden afgesloten.[170] Uit jurisprudentie blijkt dat de gemeente de huisarts geen opdrachten mocht geven die het particuliere praktijkgedeelte konden raken, zoals de eis dat de huisarts hulp geeft 'aan ieder die erom vraagt'. De gemeente mocht echter in tijden van financiële krapte wel korten op het met de arts voor de armenpraktijk overeengekomen bedrag. Tegen dergelijke kortingen is de Inspectie - overigens zonder veel succes - in de dertiger jaren regelmatig namens de artsen bij Gedeputeerde Staten in beroep gegaan. De arts had ingevolge de Armenwet zelf geen beroepsmogelijkheid, reden waarom hij bij herhaling niet ontvankelijk werd verklaard wanneer hij namens één van zijn arme patiënten betaling van de verstrekte geneeskundige hulp reclameerde.

167 KNMG, Medische ethiek en gedragsleer, op. cit. p. 158.

168 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1919-1920, Bijlage 531, nrs. 1-2. De eerdere wetsvoorstellen voor een ziektekostenverzekering van de ministers Kuyper (Handelingen Tweede Kamer, zitting 1904-1904, Bijlage 120) en Veegers (Handelingen Tweede Kamer, zitting 1906-1907, Bijlage 91) kenden allen een verplichte gecombineerde verzekering voor ziektekosten en ziekengeld.

169 L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, ontwikkelingen en perspectieven, op. cit. p. 40-47.

170 C. Lietaert Peerbolte, De Armenwet, Samson, Alphen aan de Rijn, 1950, p. 143-156.

De Armenwet kende een strikte scheiding tussen de medische indicatie, die in handen was van de (armen)dokter, en de beoordeling van de behoeftigheid, een taak van het Armenbestuur. Om voor een kosteloos consult bij de armendokter in aanmerking te komen diende de patiënt in het bezit te zijn van een bewijs van behoeftigheid, afgegeven door het Armenbestuur.

Aan deze situatie kwam een einde toen veel gemeenten er na de inwerkingtreding van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 toe overgingen om voor de minder bedeelden een ziekenfondspremie te betalen en hen zo van huisartsenhulp te verzekeren.[171] Honorering van de huisarts vond in het kader van dit Besluit en van de latere Ziekenfondswet van 1964 (Stb. 392) plaats in de vorm van een vast bedrag per ziekenfondsverzekerde per jaar, het zogeheten abonnementshonorarium, terwijl de specialist op grond van deze regelgeving per verrichting werd betaald. Ingevolge de eerder, namelijk in 1954, tussen de LHV en vertegenwoordigers van ziekenfondsen gesloten Standaardovereenkomst, te vergelijken met de latere Modelovereenkomst (zie paragraaf 4.2.), werden overigens bepaalde handelingen van huisartsen, zoals het geven van narcose en het assisteren bij operaties, per verrichting betaald, mits het ziekenfonds daar toestemming voor had gegeven. In streken waar geen vroedvrouwen waren werd de huisarts eveneens per bevalling betaald. Over de hoogte van het abonnementshonorarium ontstonden regelmatig conflicten tussen ziekenfondsen en huisartsen.[172] De huisartsen waren van mening dat de groep ziekenfondsverzekerden (ongeveer 90% van hun patiëntenbestand)[173] een slecht financieel risico betekende omdat zij vaker dan particuliere patiënten een beroep op de huisarts deden.[174] Ook vonden zij dat het honorarium niet de reële stijging van de praktijkkosten volgde, redenen waarom de LHV dreigde om met ingang van 1 februari 1954 het verrichtingentarief toe te passen. Het conflict werd beslecht door een bindend advies en in oktober 1954 trad de Standaardovereenkomst in werking. Echter niet voor lang: de Ziekenfondsraad onthield al in september 1955 haar goedkeuring aan een verlenging van de overeenkomst omdat het honorarium niet op de juiste wijze zou zijn berekend.[175]

Ondanks deze conflicten werd ook in de Ziekenfondswet geen geschillenregeling opgenomen. De overheid was van mening dat in noodgevallen teruggevallen kon worden op het restitutiesyteem, waarbij de patiënt door hem gemaakte ziektekosten terugkrijgt van het ziekenfonds.[176] Bovendien geeft de Ziekenfondswet de overheid de bevoegdheid tot het formuleren van richtlijnen die ziekenfondsen en huisart-

171 C. Lietaert Peerbolte, De Armenwet, op. cit. p. 143.
172 H. Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, op. cit. 529-539.
173 Zo bleek uit onderzoek. Zie brief van de organisaties van ziekenfondsen aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, d.d. 1-11-1955, kenmerk 56.RW.1.11.'55, archief VNZ.
174 Dat ziekenfondspatiënten (1,5 tot 2 keer) vaker dan particuliere patiënten een beroep deden op de huisarts blijkt uit meerdere na de Tweede Wereldoorlog gehouden onderzoeken en studies. Zie L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, op. cit. p. 203.
175 Zie bijlage bij de brief van 3 november 1955 van de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en de LHV aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
176 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 32.

sen bij het sluiten van medewerkersovereenkomsten in acht moeten nemen (artikel 49 ZFW). De eerste richtlijn kwam al in 1967 tot stand toen opnieuw de opvattingen over de huisartsenhonorering tussen de LHV en de ziekenfondsen uiteenliepen.[177] Naar aanleiding van een hierover uitgebracht advies werd toen het honorarium van de huisarts verhoogd met bijdragen voor een pensioenregeling, voor dokters-assistentie en voor waarneming.[178]

De opkomst van groepspraktijken en gezondheidscentra en de daaraan mogelijkerwijze verbonden hogere bouw- en praktijkkosten (zie hoofdstuk 1) leidden wederom tot discussies tussen de ziekenfondsen en de LHV over eventuele consequenties over de verwerking daarvan in de honorering van in die praktijken werkzame huisartsen.[179]

Het abonnementshonorarium als zodanig ondervond eveneens kritiek, ondermeer van de Sociaal Economische Raad. De Raad stelde al in 1973 dat een dergelijk systeem onvoldoende rekening houdt met de samenstelling van de huisartsenpraktijk.[180] Zo is bijvoorbeeld gebleken dat bejaarden van de huisarts een tijdsinvestering vragen die twee keer zo hoog ligt als bij andere patiënten.[181] Ook wordt te weinig rekening gehouden met de werkelijk gemaakte kosten.

Het particuliere huisartsentarief werd door de overheid vanaf 1970 aan een maximum gebonden in jaarlijkse prijsbeschikkingen op basis van de Prijzenwet (Stb. 646, 1976). Aan een algemeen inkomensbeleid voor huisartsen bestond in deze periode geen behoefte omdat vaststelling van de honoraria de goedkeuring van de Ziekenfondsraad behoefde en de minister zonodig het goedkeuringsbesluit kon schorsen.[182] Wel zag de overheid het al in 1974 als haar verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat de tarief- en honoreringssystemen geen stimulans bevatten voor een behandeling van de patiënt in een echelon dat hoger is dan noodzakelijk.[183]

4.1.2.2 De medewerkersovereenkomst

Iedere huisarts heeft het recht om, behoudens ernstige bezwaren, via een overeenkomst als medewerker tot een ziekenfonds te worden toegelaten. Als het ziekenfonds weigert, kan de arts in beroep gaan bij de Ziekenfondsraad en - zonodig - bij de Kroon. Wanneer de huisarts een overeenkomst heeft gesloten met één van de ziekenfondsen in een bepaalde regio, is hij verplicht dit ook te doen met de andere daar werkzame ziekenfondsen, wanneer deze hem daartoe verzoeken. De huisarts verstrekt hulp in natura aan op zijn naam ingeschreven patiënten. De in

177 H.C. van der Hoeven, Om de macht bij het fonds, op. cit. p. 347-349 en richtlijnen ex artikel 49 ZFW, d.d. 10 maart 1967.

178 Commissie van der Ven, Advies honoraria huisartsen, uitgebracht aan Staatssecretaris Bartels op 19 december 1966.

179 Ziekenfondsraad, Advies inzake ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra, 1972.

180 Sociaal Economische Raad, Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging, 1973, nr. 19, Bijlage II, p. 19.

181 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 10 934, nr. 2, p. 17.

182 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 12.

183 Structuurnota, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2, p. 26.

1954, dus nog voor de inwerkingtreding van de Ziekenfondswet, gesloten en hiervoor reeds besproken, Standaardovereenkomst zou ook voor huisartsen worden gehanteerd, die geen lid waren van de LHV. Deze overeenkomst kende een geschillenregeling waarbij een Commissie van Toezicht zowel aan het ziekenfonds als aan de huisarts maatregelen zou kunnen opleggen in de vorm van herstel van gedaan onrecht, een boete, een berisping, een tijdelijke stopzetting van de inschrijving van nieuwe patiënten en - in het uiterste geval - ontbinding van de overeenkomst tussen huisarts en ziekenfonds. De overeenkomst kwam, zoals gezien, al in 1955 te vervallen.

4.1.3 Regulering vraagzijde

4.1.3.1 Inhoud

Ingevolge het Ziekenfondsenbesluit van 1941 werd hulp van de huisarts zowel op het spreekuur gegeven alsook bij de patiënt thuis. Specialistische hulp kon, mits op indicatie van de huisarts, eveneens aan de patiënt thuis worden verstrekt. In het latere Verstrekkingenbesluit (Stb. 3, 1966) op basis van de Ziekenfondswet wordt hulp van de huisarts 'open' geformuleerd. Verzekerden hebben aanspraak op hulp van een huisarts 'welke naar plaats en omvang wordt bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is' (artikel 3 en 4). Dit 'gebruikelijkheidscriterium' is in de loop der jaren door de jurisprudentie nader ingevuld. Zo bepaalde de Hoge Raad in 1973 dat individuele, preventieve zorg, zoals het pilconsult, tot de gebruikelijke huisartsenhulp was gaan behoren.[184] Het onderscheid tussen huisartsenhulp en specialistische hulp is van ditzelfde criterium afhankelijk. Het verrichten van een abortus provocatus wordt bijvoorbeeld niet gerekend tot de gebruikelijke huisartsenhulp, maar tot specialistische hulp.[185]

Terwijl de ziekenfondsverzekerde voor een onderzoek of behandeling door de specialist een verwijzing van de huisarts nodig heeft hebben particuliere patiënten dit niet, tenzij hun verzekeringspolis dit vereist.

4.1.3.2 Financiering

Financiering van de huisartsenhulp geschiedt voor ziekenfondsverzekerden uit de op basis van de Ziekenfondswet geïnde en door de Ziekenfondsraad beheerde premiegelden. De positie van de huisarts als poortwachter van en verwijzer naar de tweede lijn en de daarmee samenhangende directe toegankelijkheid van de huisarts was voor de overheid een reden om aan de verstrekking huisartsenhulp op basis van de Ziekenfondswet geen eigen bijdrage te verbinden.[186]

Particulier verzekerden betalen de huisarts per consult en/of verrichting een bedrag dat zij, afhankelijk van de verzekeringsvoorwaarden, al dan niet vergoed krijgen. Ingevolge jurisprudentie is een onvoldoende resultaat van de behandeling

184 Hoge Raad, 19-01-1973, NJ 1973, nr. 156.
185 Commissie van Beroep Ziekenfondsraad, 1-6-1972, RZA, nr. 72 044.
186 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 14.

geen reden om betaling te weigeren.[187] De relatie arts-patiënt is een inspanningsen geen resultaatsverbintenis. Het aantal huisbezoeken staat eveneens ter beoordeling van de huisarts. Een naar de mening van de patiënt te hoog aantal bezoeken dient daarom toch betaald te worden.[188] De huisarts bepaalde in deze periode zelf de hoogte van het tarief, maar het was gebruikelijk dat hij rekening hield met de draagkracht van de patiënt. Men kan dit zien als een soort financiële solidariteit op basis van zelfordening.

In het kader van de discussie rond de invoering van een beperkte (voor inwoners met een inkomen onder een bepaalde maximum-grens) Volksverzekering tegen ziektekosten rees in 1965 de vraag of huisartsenhulp daarin als verstrekking moest worden opgenomen.[189] Velen achtten dit niet nodig omdat het een 'licht' risico betreft dat financieel gezien vrijwel door iedereen is te dragen. De overheid daarentegen achtte opname van huisartsenhulp in een dergelijke verzekering wel aangewezen.[190] Een belangrijk argument daarvoor vormde het recht op gelijke toegang tot de gezondheidszorg, een recht dat voor ouderen en chronische zieken op de tocht zou komen te staan wanneer zij zich, gelet op hun lage inkomen, niet voor huisartsenhulp zouden verzekeren. Daarmee bestond het risico dat zij de hulp van de huisarts niet op tijd zouden inroepen, terwijl juist deze patiënten diens hulp vaker nodig hebben.

Omdat de gedachtenvorming over het ontwerp voor de beperkte Volksverzekering nog niet rond was en mede daardoor de invoering van de tegelijkertijd ingediende Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 617, 1967) vertraging dreigde op te lopen werd voorlopig van de invoering van een beperkte Volksverzekering afgezien.[191] De Ziekenfondswet, oorspronkelijk bedoeld als een tijdelijke regeling ter vervanging van het bezettingsrecht, bleef gehandhaafd en daarmee de financiering van de huisartsenhulp uit twee verschillende bronnen: ziekenfonds- en particulier verzekeringsgelden.

187 Kantongerecht Rotterdam, 5-12-1919, NJ 1920, p. 1010.

188 Rechtbank Haarlem, 26-1-1926, NJ 1926, p. 677.

189 Handelingen Tweede Kamer 1965-1966, 8 730, nrs. 1-4 en adviezen over het wettelijke ziektekostenverzekeringsstelsel, waaronder van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake volksverzekering grote geneeskundige risico's, (1964), van de Ziekenfondsraad het rapport van de subcommissie Grondslagen ziekenfondsverzekering (1958) en van de commissie verstrekkingen inzake Eigen risico in de ziekenfondsverzekering (1969), van de Sociaal Economische Raad Advies inzake een verzekering tegen zware geneeskundige risico's (1965), van de Raad voor het Midden-en Kleinbedrijf het rapport Zware geneeskundige risico's (1966), van het Centrum voor Staatkundige vorming Ziektekostenvoorziening (1959), het Plan Drogendijk van 1949 (in H. Festen, Spanningen in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 1985), en van de NMG het plan Blanksma (in Medisch Contact, 1954, p. 337-340). Zie voor een algemene bespreking van de voor- en nadelen van een Volksverzekering voor ziektekosten H.D.C. Roscam Abbing en F.H.H. Rutten, Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, op. cit. hoofdstuk 2.

190 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 730, nrs. 3-4, p. 15.

191 H.J.J. Leenen en H.D.C. Roscam Abbing, Bestuurlijk gezondheidsrecht, op. cit. p. 137-138.

4.2.1 Regulering aanbodzijde

4.2.1.1 Honorering

Toen de economische groei aan het eind der jaren zeventig begon te stagneren, terwijl de kosten voor de gezondheidszorg bleven stijgen, zag de overheid zich genoodzaakt om alsnog ook voor de huisartsen een kostenbeheersend inkomensbeleid te ontwikkelen. Omdat de tot dan toe voor particuliere tarieven gehanteerde Prijzenwet (zie paragraaf 4.1) hiervoor een onvoldoende wettelijke basis bood[192] werd het inkomensbeleid voor huisartsen in 1981 gebaseerd op de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije-beroepsbeoefenaars (TWN, Stb. 423, 1981). Ingevolge de TWN stelde de Minister van Sociale Zaken, na overleg met de LHV, een aanvaardbaar inkomensniveau vast. Dit vormt een gegeven voor de aanwijzingen van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) aangaande het norminkomen voor huisartsen op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG, art. 14 en 15, Stb. 646, 1980). In overeenstemming met deze aanwijzingen geeft het COTG richtlijnen uit, die door de verzekeraars en de LHV in acht worden genomen bij de tariefonderhandelingen. Nadat in 1987 het definitieve norminkomen van de huisartsen in de WTG-tarieven was verwerkt werd deze beroepsgroep, in overeenstemming met de dereguleringsgedachte, aan de werkingssfeer van de TWN onttrokken (Stb. 188, 1987). De COTG-richtlijnen voor de ziekenfonds- en particuliere huisartstarieven hebben betrekking op het inkomensbestanddeel, de praktijkkosten, de reken-normpraktijk (gemiddelde praktijkomvang van 2.350 patiënten) en een integrale kostenvergoeding voor huisartsen werkzaam in een geformaliseerd samenwerkingsverband.[193]

De totstandkoming van de richtlijnen voor de particuliere tarieven heeft overigens geleid tot drie gerechtelijke procedures tussen de LHV en de Staat.[194] Aanleiding daartoe was de tussen deze partijen in het convenant van 1985 (zie ook de eerdere paragrafen) gemaakte afspraak dat, mochten de onderhandelingen tussen de particuliere verzekeraars en de LHV over de honoreringsstructuur mislukken, de overheid met de LHV overleg zou voeren over een verlaging van het verrichtingengetal, één der maatstaven op basis waarvan het particuliere tarief wordt berekend. Toen de onderhandelingen tussen verzekeraars en LHV op niets uitliepen en de overheid

192 President van de Rechtbank 's Gravenhage, 7 november 1980, later bevestigd door de Hoge Raad, 1 juli 1983, NJ 1984, nr. 360. In casu betrof het specialisten.

193 Bijvoegsel bij Staatscourant 157, 1989. De op 10 januari 1990 goedgekeurde, en met terugwerkende kracht per 1 januari 1987 in werking getreden, richtlijnen met betrekking tot de integrale kostenvergoeding hebben de integrale kostenvergoedingsregeling vervangen waarvan in de periode tussen 1979 en 1987 slechts 30 samenwerkingsverbanden gebruik hebben gemaakt. Deze was onaantrekkelijk geworden sinds vanaf 1987 de kostenvergoeding binnen het abonnementsgedeelte was verhoogd. Ministerie van WVC goedkeuringsbesluit kenmerk VTA/THP-411460 en COTG richtlijnen integrale kostenvergoeding V 5000/9/1.

194 Arrondissementsrechtbank 's Gravenhage, 20-1-1987, KG, 1987, nr. 83.

weigerde met de LHV in overleg te treden, spande de LHV een procedure aan. De rechter gaf de overheid de opdracht om, overeenkomstig de gemaakte afspraak, alsnog met de LHV overleg te plegen. Toen de overheid vervolgens naliet om een aanwijzing aan het COTG te geven waarin met het lagere, inmiddels ook door de overheid zelf als zijnde juist erkende, verrichtingengetal voor de particuliere tarieven rekening zou worden gehouden, stapte de LHV wederom naar de rechter.[195] In de daaropvolgende uitspraak werd de Staat opgedragen om op korte termijn een dergelijke aanwijzing te geven, een uitspraak die in hoger beroep werd bekrachtigd omdat, zo stelde het Hof, de LHV er op basis van het convenant op mocht vertrouwen dat een lager verrichtingengetal tot tariefconsequenties zou leiden. Deze in een gerechtelijke uitspraak vervatte opdracht aan de Staat om een aanwijzing te geven is wel als een vorm van materiële wetgeving gekarakteriseerd. De rechter oordeelde dat de procedurele voorwaarden van de WTG voor de totstandkoming van aanwijzingen (horen van het COTG en mededeling aan het Parlement) hier geen materiële betekenis meer hadden omdat zij 'niet geacht worden ertoe te strekken dat een onrechtmatige toestand blijft voortbestaan'.[196]

Het voorafgaande maakt duidelijk, dat het in geding gebrachte bestuursconvenant in feite de wettelijke (WTG-)procedures heeft doorkruist en dat de beginselen van de Trias Politica gecompromitteerd zijn, aldus H. Roscam Abbing.[197]

Voor de berekening van de particuliere tarieven bleef een betaling per consult/visite het uitgangspunt. Voor irreguliere hulp (tussen 20.00 en 8.00 uur en in het weekend) mag ingevolge de COTG-richtlijn een dubbel tarief worden berekend wanneer het consult ook in de reguliere werktijd gegeven had kunnen worden, mits daardoor het totale huisartseninkomen niet wordt beïnvloed.

Voor de in het kader van de intensieve thuiszorg bij ziekenfondspatiënten afgelegde visites is sinds 1 mei 1990 een apart tarief van kracht, evenals voor nacht- en weekendhulp aan niet op naam van de huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerden.[198]

Voor het overige bleef voor ziekenfondspatiënten het abonnementshonorarium gehandhaafd. De kritiek daarop is echter geenszins verstomd, aangezien een dergelijk honoreringssysteem de kosten weliswaar beheersbaar houdt, maar eventuele extra inspanningen van de huisarts onvoldoende beloont. Dit verklaart in ieder geval ten dele de eerder genoemde neiging tot een snelle verwijzing naar de tweede lijn (specialisten, RIAGG) met een kostenverhogend effect op de gehele gezondheidszorg.[199] Uit een onderzoek van Meyboom blijkt overigens dat de huisarts

195 Arrondissementsrechtbank 's Gravenhage, 21-5-1987, KG, 1987, nr. 243.

196 Hof 's Gravenhage, 10-9-1987, KG, 1988, nr. 10.

197 H.D.C. Roscam Abbing, Bestuursaccoorden in de gezondheidszorg, Recht en Werkelijkheid, 1987, nr. 2, p. 54-70.

198 Circulaire Ziekenfondsraad d.d. 20 februari 1991, kenmerk JA/2845.

199 R.T.J.D. Janssen, Honorering van huisartsen, Instituut voor onderzoek van overheidsuitgaven, Den Haag 1988, p. 6-8.

90% van de patiënten boven 65 jaar zelf behandelt, ook al roepen deze 1 tot 2 keer vaker zijn hulp in.[200]

Meerdere voorstellen zijn gedaan om via het honoreringssysteem de huisarts te stimuleren zijn patiënten zo lang mogelijk zelf te behandelen en om de substitutie van specialistische door huisartsenhulp te bevorderen. De voorstellen voor de toekomstige huisartsen-honorering gaan vrijwel alle in de richting van een gecombineerd systeem. Bijvoorbeeld een honorering die gedeeltelijk uit een abonnement bestaat en gedeeltelijk uit vergoedingen per verrichting, waarbij rekening wordt gehouden met de geleverde kwaliteit en inspanningen.[201] Ervaringen in Denemarken wijzen echter uit dat een gecombineerd abonnement/verrichtingensysteem kan leiden tot een grotere technische gerichtheid van de huisarts en het verrichten van onnodig onderzoek.[202] Wel kan het feit dat de huisarts voor diagnostisch onderzoek direct toegang heeft tot poliklinische en ziekenhuis-faciliteiten een verminderd beroep op de tweede lijn ten gevolge hebben, zo blijkt uit onderzoek in Engeland.[203] In het teken van een verbeterde samenwerking en afstemming tussen eerste en tweede lijn staat ook de mogelijkheid tot consultatie van de verpleeghuisarts door de huisarts, die sinds 1987 op basis van de AWBZ wordt gefinancierd (Stcrt. 1, 1987), evenals de 'korte kaart' voor specialistisch advies. Deze kaart kan tevens de kosten van specialistische hulp verlagen. Het nieuwe verwijskaartensysteem, dat de Landelijke Specialistenvereniging (LSV) en de VNZ per 1 juli 1991 zijn overeengekomen, legt vast dat de huisarts bij een eerste verwijzing naar een specialist een korte kaart uitschrijft met het verzoek om een advies of een korte behandeling van maximaal 1 tot 2 maanden. Deze kaart heeft een bepaalde waarde, voor welk bedrag de specialist de verzekerde hulp biedt. Daarna verwijst de specialist de patiënt terug naar de huisarts en wordt met de patiënt overlegd over het al dan niet voortzetten van de behandeling door de huisarts of de specialist. Indien voortzetting van specialistische hulp is aangewezen schrijft de huisarts een aanvullende kaart (jaarkaart) uit.[204]

Voor de huisarts wordt een gemengd honoreringssysteem bepleit, waarbij de huisarts naast het abonnementsgedeelte een toelage ontvangt voor het vervullen van sommige functies die nu meestal in de tweede lijn worden verricht.[205] Mogelijke functies zijn dan diagnostiek en spoedeisende hulp (EHBO), maar ook hulp aan bepaalde groepen patiënten zoals diabetes- of rheumapatiënten. Een functiegerichte honorering ligt meer dan een honorering per verrichting in de lijn van het voorgeno-

200 B. Meyboom-de Jong, Bejaarde patiënten, een onderzoek in twaalf huisartsenpraktijken, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1989. Staatscourant 115, 1989.
201 LHV, Discussienota de positie van de huisarts in de toekomst, op. cit.
202 H.A. Flierman en P.P. Groenewegen, Het Deense voorbeeld, Huisarts en Wetenschap, 1989, nr. 6, p. 212-218.
203 Direct access to hospital investigative facilities: threats and opportunities, Journal of general practitioners, april 1989, p. 135-137.
204 Ziekenfondsraad, schrijven d.d. 16 mei 1991, kenmerk JA/7450/91.
205 R.A. de Melker, Is de huisarts tot verandering bereid?, Medisch Contact, 1987, nr. 23, p. 722-726.

men overheidsbeleid, gericht op een zorginhoudelijke en functionele benadering van het verzekeringspakket (zie Deel III).

Voor een adequate honoreringsstructuur acht de Ziekenfondsraad het nodig dat inzicht bestaat in de achtergronden van de huidige verschillen in consumptie (zie paragraaf 4.2.3). Daarmee kunnen verzekeraars en huisartsen hun voordeel doen bij onderhandelingen over de toekomstige tarief- en honoreringsstructuur, zodat het waarborgen van de kostenbeheersing verder aan hen kan worden overgelaten.[206]

4.2.1.2 De medewerkersovereenkomst

De contracteerplicht werd na 1974 gehandhaafd. Ingeval een huisarts een medewerkersovereenkomst wordt geweigerd is beroep mogelijk bij de Commissie toelatingsgeschillen van de Ziekenfondsraad. Op 1 januari 1983 werd opnieuw (zie paragraaf 4.1.2.2) een Modelovereenkomst van kracht tussen de VNZ en de LHV, nu op basis van de Ziekenfondswet (artikel 44a, Stb. 702, 1982) en vastgesteld door de Ziekenfondsraad. Deze bevat afspraken over de in eerdere paragrafen genoemde kwaliteits- en bereikbaarheidsaspecten, een honoreringsovereenkomst, een goodwillregeling (vanaf 1987, zie paragraaf 3.2) en een geschillenregeling. Ingevolge deze regeling, die een zekere gelijkenis vertoont met die van 1954, is het mogelijk dat een huisarts of een ziekenfonds een geschil over de medewerkersovereenkomst voorlegt aan een regionale commissie van overleg met de mogelijkheid van beroep op een Commissie van de Rechtspraak. De Commissie kan deze overeenkomst ontbinden indien sprake is van ernstige wanprestatie of wanneer tijdens de samenwerking zodanige bezwaren zijn gerezen dat onder gelijke omstandigheden de overeenkomst niet zou zijn aangegaan. De commissies van overleg vervullen een soort 'zeeffunctie', waardoor op de Commissie van de Rechtspraak tot nu toe nauwelijks een beroep is gedaan.[207]

Het ziekenfonds kan ook ontbinding van de overeenkomst vorderen bij de burgerlijke rechter of de overeenkomst - onder voorwaarden en op termijn - opzeggen ingeval van wanprestatie. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer een huisarts opzettelijk te hoge bedragen declareert en daarmee handelt in strijd met de goede trouw welke men op grond van artikel 1374, lid 3 BW van iedere contractpartner mag verwachten.[208]

Indien de huisarts niet in bezit is van een vestigingsvergunning ex WVG vormt dat een ernstig bezwaar (artikel 47, lid 1 ZFW) op basis waarvan een ziekenfonds een medewerkersovereenkomst kan weigeren.[209] Een ander door de rechter erkend bezwaar ligt in het dienstverband dat bestaat tussen een huisarts en een universiteit, omdat daarmee de onafhankelijkheid van de huisarts in het geding

206 Ziekenfondsraad, advies Verandering verzekerd, nr. 449, 1989, p. 89-93.

207 Commissies voor de Rechtspraak ziekenfondsen-medische beroepsbeoefenaren, periodiek verslag over de periode tussen 1 januari 1986 en 1 januari 1988. In de jaren 1989 en 1990 is geen procedure gevoerd.

208 Hoge Raad, 16-12-1977, RZA, nr. 78 009.

209 Raad van State, afdeling geschillen van bestuur, 26-10-1988, AB,1989, nr. 17.

kan zijn.[210] Wanneer een medewerker bij toelating geen voorwaarden wil accepteren die verder gaan dan in de Modelovereenkomst LHV/VNZ zijn vastgelegd vormt dat echter geen ernstig bezwaar op grond waarvan het ziekenfonds een overeenkomst zou mogen weigeren.[211]

4.2.2 Regulering vraagzijde

4.2.2.1 Inhoud

De omvang van de huisartsenhulp wordt na 1974 verder omlijnd door de rechtelijke uitleg van het gebruikelijkheidscriterium. Ter afbakening van de hulp van de huisarts ten opzicht van die van de specialist blijkt sterilisatie bijvoorbeeld uitsluitend tot de gebruikelijke specialistische hulp te behoren, reden waarom een verzoek om vergoeding van deze ingreep door de huisarts werd afgewezen.[212]

Sommige door huisartsen toegepaste alternatieve therapieën worden als niet gebruikelijk beoordeeld, zoals de Moermantherapie, chelationtherapie, de Cyriax methode en acupunctuur.[213] De rechter stelde dat, indien het wenselijk is dat acupunctuur een verstrekking wordt in de zin van het Verstrekkingenbesluit van de Ziekenfondswet, uitrekking van het gebruikelijkheidscriterium niet de geëigende weg is.[214] Homeopathie en antroposofie blijken echter wel tot de wettelijke verstrekking huisartsenhulp te worden gerekend, indien de huisarts teven homeopaat, respectievelijk antroposoof is.[215]

Onderzoek van het NIVEL wijst uit dat 40% van de huisartsen wel eens een alternatieve geneeswijze toepast en/of homeopathische geneesmiddelen voorschrijft, terwijl slechts een deel van die huisartsen zich hierin ook heeft bekwaamd door het volgen van een opleiding.[216] Van een mogelijk substitutie-effect tussen reguliere en alternatieve zorg is voorlopig nog niets gebleken. Eerder lijken patiënten

210 Waarnemend Voorzitter van de Afdeling voor de geschillen van bestuur van de Raad van State, 17-6-1987, RZA, 1987, nr. 126.

211 Commissie toelating huisartsen Ziekenfondsraad, 5-4-1991, RZA, 1991 nr. 85.

212 Raad van Beroep 's Gravenhage, 18-1-1984, RZA, 1989, nr. 213.

213 Respectievelijk Raad van Beroep, 's Gravenhage, 7-9-1976, RZA, nr. 76 079, Centrale Raad van Beroep, 21-12-1979, RZA, nr. 80 025, Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad, 19-3-1991, Rechtspraak, RZA, 1991, nr. 74 en Commissie voor beroepszaken, Ziekenfondsraad, 25-2-1983, RZA, nr. 83 014.

214 Centrale Raad van Beroep, 21-12-1979, RZA, nr. 80 025.

215 Centrale Raad van Beroep, 9-7-1987, RZA, 1987, nr. 166. Dit is nog eens bevestigd door een Kamermotie, waarin werd bedongen dat homeopathische en antroposofische geneesmiddelen bij de wijzigingen van het Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. 26 en 81, 1989) in het kader van de Ziekenfondswet vergoed moeten blijven. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17 9481, nr. 9. In deze zin ook de Commissie voor beroepszaken RZA, 1991, nr. 78.

216 Alleen acupuncturisten en antroposofische huisartsen hebben vrijwel allen een speciale opleiding gevolgd, voor de andere alternatieve huisartsen ligt dit percentage beduidend lager. G.J. Visser, Huisartsen en alternatieve geneeswijzen, NIVEL, Utrecht 1988, p. 2-18.

van alternatieve huisartsen een groter beroep te doen op de reguliere zorg (fysiotherapeuten en specialisten).

Een telefonisch consult van een homeopathisch huisarts buiten de eigen woonomgeving of in de hal van het ziekenhuis wijkt, aldus de rechter, af van wat in huisartsenkring gebruikelijk is en komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking.[217]

Op de omvang van de huisartsenhulp kan het basistakenpakket van de huisarts, dat de LHV in 1986 heeft vastgesteld, mede van invloed zijn. De formulering van dit pakket is echter in zeer algemene termen gesteld, zoals diagnostiek, behandeling en verwijzing van allen die de hulp inroepen van de huisarts en speciale aandacht voor bepaalde groepen patiënten, zoals zwangeren, kinderen, chronische zieken, bejaarden en terminale patiënten. Binnen de LHV geldt de opvatting dat niet de individuele huisarts, maar de huisartsengroep in principe op dit pakket aanspreekbaar is, omdat de lokale situatie en/of de persoonlijke kennis en vaardigheden van de individuele huisarts uiteen kunnen lopen.[218] De continue bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts vormen onderdeel van het basispakket en vereisen derhalve geen aparte honorering.[219]

4.2.2.2 Financiering

Het verschil in financiering tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten beïnvloedt hun 'consumptiegedrag'. Wanneer een particuliere patiënt niet voor huisartsenhulp, maar wel voor specialistische hulp is verzekerd wordt, indien de polisvoorwaarden een verwijzing eisen, op de huisarts een zekere druk uitgeoefend om de patiënt snel door te verwijzen naar de specialist, ook indien dit medisch gezien niet steeds noodzakelijk is.[220] Deze tendens komt ook naar voren in een onderzoek van het Nederlands Economisch Instituut.[221] Het aantal contacten met de specialist is groter bij particuliere dan bij ziekenfondsverzekerden, ook na standaardisering voor leeftijd en geslacht. Dit is opvallend omdat het percentage contacten met de huisarts voor ziekenfondsverzekerden - wederom na standaardisering - nog steeds (zie paragraaf 4.1) ongeveer 20% hoger ligt dan voor particuliere patiënten. Met de geplande overgang van huisartsenhulp naar AWBZ-financiering (zie Deel III) [222] zal de poortwachtersfunctie van de huisarts ook voor particuliere patiënten wettelijk worden verankerd. Tevens wordt gedacht aan de huisarts als een soort 'case-manager' die er ondermeer op zal moeten toezien, dat onnodige uitgaven worden voorkomen (zie ook paragraaf 2.2).[223]

217 Raad van Beroep Amsterdam, 27-6-1979, RZA, nr. 79 070.

218 LHV, Het basistakenpakket van de huisarts, Utrecht, 1986 en de Notitie inzake honoreringsstructuur huisartsen van 27 maart 1991.

219 LHV, De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, Utrecht, 1989.

220 R.T.J.D. Janssen, Honorering van huisartsen, op. cit. p. 61.

221 Nederlands Economisch Instituut, Kwantificering van risico-selectie en een globaal normuitkeringensysteem, Rotterdam, 1989, p. 18-22.

222 Financieel Overzicht Zorg 1990, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nr.1, p. 22.

223 R.T.J.D. Janssen, Honorering van huisartsen, op. cit. p. 56.

Sinds 1986 wordt de huisartsenhulp ook gefinancierd als onderdeel van het standaardpakket van de verzekering afgesloten op basis van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (zie hoofdstuk 1).

De LHV wijst een eigen bijdrage van de patiënt voor huisartsenhulp buiten kantooruren af omdat deze hulp een drempelvrije voorziening moet blijven.[224]

5 Knelpunten

De eerste regulering van de huisartsgeneeskunde vindt plaats in de Verordeningen van 1804, waarin men voorlopers aantreft van het wettelijk tuchtrecht en het klachtrecht van nu. Deze hebben, evenals de hiermee vrijwel overeenkomende regeling van 1818, de hun toegedachte rol ten aanzien van de *kwaliteitswaarborging* niet kunnen waarmaken. De daaropvolgende WUG van 1865, die de uitoefening van het artsenberoep voorbehoudt aan universitair opgeleiden en zich door een breed maatschappelijk (NMG-)kader gedragen wist, voldoet in dit opzicht beter. Toch bleef het toezicht op de naleving van het bevoegdheidsvereiste moeilijk. Met de vervanging van de WUG door de toekomstige Wet BIG wordt de bevoegdheidsbescherming dan ook verlaten. Wel zal ook deze Wet de patiënt bescherming tegen ondeskundig medisch handelen blijven bieden, een functie die onontbeerlijk is gezien de toename van tuchtrechtelijke procedures tegen huisartsen. Materieel gezien hebben deze procedures vooral diagnostisering en de toepassing van experimentele en alternatieve geneeswijzen tot onderwerp evenals de *bereikbaarheid en beschikbaarheid* van de huisarts of diens waarnemer, in het bijzonder waar het om huisbezoek gaat. Bepaalde KNMG-gedragsregels hebben door overname in tuchtrechtspraak naast interne ook externe werking gekregen. Het betreft bijvoorbeeld de eis van samenwerking en overleg tussen huisarts en specialist met het oog op de continuïteit van de patiëntenzorg, een regel die niet overal wordt gerespecteerd.

De erkenning van het vereiste van een specifieke bekwaamheid in de huisartsgeneeskunde en het instellen van een huisartsenregister door de KNMG heeft in 1973 plaatsgevonden, ongeveer veertig jaar na de eerste specialistenregistratie. De huisartsenregistratie heeft indirect wettelijke erkenning gekregen doordat zij een voorwaarde vormt voor contractering in het kader van de Ziekenfondswet.

Aan het eind van de achttiende eeuw ontstond een groot tekort aan huisartsen door de verhoogde (universitaire) opleidingeisen van de WUG. Na de Tweede Wereldoorlog was dit tekort weliswaar vrijwel geheel weggewerkt, maar bestond toch een tamelijk ongelijke spreiding van de huisartsgeneeskunde over Nederland, een situatie waarin het Vestigingsbesluit van 1986 herkenbaar verbetering heeft gebracht. Het heeft eveneens een volumebeheersing van de huisartsgeneeskunde meer in het algemeen bewerkstelligd. Anderzijds had de met de regeling beoogde verkleining van de normpraktijk zich reeds eerder ingezet en heeft het Besluit

224 LHV, De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, op. cit.

aanleiding gegeven tot vele gerechtelijke procedures. Een negatief effect was vooral in de beginperiode merkbaar: verzwakking van de positie van sommige gezondheidscentra en groepspraktijken, die wegens een regionale overcapaciteit aan huisartsen individueel niet meer voor de vervanging van een vertrekkende huisarts in aanmerking kwamen en daardoor de in hoofdstuk 1 genoemde stimulerings-subsidies misliepen. Aangezien de WVG, c.q. het daarop gebaseerde Vestigingsbesluit, alleen voor de huisartsen van kracht is geworden kwam van de met deze wet beoogde samenhang met andere eerstelijnsvoorzieningen, op deze basis althans, niets terecht.

Hoewel de beroepsgroep (KNMG/LHV) zelf had aangedrongen op regelgeving ten aanzien van de vestiging van huisartsen, bleef zij daarnaast haar eigen, interne, regeling handhaven. Dit leidde in plaats van de ook door de overheid beoogde complementariteit tussen zelfordening en wetgeving, eerder tot overlap en langdurige procedures.

Uit de vele procedures, die tot aan de dag van vandaag worden gevoerd over de vrije huisartsenkeuze, blijkt hoe belangrijk dit in de Ziekenfondswet neergelegde recht door patiënten wordt gevonden. Beperkingen daarop worden, ook door de rechter, steeds minder geaccepteerd en een heroverweging van de KNMG-afspraken over het na waarneming (niet) overnemen van patiënten van een collega is in dit opzicht wellicht op zijn plaats. De LVG beschouwt overigens het rekening houden met voorkeuren van de patiënt voor een bepaalde medewerker als een kwaliteitskenmerk van een gezondheidscentrum (zie ook hoofdstuk 1).

De *financiële toegankelijkheid* van de huisartsenhulp kent zowel een ordenend als sturend wettelijk kader. De ordening in de ziekenfondsverzekeringen sluit aan bij in de geschiedenis gegroeide gebruiken (hulp in natura, inkomensafhankelijke premie, overeenkomstenstelsel). De contracteerplicht, die op aandringen van de (huis)artsen in de wet is opgenomen, heeft echter een sturend karakter en geeft de ziekenfondsen weinig, c.q. geen bewegingsruimte. Het is met name dit element dat veel kritiek ondervindt.

De bemoeienissen van de overheid met de huisartsentarieven hebben ondermeer vorm gekregen in het met de LHV in 1985 gesloten bestuurconvenant. Dit buitenwettelijke instrument heeft geleid tot meerdere gerechtelijke procedures van de LHV tegen de Staat, toen de laatste haar afspraken als contractspartner niet bleek na te komen. Tevens zijn bestaande wettelijke procedures, bijvoorbeeld het overleg tussen ziekenfondsen en LHV, hiermee doorkruist.

Een factor die het verwijzingsgedrag van de huisarts naar de specialist in negatieve zin kan beïnvloeden is het gegeven, dat veel particuliere patiënten niet voor de huisarts maar wel voor de specialist verzekerd zijn en daarom op snelle verwijzing aandringen. Een andere factor is de weinig doelmatige honoreringsstructuur van zowel huisarts als specialist in het kader van de Ziekenfondswet. Toch zag de overheid het al in 1973 als haar plicht ervoor te zorgen dat de tarief- en honoreringssystemen geen stimulans bevatten voor een behandeling van de patiënt in

een hoger echelon dan noodzakelijk is. Het in 1991 door de LSV/VNZ geïntroduceerde nieuwe verwijskaartensysteem kan hier overigens wel verbetering in brengen.

Het in COTG-richtlijnen neergelegde abonnementshonorarium vraagt om aanpassing opdat de huisarts efficiënter en meer patiëntgericht handelt en onnodige verwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen. De voorstellen voor een gemengde honoreringsstructuur dateren overigens niet van vandaag. Ook de Standaardovereenkomst van 1954 kende reeds een aparte honorering voor bepaalde, specialistische, handelingen die de huisarts, soms als 'halfspecialist', verrichtte. Het is echter niet alleen het honorarium, maar ook de werkstijl van de huisarts als zodanig die tot een groter aantal verwijzingen blijkt te leiden.

Een verzekering van rechtswege voor hulp van de huisarts, gecombineerd met de gratis toegang, lijkt mede oorzaak zijn van een aanmerkelijk hoger beroep op huisartsenhulp door ziekenfondspatiënten dan door particuliere patiënten, die niet altijd voor huisartsenhulp verzekerd zijn en de huisarts per verrichting/bezoek betalen.

De huidige, in jurisprudentie nogal strikt gehanteerde, scheiding tussen wat onder specialisten en wat onder huisartsen gebruikelijk is, zowel qua omvang van de verstrekking alsook voor wat betreft de plaats waar deze wordt gegeven, kan ten aanzien van een mogelijk substitutiebeleid belemmerend werken. Het gebruikelijkheidscriterium biedt weliswaar de mogelijkheid om in de verstrekking huisartsenhulp nieuwe onderdelen op te nemen (zoals het pilconsult), maar de jurisprudentiële invulling ervan blijkt niet steeds even consistent. Zo heeft dit per alternatieve geneeswijze tot een ander resultaat geleid, zonder dat daaraan een meer wetenschappelijke argumentatie ten grondslag ligt. Opvallend is overigens dat de huisarts sommige alternatieve geneeswijzen regelmatig blijkt toe te passen zonder over de daarvoor benodigde bekwaamheden in de vorm van een opleiding te beschikken.

Zelfordening krijgt vooral gestalte binnen het NHG en de LHV, waarbij nu ook de SDO is ondergebracht. De wenselijkheid van een onafhankelijke stichting heeft blijkbaar plaatsgemaakt voor de wens tot een bundeling van krachten en tot één gesprekspartner voor de overheid, namelijk de LHV. Bij deze vereniging, die naast kwaliteitswaarborging en -verbetering tevens de belangen van de eigen leden behartigt, is overigens ongeveer 90% van de huisartsen aangesloten.

6 Samenvattende conclusie

Regulering van de huisartsgeneeskunde, alhoewel de oudste in geschiedenis bij de regulering van beroepen in de gezondheidszorg, is slechts gedeeltelijk tot stand gekomen en is wat betreft de financiële toegankelijkheid over verschillende wettelijke kaders verspreid. Aan in wetgeving neergelegde normen, zoals vrije huisartsenkeuze en aard, inhoud en omvang van de aanspraak op huisartsenhulp (gebruikelijkheidscriterium) heeft met name jurisprudentie vorm moeten geven, hetgeen voor verzekerden tot de nodige onduidelijkheden heeft geleid. Een eenduidig takenpakket en heldere afspraken zijn nodig om voor patiënten rechtszekerheid en rechtsgelijkheid te bieden, zowel waar het hulpverlening door de huisarts betreft, alsook met betrekking tot verwijzing naar de specialist.

De overheid en de beroepsgroep wijzen eigen bijdragen van verzekerden voor huisartsenhulp af omdat dit zou leiden tot verminderde toegankelijkheid. De huidige tarief- en honoreringsstructuren werken subsitutie-belemmerend. Wel wordt momenteel een flexibeler systeem en complementaire werking van regelgeving en zelfordening (afspraken tussen partijen) voorgestaan.

Het vestigingsbeleid komt na een korte periode van overheidsbemoeienis via regelgeving, weer in handen van de beroepsgroep (en verzekeraars). Onduidelijk is daarbij de toekomstige positie van de huidige mede-actoren (gemeente, vertegenwoordigers van patiënten en van andere eerstelijnsdisciplines).

Andere aspecten, zoals waarneming en bereikbaarheid van de huisarts, bleven geheel in handen van de beroepsgroep, waarbij de in dat kader gestelde normen vervolgens in jurisprudentie zijn overgenomen en daarmee algemene gelding verkregen. De toename van tuchtrechtelijke procedures wijst op de noodzaak van een effectiever intern en extern kwaliteitstoezicht, in het bijzonder waar het de beschikbaarheid van de huisarts (huisbezoek), diagnostiek en de toepassing van alternatieve geneeswijzen betreft. Garanties voor kwalitatief verantwoorde geneeskunde op het eerste hulpverleningsniveau zijn vanuit patiëntenperspectief onmisbaar.

Het supra-nationale EG-recht kan noch de beroepsgroep, noch de nationale overheid ervan weerhouden om in Nederland een hoger kwaliteitsniveau na te streven dan de communautaire regels opleggen, mits dit huisartsen uit andere lidstaten maar niet worden tegengeworpen. Voorbeelden daarvan zijn een adequate, op de beroepsbeoefening toegesneden, opleiding, en bij- en nascholing.

Hoofdstuk 3

De Wijkverpleging

1 Voorgeschiedenis

Aan het begin van de negentiende eeuw was thuisverpleging vooral weggelegd voor de meer welgestelden (zie hoofdstuk 1). Armen werden verzorgd in gods- en gasthuizen met alle risico's vandien.[1] Vanaf 1836 ontstonden de eerste vormen van 'Gemeindepflege', waarbij diaconessen vanuit het moederhuis ook zieken thuis begonnen te verplegen. In 1845 ging hiertoe een speciale wijkopleiding in Utrecht van start. Aan het eind van de negentiende eeuw vingen ook andere organisaties aan zich bezig te houden met het verplegen van zieken thuis en het opleiden van wijkverpleegkundigen.[2,3] Het zijn de kruisverenigingen, waarvan de eerste in 1875 werd opgericht door de geneeskundig Inspecteur van Noord-Holland, dr. J. Penn. Dit particuliere initiatief werd nodig bevonden toen overheidsmaatregelen voor de preventie en verzorging van besmettelijke ziekten uitbleven, ondanks de regelmatig terugkerende cholera-epidemieën, die in Nederland vele slachtoffers maakten.[4] Het Noord-Hollandse voorbeeld vond spoedig navolging over geheel Nederland. Aan het begin van de twintigste eeuw concentreerde de aandacht van de kruisverenigingen zich dan ook op de bestrijding van besmettelijke ziekten, in het bijzonder van tuberculose. De verpleging van hieraan lijdende patiënten en de uitleen van het daarvoor benodigde verpleegmateriaal waren activiteiten die door de rijksoverheid vanaf 1904 incidenteel en na 1924 structureel ondersteund en gestimuleerd werden in de vorm van subsidies.[5]

Een belangrijke stap in de professionalisering van het (wijk-)verpleegkundig beroep was de oprichting in 1893 van de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging. Daarvan maakten overigens niet alleen verpleegkundigen, maar ook artsen en besturen van ziekenhuizen deel uit. De Bond bracht enige eenheid in de veelheid van opleidingen en examens evenals in de wijze van diplomering van verpleegkundigen,

1 Zo overleed 1 op de 4 patiënten in het Amsterdamse Binnengasthuis. C. Dane, De geschiedenis van de ziekenverpleging, De Tijdstroom, Lochem, 1976, p. 87.

2 De titel 'verpleegkundige' werd pas in 1977 geïntroduceerd, nadat de eerste HBOV-opleidingen van start waren gegaan (zie 2.2). Omdat de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep voor het overgrote deel (nog) uit vrouwen bestaat, wordt de vrouwelijke persoon gebruikt.

3 In 1879 werden de eerste zes 'witte-kruis' diploma's uitgereikt. H.W. Stolk-van Delen, Wijkverpleging in historisch perspectief, Rodopi, Amsterdam, 1983, p. 5-13.

4 D. Cannegieter, Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, op. cit. p. 92-93.

5 A. Querido, De Wit-Gele Vlam, gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, Bergmans, Tilburg, 1973, p. 29.

toen nog 'verpleegsters' geheten.[6]

In 1890 werd de eerste 'echte' beroepsvereniging voor verpleegkundigen opgericht, 'Nosokomos', die tevens als bemiddelingsbureau functioneerde voor de particuliere thuisverpleging van meer gefortuneerde patiënten.[7]

2 Kwaliteit

2.1 Periode tot en met 1974

2.1.1 Ontwikkeling regelgeving

Nosokomos was voorstandster van een staatsexamen voor verpleegkundigen, zoals de artsen dat kenden.[8] De wetgever volgde echter het voorstel van de Nederlandse Bond, aangezien dat beter aansloot bij de inmiddels gegroeide situatie om examinering en diplomering van verpleegkundigen in handen te laten van de instellingen waar zij hun 'in-service' opleiding ontvingen. Hiervoor hadden de instellingen overigens wel een erkenning nodig van de overheid, die het opleidingsprogramma vaststelde en de opleidingsduur bepaalde op eerst drie, later drieëneenhalf, jaar.

Gekozen werd voor wettelijke titelbescherming. Het voor artsen geldende systeem van bevoegdheidsbescherming werd, hoewel dat de patiënt betere waarborgen voor kwaliteit zou bieden, voor verpleegkundigen afgewezen op grond van het feit dat een bevoegdheidsoverschrijding bij verpleegkundigen nog moeilijker te constateren zou zijn dan bij artsen reeds het geval was.[9] Een ander belangrijk bezwaar tegen bevoegdheidsbescherming gold dat in dat geval niet-gediplomeerden, die een belangrijk deel van de verpleegkundige taken uitvoerden, geheel van de beroepsuitoefening zouden worden uitgesloten. Daarmee zou het toch al schrijnende tekort aan verplegend personeel nog worden vergroot.

De titelbescherming werd vastgelegd in de Wet ter bescherming van het diploma ziekenverpleging (later verpleegkundige) van 1921 (Stb. 702). Deze biedt ook de mogelijkheid om een aantekening op het diploma[10] aan te brengen wanneer na de basisopleiding een bepaalde specialisatie is gevolgd. Dit valt onder de bevoegdheid van de Inspecteur der Volksgezondheid. De aantekening wijkverpleging kan vanaf 1923 worden verkregen na het voltooien van een speciale opleiding van een half (Stcrt. 164, 1923), later twee (Stcrt. 144, 1970) jaar.

6 H.W. Stork-van Delen, Wijkverpleging in historisch perspectief, op. cit. p. 29.

7 P. Spieker, Verdeeldheid kenmerkt de geschiedenis van de verpleegkundige belangenbehartiging, Verpleegkunde nieuws, 1988, nr. 19, p. 30-31.

8 P. Spieker, Verdeeldheid kenmerkt de geschiedenis van de verpleegkundige belangenbehartiging, op. cit.

9 Memorie van Toelichting, Wet bescherming van het diploma voor ziekenverpleging, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1919-1920, Bijlage 219, nr. 3.

10 Men onderscheidt het diploma A-verpleegkundige, dat wordt verkregen na een opleiding in een A-ziekenhuis, B-verpleegkundige, dat staat voor psychiatrisch verpleegkundige en Z-verpleegkundige dat men verkrijgt na een opleiding in de zwakzinnigenzorg.

2.1.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

Tot de verpleegkundige beroepsuitoefening worden sinds 1921 alleen zij toegelaten die het diploma verpleegkundige hebben behaald. Iemand, die de titel verpleegkundige voert zonder over dat diploma te beschikken, is strafbaar. De Inspecteur der Volksgezondheid beheert de registers, die overigens een louter administratief karakter hebben.

Voor wijkverpleegkundigen werd het bezit van de aantekening wijkverpleging een, zij het indirecte, eis omdat kruisverenigingen, waar vrijwel alle wijkverpleegkundigen werkzaam zijn, alleen voor rijkssubsidiëring in aanmerking konden komen, indien zij verpleegkundigen A met een wijkaantekening in dienst namen (Stcrt. 242, 1936). Toen na de Tweede Wereldoorlog het aantal wijkverpleegkundigen onvoldoende bleek om de vele vacatures te vervullen, versoepelde de overheid deze subsidievoorwaarde en mochten kruisverenigingen - mits met voorafgaande toestemming van de Inspecteur- ook verpleegkundigen A zonder wijkaantekening aanstellen.[11] Tot 1974 kwam hierin weinig verandering. In dat jaar wees de overheid in haar Structuurnota op de noodzaak van een adequate opleiding tot en bijscholing van wijkverpleegkundigen opdat zij hun deskundigheid op peil kunnen houden en de positie van de eerstelijnszorg aldus kunnen versterken.[12]

Aan het begin van de jaren zeventig deed de hoofdwijkverpleegkundige haar intrede in het kruiswerk om wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden de nodige begeleiding te geven. Een hoofdwijkverpleegkundige heeft, naast ervaring in de wijk, een kaderopleiding gevolgd. Haar aanwezigheid werd een subsidie-voorwaarde om ziekenverzorgenden aan te mogen stellen, een nieuwe beroepsgroep die sinds 1970 ook bij het kruiswerk werkzaam is. Ziekenverzorgenden ontvangen hun diploma na een twee-jarige in-service opleiding in een verpleeg- of verzorgingstehuis en kennen eenzelfde wettelijke titelbescherming als verpleegkundigen (Stb. 289, 1963). Zij worden vooral ingezet om bejaarden en chronisch zieken thuis te verzorgen en mogelijke opnames in een bejaarden- of verpleeghuis te voorkomen, in overeenstemming met het in de eerste Nota Bejaardenbeleid geformuleerde beleid.[13]

Naast deze beroepsbeoefenaren, werkzaam in de directe zorgverlening, beschikte het kruiswerk op provinciaal niveau (zie paragraaf 3.2) nog over districtsverpleegkundigen. Deze hadden een speciale opleiding genoten en kenden ieder een eigen deskundigheidsgebied (kinderhygiëne, geslachtsziektebestrijding, sociaal-medische zorg). Zij konden door wijkverpleegkundigen worden geconsulteerd en gaven bijscholingscursussen.

11 Staatssecretaris Hendriks, Structuur en financiering van kruiswerk, Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1975, p. 144-148.
12 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2, p. 13.
13 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 10 934, nr. 2.

2.1.3 Beroepsuitoefening

Verpleegkundigen en ziekenverzorgenden kennen geen wettelijk tuchtrecht. Zij kunnen wel strafrechtelijk worden vervolgd, bijvoorbeeld wanneer zij de op hen rustende zorgplicht niet nakomen (art. 255 WvSr). Ingevolge jurisprudentie kan de wijkverpleegkundige zich zelfstandig op het verschoningsrecht beroepen, wanneer zij in een civiele procedure als getuige voor de rechter wordt geroepen.[14]

Beide beroepsbeoefenaren zijn strafbaar wanneer zij medische handelingen verrichten, omdat zij daartoe niet bevoegd zijn (art. 1 WUG jo art. 436 WvSr). Dit vloeit niet alleen voort uit de WUG, maar ook uit het gegeven dat de wetgever een zodanige bevoegdheid niet uitdrukkelijk aan verpleegkundigen heeft toegekend, zo stelde de Hoge Raad in 1940.[15] Omdat het in de praktijk toch regelmatig voorkwam dat artsen dergelijke handelingen aan verpleegkundigen delegeerden is in jurisprudentie hiervoor de constructie van de 'verlengde arm' geïntroduceerd (zie ook hoofdstuk 2). Indien daarbij aan de patiënt schade wordt berokkend en ook voor het overige aan de vereisten van schuld en oorzakelijk verband is voldaan, bestaat voor de wijkverpleegkundige een civielrechtelijke aansprakelijkheid op basis van onrechtmatige daad, alsook voor de kruisvereniging als werkgever (artikel 1403 BW).

Het Groene Kruis verbond in 1927 aan het verstrekken van wijkverpleging de voorwaarde dat dit alleen mogelijk was in gezinnen waar ook geneeskundige hulp werd geboden.[16] Over het algemeen is het echter gebruikelijk dat de wijkverpleegkundige zelfstandig haar werkzaamheden verricht zonder dat daaraan een verzoek of aanwijzing van de huisarts voorafgaat.[17] Bij gezondheidscentra ligt de situatie enigszins anders omdat de wijkverpleegkundige daar nauw samenwerkt met de huisarts.

Tussen 1936 (Stcrt. 242) en 1952 (Stcrt. 40) lag het toezicht op de kwaliteit van het bij de verpleging en verzorging gebruikte verpleegmateriaal ingevolge de subsidievoorwaarden in handen van de Inspecteur. De daarvoor en daarna liggende periodes kenden, naast de algemene toezichthoudende bevoegdheid van de Inspectie, geen specifieke regelgeving dienaangaande.

Op het gebied van *zelfordening* werden de eerste, vooralsnog alleen internationale, stappen voor de ontwikkeling van kwaliteitsnormen genomen in het kader van de Internationale Code voor verpleegkundigen. Deze Code werd in 1973 door de International Council of Nurses, waarin ook Nederland zitting heeft, aanvaard en beschrijft als verpleegkundige verantwoordelijkheden het bevorderen van de

14 Hof Den Bosch, 20-6-1961, NJ 1962, nr. 344 en Hof Amsterdam, 17-6-1982, besproken door Mr. C.M. Sanders in Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg 1982, nr. 11, p. 28-32. Hoge Raad, 23-11-1990, T.v.Gr. 1991/19.

15 Hoge Raad, 2-1-1940, NJ 1940, nr. 345.

16 H.W. Stork-van Delen, Wijkverpleging in historisch perspectief, op. cit. pp. 47 en 55.

17 Nota Volksgezondheid 1966, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 462, nr. 2, p. 50.

gezondheid, het voorkomen van ziektes, het herstellen van de gezondheid en het verzachten van het lijden van de patiënt. De verpleegkundige dient ingevolge de Code haar kennis en vaardigheden op peil te houden en binnen de maatschappelijke context de hoogst mogelijke professionele standaard te realiseren, voor het vaststellen waarvan de verpleegkundige beroepsgroep zelf verantwoordelijk is.[18] Deze standaard werd echter op nationaal niveau niet verder ontwikkeld of uitgewerkt, omdat niet duidelijk was welke van de verschillende organisaties, waarbij verpleegkundigen zijn aangesloten, hiervoor verantwoordelijk zou zijn. Sommige daarvan hebben meer het karakter van een vakbond, andere meer van een beroepsorganisatie.[19] De mede daardoor onderling uiteenlopende belangen en verdeeldheid maakten onderhandelingen met de overheid moeilijk, zo niet onmogelijk, en vormden een belangrijke reden waarom verpleegkundigen niet tot een zelfde mate van zelfordening kwamen als de artsen.

2.2 Periode na 1974

2.2.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

Sinds 1977 hebben ook degenen, die aan een Middelbare of Hogere Beroepsopleiding (MBOV of HBOV) zijn opgeleid, toegang tot de verpleegkundige beroepsuitoefening en mogen zich verpleegkundige te noemen (Stb. 396, 1977). Hetzelfde geldt voor verpleegkundigen die in een andere lidstaat van de EG een op communautair niveau erkend diploma hebben behaald (Rl 77/452, Pb 176, 1977).

Voor de bij de kruisvereniging werkzame wijkverpleegkundigen is het bezit van de wijkaantekening of het HBOV-diploma een vereiste, een norm die ook in het Besluit erkenningseisen kruisorganisaties (Stcrt. 107, 1981) is terug te vinden. Omdat bij de inwerkingtreding van dat Besluit de meeste kruisvereniging (nog) niet aan de in het Besluit opgenomen kwaliteitseisen voldeden, verkregen zij in 1981 alle een voorlopige erkenning. Deze zijn steeds collectief verlengd, zonder dat een systematische controle op de naleving ervan heeft plaatsgevonden. De erkenningseisen zijn dan ook nog niet alle overal gerealiseerd.[20]

Van de ziekenverzorgende wordt ingevolge de erkenningseisen vereist, dat zij een applicatie-cursus van zes maanden doorloopt. Het Erkenningenbesluit schrijft ook voor hoe de onderlinge verhouding in aantallen wijkziekenverzorgenden, wijk-

18 International Council of nurses, Code for nurses, ethical concepts applied to nursing, Mexico, 1973.

19 P. Spieker, Verdeeldheid kenmerkt de geschiedenis van de verpleegkundige belangenbehartiging, op. cit.

20 Rapportage werkgroep kruiswerk inzake evaluatie en inventarisatie van de verstrekking, signalering van knelpunten, Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1987 en Ziekenfondsraad, Advies erkenningseisen kruisorganisaties, 1988, nr. 427.

verpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen moet zijn.[21] Deze normen blijken echter te strak geformuleerd om op de veelal wisselende hulpvraag in te kunnen spelen,[22] zodat er af en toe de hand mee wordt gelicht. Voor de continue bereikbaarheid en beschikbaarheid van de wijkverpleging worden bijvoorbeeld 's avonds en 's nachts ook verpleegkundigen A zonder wijkaantekening ingezet. Dat leidt overigens niet tot het toepassen van sancties, zoals het intrekken van de erkenning en/of een korting op het budget. Waar de normen wel worden gerespecteerd, zoals de onderlinge aantallen-verhouding, gaan wijkverpleegkundigen taken uitvoeren, die even goed (en goedkoper) door wijkziekenverzorgenden verricht hadden kunnen worden.[23] Het regelmatig verrichten van taken door een te hoog gekwalificeerde kan voor de betrokken beroepsbeoefenaar demotiverend werken. De erkenningseisen bieden geen ruimte om MDGO-verzorgenden in te zetten, hoewel dat voor bepaalde, praktische, thuishulp wenselijk zou zijn.[24]

De Ziekenfondsraad heeft een voorstel gedaan voor nieuwe erkenningseisen met een globalere normstelling.[25] Dit zou de wijkverpleging beter in staat moeten stellen om de competitie aan te gaan met in steeds grotere getale op de thuismarkt opererende particuliere bureaux voor verpleging en verzorging, die niet aan erkenningseisen (of CAO's) gebonden zijn. De Inspectie wil de kwaliteitsbewaking van met name deze particuliere zorg verbeteren, aangezien een toegespitst wettelijk kader momenteel ontbreekt.[26]

In de toekomstige Wet BIG wordt de toegang tot de verpleegkundige beroepsuitoefening afhankelijk van inschrijving in het register van verpleegkundigen. Registratie wordt een constitutief vereiste om de titel verpleegkundige te mogen voeren. Verpleegkundigen zijn dan de HBOV-opgeleiden, die op het eerste deskundigheidsniveau functioneren en de eindverantwoordelijkheid dragen voor het verpleegkundig zorgproces. Op het tweede niveau zullen de MBOV- en MDGOVp-opgeleide[27] 'verpleegsters' werkzaam zijn onder de directe verantwoording van de HBO-ver-

21 Namelijk 1 hoofdwijkverpleegkundige voor een team van 9 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en 1 wijkziekenverzorgende per 3 wijkverpleegkundigen (Besluit erkenningsnormen, Bijlagen 1 en 2).

22 Eindrapportage evaluatie verstrekking Kruiswerk, Ziekenfondsraad, advies nr. 438, 1988.

23 F. Laprée en J. van Westering, Haalt de wijkverpleging het jaar 2000?, Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990, nr. 1, p. 6-9.

24 Handelingen Tweede Kamer, 1987-1988, 20 551, nr. 3, p. 8. Het betreft bijvoorbeeld hulp bij het eten, zich kleden etc., de zogeheten ADL-hulp.

25 Ziekenfondsraad, Advies erkenningseisen kruisorganisatie, op. cit.

26 Geneeskundige Inspectie, Zorgen over de kwaliteit van de thuiszorg, Medisch Contact, 1989, nr. 24, p. 806.

27 MDGO-Vp (verplegen) en MDGO-Vz (verzorgen) zijn opleidingen binnen het Middelbaar Dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs in het kader van de Wet op het Voorgezet onderwijs (Stb. 40, 1963, art. 13 en 29) en het MDGO-uitvoeringsbesluit van 24-7-1984, Stb. 360. Omdat het aantal MDGO-Vz-opgeleiden beduidend hoger ligt dan het aantal MDGO-Vp'ers worden vaak verzorgenden ingezet op verpleegstersplaatsen. Zie Advies Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Basisopleidingen in de verpleging, 1986, p. 26.

pleegkundige.[28]

Voor verpleegsters en verzorgsters zal geen constitutieve registratie worden geïntroduceerd, omdat zij van de verpleegkundige afgeleide taken verrichten, niet geheel zelfstandig werkzaam zijn en er voor hen daarom geen behoefte bestaat aan tuchtrecht.[29] Wel biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid om per algemene maatregel van bestuur bepaalde opleidingseisen te formuleren en het gebied van deskundigheid te omschrijven (zie ook Deel III). Hoewel het eerst in de bedoeling lag de in-service opleidingen af te schaffen, worden deze nu gehandhaafd uit angst voor een mogelijk tekort aan personeel en uit financiële overwegingen.[30] De Nationale Raad voor de Volksgezondheid stelt, dat leerlingen gedurende hun opleiding niet aansprakelijk zouden zijn voor eventuele gemaakte fouten.[31] Dit kan alleen de civielrechtelijke aansprakelijkheid betreffen, aangezien strafrechtelijke aansprakelijkheid persoonlijk is en niet kan worden uitgesloten.

Terwijl de huidige verpleegkundige 'specialisaties', zoals de wijkverpleging, met name zijn gericht op de te vervullen functie, wil de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het toekomstige wettelijke kader van de BIG iemand als verpleegkundig specialist aanmerken indien zij op een deelgebied van de verpleegkunde een speciale opleiding heeft genoten.[32] De specialisaties waaraan de Nationale Raad denkt zijn verpleegkundige hulpverlening aan ouderen, aan kinderen en jeugdigen en intensieve verpleging. Mocht dit realiteit worden dan zal de tijd van de huidige 'all-round' wijkverpleegkundige, die zich met alle leeftijdsgroepen en met curatieve én preventieve zorg bezighoudt, voorbij zijn.

De verpleegkundige beroepsgroep zou ingevolge de Wet BIG haar eigen registers voor verpleegkundige specialisaties kunnen instellen en beheren. Indien dit niet gebeurt en indien de noodzaak daartoe aanwezig wordt geacht, kan de overheid zonodig bij algemene maatregel van bestuur een voorziening treffen (art. 15 BIG).

2.2.2 Beroepsuitoefening

De toekomstige Wet BIG zal voorzien in de mogelijkheid om van overheidswege een systeem van periodieke registratie voor verpleegkundigen te introduceren en daaraan voorwaarden voor recente praktijkervaring en voor bij- en nascholing te verbinden.

In 1990 heeft de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV), in 1988 voortgekomen uit 'het Beterschap', de Internationale Code voor verpleegkundigen

28 Nationale Raad, Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel, 1988.

29 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies wettelijke voorziening tweede deskundigheidsniveau verpleging, 1987 en Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel, 1988.

30 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 20 961 nr. 1 en 1989-1990, 20 961, nr. 4.

31 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies stageproblematiek in het MDGO, Zoetermeer, 1985.

32 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies verpleegkundig specialist, 1989.

nader uitgewerkt in een beroepscode. Deze bevat globale normen voor het bijhouden van de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een adequate verpleegkundige beroepsuitoefening. Verpleegkundigen, die om hen motiverende redenen niet aan een bepaalde handeling willen meewerken, zorgen zelf voor vervanging door een collega. Zij dienen bovendien de patiënt te beschermen tegen mogelijk schadelijk gedrag van colle-gae.[33] Het aantal in mei 1991 bij de NMV aangesloten leden bedroeg echter slechts 8% van de verpleegkundige beroepsgroep[34] en de NMV kent geen intern tuchtrecht, zodat naleving van deze regels in verenigingsverband niet kan worden afgedwongen. De oprichting van de Nieuwe Unie '91, waarin de NMV tezamen met de VVIO (Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in opstand) op 4 september 1991 is opgegaan, heeft in het voorafgaande geen essentiële wijzigingen gebracht.

De Wet BIG zal een wettelijke tuchtrecht voor verpleegkundigen introduceren omdat de verpleegkundige de patiënt het meest nabij staat en overwegend zelfstandig functioneert in relatie tot de patiënt. Dit geldt, aldus de wetgever, in het bijzonder voor de wijkverpleegkundige.[35] Verdere motieven zijn de afhankelijkheid van de patiënt, die de deskundigheid moeilijk kan beoordelen, de bijzondere risico's die de patiënt bij deze beroepsbeoefening loopt en het teamverband, waarin verpleegkundigen vaak met artsen samenwerken.[36] De tuchtrecht-procedure is dezelfde als voor de (huis)arts, alleen is het tuchtcollege samengesteld uit verpleegkundigen en juristen. Een bevoegdheid tot het indienen van een tuchtrechtelijke klacht hebben de direct belanghebbende (patiënt, naasten),[37] de Inspecteur, de werkgever en de opdrachtgever (huisarts).

De (wijk)verpleegkundige zal na het van kracht worden van de Wet BIG tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn indien zij handelt in strijd met de tegenover de patiënt en diens naaste te betrachten zorgvuldigheid (art. 62), bijvoorbeeld door buiten het eigen gebied van deskundigheid te treden, aldus de wetgever.[38] Ook indien zij bepaalde, voorbehouden, handelingen verricht zonder over de nodige bekwaamheid te beschikken of zonder de instructies van de huisarts op te volgen is tuchtrechtelijke aansprakelijkheid mogelijk (art. 52 jo 110 BIG). Wel zal het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen voorbehouden handelingen, eveneens bij algemene maatregel van bestuur, tot de deskundigheid van de (wijk-) verpleegkundige worden gerekend. Voor dergelijke handelingen zal het toezicht

33 Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde, Beroepscode voor hen die beroepsmatig werkzaam zijn op het terrein van de verpleging, Utrecht, 1990.

34 Blijkens op 23 april 1991 telefonisch bij de NMV ingewonnen informatie.

35 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 522, nr. 3, p. 72.

36 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies regeling van het tuchtrecht in de wet BIG, 1989.

37 De, uit vrees voor een te zware belasting van de tuchtrechter, eerder voorziene 'sluisconstructie' (klacht van de patiënt alleen via Inspectie, opdrachtgever of werkgever van de verpleegkundige) is bij de wijziging van het wetsvoorstel BIG in september 1991 verwijderd. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 19 522, nr. 21.

38 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1986, 19 522, nr. 3, p. 75.

en de persoonlijke tussenkomst van de (huis)arts niet meer zijn vereist (art. 55a BIG).[39]

Waar het de samenwerking tussen wijkverpleging en huisarts op het gebied van voorbehouden handelingen betreft hebben de LHV en de Nationale Kruisvereniging in 1990 een protocol ontwikkeld voor de delegatie van deze handelingen aan wijkverpleegkundigen in de thuissituatie. Het protocol vereist van de wijkverpleegkundige dat zij bij het aanvaarden van een opdracht tot het verrichten van die handelingen zelf de verantwoording draagt voor een bekwame uitvoering en zich daarbij houdt aan het schriftelijke verzoek van de huisarts. Haar bevindingen worden bij de patiënt thuis aangetekend in een handelingsrapportage. Het is aan de kruisvereniging om te zorgen voor voldoende bekwaam personeel om de continuïteit van de uitvoering van de voorbehouden handelingen te waarborgen, waarvan sommige, zoals injecties, ook door de wijkziekenverzorgende verricht kunnen worden.[40] Voor bij de uitvoering eventueel gemaakte fouten en de daarbij ontstane schade is de kruisvereniging in principe civielrechtelijk aansprakelijk tegenover de patiënt. Indien schade optreedt voor de patiënt ontstaat tevens een strafrechtelijke aansprakelijkheid (art. 109 BIG) van de desbetreffende wijkverpleegkundige, die niet op de werkgever kan worden afgewenteld.

Het verrichten van voorbehouden handelingen door de patiënt of door diens familieleden valt overigens buiten het bereik van de Wet BIG, aldus de overheid, aangezien zij deze handelingen niet beroepshalve verrichten.[41] Zou dit anders zijn, dan zou dat in de thuissituatie vanzelfsprekend grote problemen met zich meebrengen.

In 1989 zijn voor de wijkverpleging kwaliteitsstandaarden ontwikkeld,[42] die vooralsnog incidenteel en op vrijwillige basis worden toegepast.[43] Dit past in de door de Ziekenfondsraad voorgestelde erkenningseis dat binnen de wijkverpleging systematisch en gestructureerd aandacht wordt besteed aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Voorts wordt gedacht aan een bepaling, die de kruisvereniging verplicht een Commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) in te stellen, zoals ook de ziekenhuissector die heeft, en waaraan (bijna) ongelukken kunnen worden gemeld.[44]

Op het door wijkverpleegkundigen gebruikte materiaal is weinig toezicht; het

39 Handelingen Tweede Kamer, 1989-1990, 19 522, nr. 18.

40 N.K. en L.H.V., Medisch handelen door verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de thuissituatie, Bunnik, 1990.

41 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 522, nr. 3, p. 41.

42 Standaarden zijn ontwikkeld voor de volgende gebieden: zorg aan zieken en gehandicapten, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, zie A. Appelman, H. Ligtenberg, B. van Bergen en L. Hollands, Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging, De Tijdstroom, Lochem, 1989.

43 F.A.L. Lapré, J.T.H. Rutten, Kwaliteitsbewaking in de praktijk, Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, maart 1989, p. 24-27.

44 Ziekenfondsraad, Advies erkenningseisen kruisorganisaties, op. cit.

blijkt kwalitatief (en kwantitatief) onvoldoende afgestemd op de zorgverlening[45] en soms zelfs gevaarlijk in het gebruik.[46] De begeleiding bij dat gebruik door verpleegkundigen behoeft eveneens verbetering.[47]

3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

3.1 Periode tot en met 1974

De Armenwet van 1912 legde, zoals gezien (hoofdstuk 1), de verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van verpleegkundige zorg voor minvermogenden bij de gemeente. Hoewel enkele steden, zoals Amsterdam, hiervoor over eigen verpleegkundig personeel beschikten, werd deze zorg in de meeste plaatsen verstrekt door de plaatselijke kruisverenigingen. Deze kwamen vanaf 1924 (Stcrt. 22) in aanmerking voor rijkssubsidie, waarbij de overheid een vertikale stroomlijning nastreefde door middel van de eis dat plaatselijke verenigingen zich aansloten bij en toezicht accepteerden van provinciale verenigingen. Deze waren op hun beurt weer aangesloten bij een van de drie landelijke verenigingen: het Groene Kruis van 1911, het rooms-katholieke Wit Gele Kruis van 1923 en het protestants-christelijke Oranje Groene Kruis van 1938.[48] Dit overheidsbeleid sorteerde weinig effect omdat de verregaande autonomie van de plaatselijke kruisverenigingen een hiërarchische structurering van het kruiswerk blokkeerde.[49]

Intergemeentelijke samenwerking op het gebied van de organisatie van het kruiswerk, een van de motieven voor de totstandkoming van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen van 1950 (Stb. K 120), kwam evenmin van de grond.[50]

De wijkverpleging moest ingevolge de achtereenvolgende Rijkssubsidieregelingen[51] worden verstrekt aan een ieder, ongeacht diens godsdienstige of politieke overtuiging. Tot 1952 mocht per gemeente slechts één kruisvereniging werkzaam

45 A.J.A.M. Dekker, J.B.F. Hutten en P.P. Groenewegen, Evaluatie van technologie in de eerste lijn: een voorstudie, NIVEL, 1988, p. 33.

46 Bijvoorbeeld de aan het bed bevestigde 'papegaaien': Hulp bij handicaps, gevaar, gezwoeg en ongenoegen, Consumentengids, juni 1988, p. 308-310.

47 H. Verhoeven, Nieuwe technologie bij thuiszorg, een nieuwe zorg in huis?, Nederlandse Organisatie voor Technologisch Aspektenonderzoek (NOTA), Den Haag, 1987, p. 26.

48 M.J.M. Knapen, Ontwikkelingen en perspectieven van kruisverenigingen, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1986, nr. 1, p. 13-15.

49 A. Querido, De Wit-Gele vlam, op. cit. p. 226.

50 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1948-1949, 1 198, nr. 3, p. 2 en M.N. Cramwinckel, Inleiding bij de Wet Gemeenschappelijke Regelingen, VUGA, 's Gravenhage, 1985, p. 6.

51 De achtereenvolgende Rijkssubsidieregelingen voor de plaatselijke verenigingen voor de tuberculosebestrijding dateren van 1924 (Stcrt. 22) en 1928 (Stcrt. 22) en voor de provinciale van 1931 (Stcrt. 2), 1935 (Stcrt. 240), 1936 (Stcrt. 242), 1941 (Stcrt. 35), 1946 (Stcrt. 223). In 1952 komt de eerste subsidieregeling voor plaatselijke verenigingen voor gezondheidszorg tot stand (Stcrt. 40), in 1957 omgedoopt tot Rijksregeling voor plaatselijke instellingen voor preventieve gezondheidszorg (Stcrt. 229). De landelijke en provinciale kruisorganisaties worden als zodanig vanaf 1961 (Stcrt. 222) door het rijk gesubsidieerd.

zijn (Stcrt. 242, 1936), die haar activiteiten moest ontplooien onder minimaal 1200 inwoners. Daarna mochten meerdere kruisverenigingen per gemeente werkzaam zijn, mits het aantal bij één vereniging aangesloten personen minimaal 2000 bedroeg (Stcrt. 40, 1952). Deze verandering heeft geleid tot een ruimtelijke versnippering van de wijkverpleging. De voorwaarde 'zonder onderscheid naar godsdienstige overtuiging' bleek ineffectief omdat patiënten/leden zich bij voorkeur aansloten bij een kruisvereniging van hun eigen signatuur. Daarom waren op vele plaatsen meerdere kruisverenigingen werkzaam met ieder hun eigen ledenbestand, dat, gezien de voorwaarde van 2000 aangeslotenen, over een groot gebied verspreid kon liggen. Dit veroorzaakte een verminderde bereikbaarheid in die zin dat de afstanden tussen de te verzorgen patiënten/leden zeer groot konden zijn. Deze werden eerst per fiets, later per bromfiets en nog later per auto afgelegd. Het bezit van een eigen auto is voor wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden tot op heden een gebruikelijk sollicitatie-vereiste. Het aantal verreden kilometers werd vergoed op basis van de Rijkssubsidieregeling.

In 1974 waren gemiddeld per 100.000 inwoners 27 wijkverpleegkundigen werkzaam (= 1 op 3700 inwoners) met gezamenlijk ongeveer 1800 werkgevers. Nederland kende toen 1200 plaatselijke kruisverenigingen.[52]

De hier geschetste situatie leidde in die tijd tot de volgende verzuchting: 'de organisatie van het kruis is het kruis van de organisatie'.[53] De ondoelmatige structuren stonden niet alleen een goede bereikbaarheid van de zorg in de weg, maar ook een efficiënte samenwerking met bijvoorbeeld de huisarts en de intramurale sector. Herstructurering van het kruiswerk bleek noodzakelijk.

De wijkverpleging kende geen wettelijke beschikbaarheidsnormen. In het kader van zelfordening zijn daartoe evenmin voorzieningen getroffen. Op het platteland werd de behoefte daaraan ook niet gevoeld, omdat het gebruikelijk was dat de wijkverpleegkundige in het wijkgebouw woonde.[54]

3.2 Periode na 1974

De regering en de Tweede Kamer waren in 1978 van mening dat de gemeente de eerst aangewezen instantie was voor de planning van de wijkverpleging, ook indien tot financiering uit de AWBZ zou worden overgegaan (zie paragraaf 4.2).[55] Van de op advies van de Ziekenfondsraad[56] in het Besluit erkenningseisen van 1981 opgenomen bepaling, dat de minister bevoegd was tot het geven van richtlijnen

52 Sociaal Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel rapport, 1974, p. 81.

53 A. Querido, De Wit-Gele Vlam, op. cit. p. 247.

54 Het bieden van een woning aan de wijkverpleegkundige is één der 'functies' waaraan een te bouwen wijkgebouw in 1958 moet voldoen. zie A. Querido, De Wit Gele Vlam, op. cit. p. 190.

55 Zie brief van de Staatssecretaris aan de Nationale Kruisvereniging d.d. 6 maart 1979 en de motie Dees-Cornelissen, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 300, nr. 25.

56 Ziekenfondsraad, Advies betreffende besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van kruisorganisaties, 1980 en art. 5 van het besluit.

dienaangaande, is door de overheid geen gebruik gemaakt. De erkenningsnorm van 1 wijkverpleegkundige op 3450 inwoners werd pas in 1985 bereikt.[57]

Gezien de in paragraaf 3.1 geschetste problemen werd op instigatie van de overheid het kruiswerk geherstructureerd. Basiseenheden kwamen tot stand (1 per 24.000 inwoners), welke functioneerden in het kader van een provinciale of regionale kruisvereniging die zelf lid was van de Nationale Kruisorganisatie. De Nationale Kruisorganisatie was in 1977 ontstaan uit de drie eerder genoemde landelijke kruisverenigingen. Zij gaf richtlijnen uit waaraan de op basis van de AWBZ erkende kruisorganisaties (EKO's) (zie paragraaf 4) zich moesten houden. In de loop der jaren bleek deze organisatiestructuur echter te bureaucratisch en te kostbaar.[58] Het accent zal in de toekomst dan ook op autonoom functionerende EKO's komen te liggen, waarvan het aantal, tussen 1980 en 1988 reeds teruggebracht van 470 naar 163, uiteindelijk 70 zal bedragen. Het werkgebied van de EKO's volgt de WGR-indeling zoveel mogelijk. De EKO's zijn rechtstreeks bij de Nationale Kruisvereniging en, sinds 1990, ook bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, aangesloten (zie hoofdstuk 1).[59] Het 'tussenniveau' van de provinciale kruisvereniging is in het kader van de landelijke herstructurerings-operatie al grotendeels verdwenen (zie ook paragraaf 4.2).[60]

Ingevolge het Erkenningenbesluit en de Modelovereenkomst is de wijkverpleging dag en nacht bereikbaar en beschikbaar om in urgente gevallen hulp te kunnen verlenen. De telefonische bereikbaarheid is inmiddels bij vrijwel alle kruisverenigingen gerealiseerd,[61] wat overigens nog niet betekent, dat de hulp ook continu beschikbaar is. Zo worden voor 'geplande' avondzorg nog wachtlijsten gehanteerd[62] en valt een hulpverleningsduur van meer dan 3 x 50 minuten per dag niet (meer) binnen het verstrekkingenpakket van de kruisorganisatie (zie paragraaf 4.2).

57 Nota 2000, Handelingen Tweede Kamer, 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 252.

58 Heroverwegingswerkgroep, Van samenwerken naar samengaan, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Den Haag, 1990.

59 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, Bunnik, 1989, p. 14 en Financieel Overzicht Zorg (FOZ), 1990, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 107. In Limburg zijn bijvoorbeeld met ingang van 1 januari 1990 de 22 EKO's en de provinciale kruisvereniging omgezet in vijf autonome districtsorganisaties op basis van de WGR-indeling van die provincie, werkzaam binnen een provinciaal samenwerkingsverband. Zie Gezond Limburg, nr. 1, jan/febr. 1990.

60 Ziekenfondsraad, Advies erkenningseisen kruisorganisaties, op. cit.

61 FOZ 1990, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 107.

62 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, op. cit. p. 88.

4 Financiële toegankelijkheid

4.1 Periode tot en met 1974

4.1.1 Ontwikkeling regelgeving

Sinds 1954 wezen leden van de Tweede Kamer regelmatig op de noodzaak van een wettelijke basis voor de financiering van de kruisvereniging, die wijkverpleging en patiënt meer rechtszekerheid zou bieden.[63] De Ziekenfondswet kwam daarvoor toen niet in aanmerking omdat deze, aldus de regering, op curatieve en niet op preventieve zorg was gericht, terwijl een belangrijk deel van de door de kruisverenigingen verstrekte zorg juist preventief van aard was.[64] In de Volksgezondheidsnota van 1966 verdween deze bedenking en werd voor de kruisvereniging eenzelfde wettelijke basis voorgestaan als voor de andere gezondheidszorgvoorzieningen.[65]

Na 1969 toonden ook de landelijke kruisorganisaties zich voorstanders van een wettelijk financieringskader voor wijkverpleging en kruiswerk. Wel diende aan 'drie voorwaarden van ondeelbaarheid' te worden voldaan: ondeelbaarheid van het ledenbestand (geen onderscheid tussen ziekenfonds-leden en overige leden), van de financiering (één financieringsbron en financieringssystematiek) en van de zorgverlening (curatieve én preventieve zorg).[66] De laatste voorwaarde stuitte echter op verzet van de ziekenfondsen, die wel een wettelijke basis voorstonden, maar dan uitsluitend voor de curatieve zorg.[67]

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid wees in 1974 een scheiding tussen curatieve en (individuele) preventieve zorg af omdat preventieve zorg een ziekenhuisopname kan voorkomen en het wettelijke ziektekostenstelsel niet meer louter en alleen als een risico-verzekering mag worden beschouwd, gezien haar effecten op de totale gezondheidszorg. Door opneming in het wettelijke stelsel zou deze zorg zich bovendien beter kunnen ontwikkelen. De Raad gaf de voorkeur aan de AWBZ boven de Ziekenfondswet aangezien hulp van de wijkverpleging voor de gehele bevolking beschikbaar moest zijn.[68]

Dat het ondanks al deze voorstellen in het begin der zeventiger jaren toch niet tot een overgang van wijkverpleging/kruiswerk naar de AWBZ is gekomen vond

63 Zie o.a. de verklaring van het kamerlid Mol bij de behandeling van de Gezondheidswet, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1953-1954, p. 3484 en de door de Tweede Kamer gesteunde motie van Mevr. Veder-Smit, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1972-1973, 12 000, XVII, nr. 11.

64 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, p. 13.

65 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 462, nrs. 1-2, p. 142-143.

66 Nota 'Heesbeen' van de drie landelijke kruisverenigingen, 1969, Nota inzake de financiering van het kruiswerk, Nationale Federatie 'Het Wit-Gele Kruis', Utrecht, 1970.

67 J.J.A.M. Verbunt, De financiële geschiedenis van de kruisverenigingen en de overgang naar de AWBZ-financiering, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg, 1980, p. 60.

68 Centrale Raad voor de Volksgezondheid, De financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 1974.

voornamelijk zijn oorzaak in het ontbreken van de daarvoor benodigde overheidsgelden.[69] Bovendien kon collectieve preventie, naast individuele preventie ook één van de door de kruisvereniging verrichte activiteiten, volgens de overheid niet als verstrekking in aanmerking komen, omdat deze zorg verder ging dan een wettelijk verplichte verzekering tegen ziektekosten zou toestaan.[70] Als technisch probleem werd verder nog aangevoerd dat de subsidiëring grotendeels gerelateerd was aan salariskosten, terwijl bij het wettelijke ziektekostenstelsel toen een betaling per verrichting of per patiënt gebruikelijker was.[71]

4.1.2 Regulering aanbodzijde

Zoals gezien in hoofdstuk 1 konden 'instellingen van liefdadigheid', die zich met de verpleging en verzorging van de armen bezighielden, op grond van de Armenwet van 1912 in aanmerking komen voor een gemeentelijke subsidie. Voorwaarde was dat het bestuur van de instelling opgave deed van het aantal thuis verpleegde zieken en kraamvrouwen en van de op het spreekuur verrichte verpleegkundige handelingen. Tevens diende een overzicht te worden verstrekt van de door de patiënt, c.q. diens familie reeds betaalde bijdragen en van de aan verpleegkundigen en verzorgenden uitbetaalde lonen (art. 9 KB 8-7-1912, Stb. 264).

De gemeenten ontvingen de ingevolge de Armenwet uitgekeerde subsidies voor 80% weer terug uit het Gemeentefonds. Gemeentelijke subsidiëring was van 1924 tot 1931 een voorwaarde om in aanmerking te komen voor rijkssubsidiëring op grond van de subsidieregeling voor de tuberculosebestrijding (Stcrt. 22, 1924 en Stcrt. 2, 1931). De Rijkssubsidieregeling bood een financiële tegemoetkoming in het salaris van wijkverpleegkundigen, die zich bezighielden met preventie en hygiëne en met het uitlenen van verpleegmateriaal in het kader van de tuberculose-bestrijding. De tegemoetkoming bedroeg 33% van het salaris en een vast bedrag per inwoner van het werkgebied van de kruisvereniging.

De vaste bijdrage verdween in 1936 (Stcrt. 242). Ook de tegemoetkoming in de salariëring van wijkverpleegkundigen werd in deze (crisis-)tijd teruggebracht, en wel tot 22%. Het zou tot 1952 duren voordat zij weer op hetzelfde niveau lag als in 1924, waarna dit percentage verder steeg tot 55% in 1967 (Stcrt. 2 en 238, 1967, inclusief sociale lasten en pensioenverzekering). Teneinde meer hoofdwijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden bij het kruiswerk te betrekken kon voor hen een hoger subsidiepercentage worden verkregen: 75% in 1974 en 100% vanaf 1976.

Op het platteland verstrekten veel kruisverenigingen ook kraamzorg, waarvoor zij vanaf 1956 een financiële tegemoetkoming konden ontvangen (Rijkssubsidierege-

69 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1971-1972. Verslag vaste kamercommissie voor de Volksgezondheid, d.d. 16 maart 1973, W. p. 48.

70 Staatssecretaris Hendriks, Structuur en financiering van kruiswerk, op. cit.

71 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, nrs. 1-2, p. 48.

ling kraamzorg, Stcrt. 63, 1955) in de vorm van een vast bedrag per verzorgingsdag. Kraamzorg werd in 1966 een verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet (Stcrt. 5, 1966). Tot dat jaar werden de subsidies doorgesluisd via de provinciale kruisverenigingen, die sinds 1924 al voor de tuberculose-bestrijding werden gesubsidieerd. Met ingang van 1961 ontvingen de provinciale en landelijke kruisorganisaties een eigen subsidie van het rijk (Stcrt. 222, 1961). Argumenten voor deze aparte subsidiëring waren dat de provinciale en landelijke organisaties leidinggevende werkzaamheden verrichtten, die anders door de overheid zelf gedaan zouden moeten worden. Ook hun functie als contactorgaan en gesprekspartner voor de overheid speelde daarbij een rol.[72]

Ondanks de gemeentelijke en rijkssubsidiëring en de incidentele gelden uit het Praeventiefonds (Stb. K 259, 1950) voor preventieve activiteiten, verkeerden de kruisverenigingen regelmatig in financiële problemen.[73] Teneinde een eventuele financiële aansprakelijkheid van de bestuurders te beperken kozen sommige voor de stichtingsvorm toen in 1957 de Wet op de Stichtingen in werking trad (Stb. 327, 1956).[74]

In 1974 werden de kruisverenigingen voor 24,4% gefinancierd door gemeenten, voor 41,1% door het Rijk en voor 30,2% uit particuliere bijdragen.[75]

4.1.3 Regulering vraagzijde

4.1.3.1 Inhoud

Behalve curatieve en preventie zorg aan tuberculose-patiënten en de uitleen van verpleegmateriaal omvat de hulp van de wijkverpleging vanaf 1936 (Stcrt. 242) ook preventieve zorg aan zuigelingen en peuters tot 4 jaar (kinderhygiëne) en, meer in het algemeen, de verpleging van zieken thuis.

Ingevolge de subsidieregeling van 1952 (Stcrt. 40) ontvingen de bij de kruisvereniging aangesloten leden hulp van de wijkverpleegkundige en preventieve zorg, waaronder werd verstaan de bestrijding van de tuberculose en van andere besmettelijke, zoals venerische, ziekten, moederschapszorg en kinderhygiëne, geestelijke gezondheidszorg en rheumatiekbestrijding.

De nadere invulling van het hulpaanbod werd verder aan kruisvereniging en wijkverpleegkundige overgelaten. Rond 1970 werd ongeveer tweederde van de tijd aan curatieve zorg besteed. De mogelijkheid werd toen geopperd om, teneinde een analyse van de verstrekte zorg mogelijk te maken, het hulpaanbod nader te definiëren.[76]

72 Zie de toelichting bij de subsidieregeling, Stcrt. 222, 1961.
73 A. Querido, De Wit Gele Vlam, op. cit. p. 57.
74 H.J.J. Leenen, Onpersoonlijke personen, Katholieke gezondheidszorg, 1954, p. 303-306.
75 J.J.A.M. Verbunt, De financiële geschiedenis van de kruisverenigingen en de overgang naar de AWBZ-financiering, op. cit. p. 51.
76 A. Querido, De Wit-Gele Vlam, op. cit. p. 188-190.

4.1.3.2 Financiering

Het kruiswerk werd, zoals gezien, voor een deel gefinancierd uit particuliere bijdragen, welke hoofdzakelijk afkomstig waren van de contributie die leden van de kruisvereniging moesten betalen als voorwaarde om hulp van de wijkverpleging te ontvangen. Het gaat om een nominaal bedrag per gezin per jaar, dat steeg van ongeveer fl. 5,-- in 1950 naar fl. 15,-- in 1974.[77]

De leden zagen de contributie in toenemende mate als een verzekeringspremie die hen recht gaf op hulp van de wijkverpleging.[78] De oorspronkelijke solidariteitsgedachte verdween. Zij die dachten geen hulp nodig te hebben zegden hun lidmaatschap op, waardoor de particuliere bijdragen terugliepen.[79]

Vanaf 1937 boden de ziekenfondsen in Groningen hun verzekerden de mogelijkheid om een verzekering voor wijkverpleging af te sluiten als onderdeel van het aanvullende ziekenfondspakket. Daartoe hadden deze ziekenfondsen zich als lid aangesloten bij de kruisvereniging. Toen de ziekenfondsen in de jaren vijftig meer financiële armslag kregen dankzij de overheveling van de verstrekking 'verlengde ziekenhuisopname' uit het aanvullende naar het verplichte pakket-gedeelte,[80] gebruikten sommige fondsen de vrijgekomen ruimte om (korting op) hulp van het kruiswerk op te nemen in het aanvullende ziekenfondspakket. De gekozen constructie en de polisvoorwaarden verschilden van plaats tot plaats. Zo werden in Rotterdam de verzekerden lid van de kruisvereniging en konden zij gedurende maximaal zes maanden hulp ontvangen, terwijl in Enschede en Amsterdam een korting op de lidmaatschapscontributie werd gegeven.[81]

4.2 Periode na 1974

4.2.1 Ontwikkeling regelgeving

Het heeft tot 1980 geduurd voordat de wijkverpleging, overeenkomstig de oorspronkelijke opzet, in de AWBZ werd ondergebracht. Om 'hulp van een kruisorganisatie' op te kunnen nemen in het verstrekkingenpakket (Stcrt. 250, 1979), moesten er namelijk enkele knelpunten worden weggeruimd. Deze betroffen, naast het vraagstuk van de financiering van de door de kruisverenigingen verrichte collectieve preventie, met name de verenigingsstructuur, de contributie en het gezinslidmaatschap. Als oplossing is gekozen voor het betalen van een nominale bijdrage voor hulp van de kruisvereniging, waarvan de leden zijn vrijgesteld. Hieromtrent bestaan

77 J.J.A.M. Verbunt, De financiële geschiedenis van de kruisverenigingen en de overgang naar de AWBZ-financiering, op. cit. p. 23.

78 Centrale Raad voor de Volksgezondheid, De financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 1974, p. 7.

79 Zo daalden de inkomsten uit contributie bij het Wit-Gele Kruis tussen 1941 en 1968 van bijna 40% naar 28,5% van het totaal. Zie Verbunt, op. cit. p. 48-49.

80 Dit zijn ziekenhuisopnames met een duur van 40 tot 70 dagen.

81 D. Dolman, Subsidies en gezondheidszorg, Stenfert en Kroese, Leiden, 1964, p. 126-128.

nog misverstanden, aangezien het kruiswerk in 1989 nog steeds uitging van het lidmaatschapsvereiste om iemand voor hulp in aanmerking te laten komen.[82]

De regeling van het lidmaatschap heeft de overheid in 1981 (Erkenningsbesluit, Stcrt. 107) opgedragen aan de Nationale Kruisorganisatie. Ingevolge de, in 1985 tot stand gekomen, regeling wordt door het betalen van de contributie het gehele gezin lid, waarbij het lidmaatschap op naam van één der gezinsleden wordt geregistreerd.[83] Hiertegen werd indertijd door een gedeelte van de Ziekenfondsraad aangevoerd dat een dergelijke regeling in strijd is met het verplichte karakter van de AWBZ, die immers een Volksverzekering is. Hetzelfde bezwaar ontmoette de heffing van de eigen bijdrage, die bovendien de directe toegankelijkheid van de wijkverpleging als onderdeel van de eerstelijnszorg zou belemmeren. De eigen bijdragen bleken echter nodig om de overgang naar de AWBZ financieel neutraal te laten plaatsvinden.[84]

Als AWBZ-verstrekking is het 'basispakket' van de kruisorganisatie opgenomen, inclusief de individuele preventie (zie paragraaf 4.2.5). Collectieve preventie in de vorm van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters maken daar deel van uit, terwijl landelijke vaccinatieprogramma's een aparte verstrekking vormen in het kader van de AWBZ.[85] Voor nog andere op collectieve preventie gerichte initiatieven zoals gymnastiek voor kraamvrouwen en ouderen mogen de kruisverenigingen een gedeelte van de geïnde contributie zelf behouden.[86]

4.2.2 Regulering aanbodzijde

4.2.1.1 Algemeen

Sinds 1986 is het kruiswerk gebudgetteerd ingevolge op basis van de WTG uitgebrachte COTG-richtlijnen. Het betreft de budgettering van de aanvaardbare personele en materiële kosten, die het tot 1986 gehanteerde systeem van begrotingsfinanciering hebben vervangen.[87] Voor de in de COTG-tarieven opgenomen personele kosten, zoals de salarissen van (hoofd-)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, vormen de in de Wet Arbeidsvoorwaarden gepremieerde en gesubsidieerde sector (WAGGS, Stb. 695, 1985) en in de daarop gebaseerde CAO Kruiswerk opgenomen arbeids- en salarisvoorwaarden een gegeven. Ingevolge de Modelovereenkomst Kruiswerk/AWBZ (zie paragraaf 4.2.2.2) kunnen aanpassingen van het COTG-tarief na onderling overleg tussen verzekeraar en kruiswerk aan het COTG ter goedkeuring worden voorgelegd.

Het budgetteringssysteem heeft geleid tot een grote mate van beheersbaarheid

82 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, op. cit. p. 13.
83 Nationale Kruisvereniging, Regeling lidmaatschap kruisorganisaties, Bunnik, 1985.
84 Ziekenfondsraad, Advies opneming werk van kruisinstellingen in de AWBZ, 1978, nr. 95.
85 FOZ 1991, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 120.
86 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, op. cit. pp. 14 en 33.
87 Zie COTG-richtlijnen d.d. 1 januari 1988, goedgekeurd op 5 februari 1988, kenmerk DGVGZ/VTA/THP/80444. Inmiddels zijn ook richtlijnen goedgekeurd met betrekking tot de kostenbeoordeling (nieuw-)bouw en volumegroei kruiswerk (Stcrt. 32, 1990).

van de kosten van de wijkverpleging. Verdere besparingen worden nog mogelijk geacht door een organisatorische integratie van het kruiswerk en de gezinsverzorging, waar de overheid voorstander van is,[88] en waartoe inmiddels landelijk en regionaal de eerste stappen zijn ondernomen (zie hoofdstuk 1). Op basis van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ), dat het jaarlijkse financiële macro-kader voor de zorg aangeeft, heeft de overheid extra gelden ter beschikking gesteld voor specifieke doeleinden.[89]

In 1986 werd de bij de overgang naar de AWBZ-financiering toegezegde jaarlijkse financiële groei gehalveerd tot 2%. In 1989 volgde een tweede kostenbesparende maatregel in de vorm van een ministeriële aanwijzing aan het COTG om in de te ontwerpen richtlijnen rekening te houden met een lagere bijdrage voor de landelijke kruisvereniging. De Nationale Kruisvereniging verloor de tegen de aanwijzing aangespannen gerechtelijke procedure. De rechter was van oordeel dat de minister zijn aanwijzingsbevoegdheid ook om budgettaire redenen mag uitoefenen, mits daarbij het belang van de gezondheidszorg in het oog wordt gehouden. Dat was, aldus de rechter, hier het geval.[90] De aanwijzing vond plaats in het kader van de herstructurering landelijke welzijnsorganisaties (HLO-operatie) en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen en was mede gegrond op het argument dat te veel van de voor directe hulpverlening bestemde gelden toevloeiden naar de landelijke en provinciale verenigingen.[91]

4.2.2.2 Medewerkersovereenkomst

Een erkende (zie paragraaf 2.2) kruisvereniging heeft het recht om een medewerkersovereenkomst te sluiten met verzekeraars. De hiertoe opgestelde Modelovereenkomst Kruiswerk/AWBZ is in februari 1989 herzien en vastgesteld door de Ziekenfondsraad. De Modelovereenkomst werd gesloten tussen de Nationale Kruisvereniging, het Kontactorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren en de VNZ en de daarin opgenomen voorwaarden vallen deels samen met de erkenningseisen. Zij is in 1991 aangevuld met bepalingen, die de substitutie en verdere integratie tussen kruiswerk en gezinszorg moeten bevorderen (zie paragraaf 4.2.3.1). Daarbij trad de LVT in plaats van de NK als contractpartner van de verzekeraars op.

Ook deze Modelovereenkomst kent een reglement voor de rechtspraak dat gelijkenis vertoont met dat voor gezondheidscentra en huisartsen. De uitspraken van de Commissie voor de Rechtspraak hebben de kracht van een bindend advies. Tot nog toe zijn door de Commissie geen uitspraken gedaan.

88 Zie brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer, d.d. 5 januari 1990, kenmerk AAGZ/ELZ/116599.

89 FOZ 1990, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 107-108. Voor het jaar 1990 waren deze bijvoorbeeld bestemd voor de opvang van demografische ontwikkelingen, de toenemende zorg aan AIDS-patiënten en de verbetering van de zorg-accommodaties.

90 Gerechtshof 's Gravenhage, 16-11-1989, RZA, 1990, nr. 32.

91 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 20 800, XVI, nr. 130a, p. 3.

4.2.3 Regulering vraagzijde

4.2.3.1 Inhoud

In het Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie (Stcrt. 250, 1979) is, evenals bij huisartsenhulp, gekozen voor een open formulering van de verstrekking. Het zogeheten 'basispakket' bestaat uit de voor de verzekerde noodzakelijke verpleging, verzorging, begeleiding en voorlichting. Ook moederschapszorg en kinderhygiëne en het in bruikleen verstrekken van de noodzakelijke verpleegartikelen behoren tot het pakket. Goed en modern verpleegmateriaal is echter niet overal in voldoende mate aanwezig.[92]

De omvang van de hulp wordt bepaald door wat de kruisorganisaties 'plegen te bieden' (gebruikelijkheidscriterium). Volgens de toelichting op het Besluit gaat het om continue en integrale gezondheidszorg aan de mens in zijn directe leefmilieu. Jurisprudentie heeft, evenals bij de huisartsenhulp, nadere invulling moeten geven aan deze norm. Hulp aan iemand op de werkplek vormt een onderdeel van het basispakket, indien deze hulp ook voor de overgang naar AWBZ-financiering reeds werd verstrekt; hulp op een tijdelijke, steeds wisselende, werkplek daarentegen niet.[93] ADL-hulp aan een kind op een gewone basisschool echter weer wel.[94]

Sinds 1 januari 1989 valt ook hulp aan hen die wonen in gezinsvervangende tehuizen of beschermde woonvormen onder de verstrekking, voorzover het tehuis hierin zelf niet kan voorzien,[95] en vanaf 1991 biedt de aanvulling in de Modelovereenkomst kruisverenigingen de mogelijkheid om, in strukturele samenwerking met of onder verantwoordelijkheid van een erkende instelling voor gezinsverzorging, ook de hulpvorm verzorging in de zin van huishoudelijke hulp en begeleiding te verlenen aan daarvoor geïndiceerde verzekerden.[96] Aanleiding hiertoe vormde het rapport 'Van samenwerken naar Samengaan', waarin een grotere integratie met de gezinsverzorging wordt voorgestaan (zie ook hoofdstuk 4).[97]

De 'reguliere' wijkverpleging wordt, ingevolge interne binnen het kruiswerk geldende afspraken, gedurende maximaal 3 x 50 minuten per dag gegeven. De werkgroep 'evaluatie kruiswerk' van de Ziekenfondsraad is van mening dat in principe alle thuiszorg en thuisverpleging onder het basispakket zou moeten vallen.[98] Voor deze opvatting pleit dat een van de redenen tot opneming van het kruiswerk in de AWBZ was dat de hulp door een wettelijke financiering beter tot ontwikkeling

92 Discussienota, De uitleenfunctie van het kruiswerk in ontwikkeling, Nationale Kruisvereniging, Bunnik, 1988.
93 Centrale Raad van Beroep, 23-3-1989, RZA, 1989, nr. 144.
94 Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad, 27-10-1989, RZA, 1989, nr. 203.
95 Stcrt. 25, 1988.
96 Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, circulaire van 3 mei 1991, nr. 91-019.
97 Definitief Kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport Van Samenwerken naar Samengaan, gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg, 1990.
98 Rapportage werkgroep kruiswerk inzake evaluatie en inventarisatie van de verstrekking, signalering van knelpunten, Ziekenfondsraad, 1987.

zou kunnen komen.[99]

De rechter heeft echter anders beslist.[100] Dag- en nachtverpleging behoren niet tot wat kruisorganisaties plegen te bieden, ook niet wanneer een indicatie bestaat voor opname in een verpleeghuis. Particuliere thuisverpleging is geen (onderdeel van een) AWBZ-verstrekking.[101] Teneinde aan de groeiende vraag naar thuiszorg tegemoet te komen verstrekken veel kruisorganisaties sinds 1987 ook 'aanvullende thuiszorg' (zie hoofdstuk 1).[102]

Tot nu toe is gebleken dat de omvang van de geboden hulp vaak eerder afhankelijk is van de plaatselijke situatie en de aanwezige personeelsformatie, dan van de hulpvraag.[103] De werkgroep 'evaluatie kruiswerk' constateert dat er onduidelijkheid bestaat over de aanspraken van verzekerden.[104] De wijkverpleging hanteert als indicatiestelling de in de lidmaatschapsregeling van de Nationale Kruisvereniging geformuleerde voorwaarde dat hulp slechts wordt geboden bij de afwezigheid van voldoende zelf- en mantelzorg. Onderzoek hierover toont aan dat voor gehandicapten de omvang van de reguliere thuiszorg (wijkverpleging en gezinsverzorging) onvoldoende is en dat de familie soms te zwaar wordt belast.[105] Daarom adviseert de Gehandicaptenraad de professionele eerstelijnszorg wettelijk te verplichten om direct hulp te bieden indien door ziekte of vakantie de vaste verzorger hiertoe niet in staat is.[106] Toename van het aantal zorgcontacten per patiënt is gepaard gegaan met een daling van het totale aantal patiënten, dat bij de wijkverpleging in zorg is. Voor meer dan 50% wordt de zorg gegeven aan chronisch zieken. Curatieve zorg neemt een steeds grotere plaats in, ten koste van preventieve zorg.[107] Op preventief gebied is overigens een betere coördinatie met de huisartsenhulp gewenst.[108]

De Modelovereenkomst Kruiswerk/AWBZ bevat de bepaling dat het verstrekken

99 Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 1971.

100 Centrale Raad van Beroep, 18-12-1986, RZA, 1987, nr. 94.

101 Raad van Beroep, 's Gravenhage, 10-2-1988, RZA, 1989, nr. 104.

102 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, op. cit.

103 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 20 551, nrs. 1-2. In dezelfde zin een beleidsadvies, De kwantiteit van wijkverpleegkundige zorg in het district Noord-Limburg, Provinciale Vereniging, Het Limburgse Groene Kruis, Venlo, 1987. Hierin wordt geadviseerd om uit te gaan van een maximum van 50% curatieve zorg te geven door wijkverpleegkundigen en 70% te geven door wijkziekenverzorgenden.

104 Rapportage werkgroep kruiswerk inzake evaluatie en inventarisatie van de verstrekking, signalering van knelpunten, op. cit.

105 Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, Thuishulp gewogen, 1990. Onderzocht wordt of het mogelijk is iemand, die voor bepaalde tijd zijn arbeid wil onderbreken om de verzorging van een huisgenoot op zich te nemen, een soort 'uitkering' te betalen, vergelijkbaar met die tijdens het ouderschapsverlof, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 20 551, nr. 4.

106 Gehandicaptenraad, Aanbevelingen thuishulp, Utrecht, 1990.

107 Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, op. cit.

108 H.M.A.W. Erven, Preventie in de eerstelijnszorg, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, Rijswijk, 1989.

van hulp door de kruisvereniging kan worden geweigerd indien deze naar aard of omvang in redelijkheid niet van de kruisvereniging mag worden verwacht. In dat geval moet de verzekerde daarvan schriftelijk en onder vermelding van de motieven op de hoogte worden gesteld.

4.2.3.1 Financiering
Ingevolge het Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie (Stcrt. 250, 1979) kan de eigen bijdrage, afhankelijk van de urgentie van de hulp, anderhalf of tweeeneen half keer de hoogte van de contributie bedragen. De Modelovereenkomst Kruiswerk/AWBZ stelt als voorwaarde dat geen andere, c.q. hogere bijdragen mogen worden opgelegd dan de wettelijke. De Gehandicaptenraad wijst erop dat de hoogte van een eigen bijdrage voor gehandicapten, die evenals chronische zieken en bejaarden vaak jarenlang intensieve verpleging en verzorging thuis nodig hebben, geen belemmering mag worden voor het inroepen van deze hulp.[109]

5 Knelpunten

De eerste regelgeving voor de wijkverpleging was de Armenwet van 1912, die ook toezag op de aanwezigheid van verpleegkundige zorg voor het arme deel der bevolking. Van de daaropvolgende vrij gedetailleerde subsidieregelingen ondervond de wijkverpleging nog lange tijd de gevolgen, ook na de overgang naar AWBZ-financiering in 1980. Hoewel erkenningseisen globaal van aard zouden moeten zijn, hebben deze bij de wijkverpleging eerder een sturend karakter. Dit wordt mede beïnvloed door hun grote mate van gedetailleerdheid, die voordien ook de subsidieregelingen kenmerkte. De rigide normering bemoeilijkt een flexibele beantwoording van de hulpvraag. Zij werkt tevens kostenverhogend aangezien zij leidt tot de inzet van kwalitatief te geschoold (en te duur) personeel voor relatief eenvoudige taken. In plaats van minimum-normen werden streefnormen voor het aantal inwoners per wijkverpleegkundige en de 7 x 24 uurs *bereikbaarheid en beschikbaarheid* aangehouden, die soms jaren later en soms ook nu nog niet geheel zijn bereikt. Het lange tijd ontbreken van toezicht en het achterwege blijven van *sancties* bij het niet bereiken, c.q. niet-naleven van deze regels hebben in deze weinig stimulerend gewerkt.

Het tekort aan verpleegkundig personeel heeft soms geleid tot verlaging van de *kwaliteitseisen*. Zo werden bij gebrek aan voldoende geschoolde wijkverpleegkundigen de kwaliteitsnormen in de subsidieregelingen naar beneden toe bijgesteld. Ook bleven de in-service opleidingen gehandhaafd gezien het dreigend tekort aan verpleegkundig personeel, hoewel deze opleidingen met name gericht zijn op het verkrijgen van vaardigheden voor de intra-murale zorgsector. Omdat de controle op de naleving van een eventuele wettelijke bevoegdheidsbescherming nog meer problemen op zou leveren dan bij de artsen al het geval was koos de wetgever

109 Gehandicaptenraad, Aanbevelingen Thuishulp, Utrecht, 1990.

voor titelbescherming in plaats van bevoegheidsbescherming. Kwaliteitswetgeving op het gebied van de daadwerkelijke beroepsbeoefening ontbreekt. Voor verpleegkundigen zal hieraan in de Wet BIG tegemoet worden gekomen. Voor de kruisvereniging als zodanig zijn voorstellen op dit punt gedaan door de Ziekenfondsraad.

Met name ten aanzien van de onveiligheid van het bij de verpleging ingezette verpleegmateriaal is een beter kwaliteitstoezicht geboden. In dit opzicht zou een MIP-commissie ook in de thuiszorg een preventieve functie (voorkomen van ongevallen) kunnen vervullen. Aangezien het in de thuissituatie met name de patiënt en diens familie zijn, die als eerste een gebrek in kwaliteit kunnen constateren, zou van de weg van de klachtenbehandeling (zie hoofdstuk 1) gebruik kunnen worden gemaakt om meldingen over bijvoorbeeld onveilig materiaal aan een dergelijke MIP-commissie door te sluizen. De verhoudingen liggen thuis anders dan in de intra-murale sector, waar verpleegkundigen en verzorgenden 7 x 24 uur aanwezig zijn en de intercollegiale controle aanzienlijk groter is.

De afwezigheid van kwaliteitswaarborging in de thuiszorg wordt momenteel vooral gevoeld bij de door particuliere bureaux verstrekte zorg, omdat deze niet aan wettelijke kwaliteitseisen (erkenning) zijn gebonden. Met de toename van de thuiszorg is een toename van het aantal voorbehouden handelingen te verwachten. De Wet BIG stelt dienaangaande de nodige eisen voor de deskundigheid en bekwaamheid van verpleegkundigen op het eerste deskundigheidsniveau. Voorzover voorbehouden handelingen door wijkziekenverzorgenden worden verricht, zoals ondermeer in de delegatie-overeenkomst tussen de LHV en de NK is afgesproken, zal de Wet BIG niet in een tuchtrecht voorzien. Overeenkomstig de 'verlengde arm' constructie zal in de toekomst bij een fout van de ziekenverzorgende, afhankelijk van de omstandigheden, hetzij de wijkverpleegkundige, hetzij de huisarts tuchtrechtelijk aansprakelijk gesteld kunnen worden. Strafrechtelijke aansprakelijkheid blijft mogelijk, ook voor ziekenverzorgenden en leerlingen.

Op het gebied van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zijn nog weinig standaarden ontwikkeld in het kader van *zelfordening*. Na de inwerkingtreding van de Wet BIG kan dit een de beoordeling van de professionele verpleegkundige standaard, bijvoorbeeld in een tuchtrechtelijke procedure, bemoeilijken. De aansluitingsgraad van verpleegkundigen bij de beroepsorganisatie (NMV, nu opgegaan in de Nieuwe Unie '91) is erg laag. De beroepsgroep is verdeeld gebleven over meerdere organisaties met uiteenlopende doelstellingen, wat de totstandkoming van een communis opinio over verpleegkundige standaarden bemoeilijkt.

De *financiële toegankelijkheid* van de wijkverpleging is op analoge wijze geregeld als bij de huisartsenhulp. Terwijl daar echter de eigen bijdrage is afgewezen om de toegankelijkheid van de zorg voor bejaarden en chronisch zieken niet in gevaar te brengen, gaat de wetgever voor de wijkverpleging aan dit argument voorbij ten gunste van de financiële neutraliteit waarmee de overgang naar de AWBZ-financiering gepaard moest gaan. De contributiebetaling per gezin en de registratie op naam van één der gezinsleden kunnen op gespannen voet komen te staan met

de voortschrijdende individualisering van het sociale verzekeringsstelsel. Een ander knelpunt is te constateren bij het aan de contributie automatisch verbonden lidmaatschap in relatie tot de grondwettelijke vrijheid van vereniging.

Voor de verzekerde biedt het gebruikelijkheidscriterium ook hier weinig houvast, bijvoorbeeld waar het de omvang van de thuiszorg betreft. Voor de financiële toegankelijkheid van intensieve thuiszorg is, evenals in de jaren vijftig voor de wijkverpleging, een oplossing gezocht in het aanvullende verzekeringspakket (zie ook hoofdstuk 1). Tevens is gebleken dat de (aanspraak op) preventieve zorg is afgenomen ten gunste van (aanspraken op) curatieve zorg. Op beide gebieden wordt overigens de samenwerking met de huisarts als onvoldoende ervaren.

Hoewel de overheid de totstandkoming van verticale (besluitvormings-)structuren vanaf de eerste helft van deze eeuw zelf heeft opgelegd, wijzen de nieuwe ontwikkelingen in regelgeving op een grotere terughoudendheid in deze. Zo ontvangen de landelijke en provinciale kruisorganisaties, die met hun bureaucratisch functioneren steeds meer een slagvaardig beleid in de weg gingen staan en een (te) kostbare aangelegenheid werden, geen directe financiële steun meer. De plaatselijke en later de erkende kruisorganisaties (EKO's) hadden overigens deze van hogerhand opgelegde verhoudingen nooit echt geaccepteerd. De op dit punt gehandhaafde autonomie wordt nu door de wetgever aanvaard blijkens de grotere nadruk die in de WTG en de AWBZ op de EKO's en de directe zorgverlening wordt gelegd. Het feit dat het daarvoor benodigde beperkende inkomensbeleid voldoende wettelijke basis vindt in de WTG, terwijl voor een aanpassing van de huisartseninkomens aparte wetgeving (WIVB) was vereist (zie hoofdstuk 2), kan overigens wel tot verwarring aanleiding hebben gegeven.

6 Samenvattende conclusie

De regulering van de kwaliteit van de wijkverpleging bleef in wetgeving voornamelijk financieringsgebonden. Hierdoor zijn lacunes ontstaan, vooral ten aanzien van particuliere verpleegbureaux, en werd de rechtshandhaving (intrekken erkenning) bemoeilijkt. Bovendien was de normstelling te rigide en bood zij kruisorganisaties te weinig ruimte om op nieuwe ontwikkelingen in te spelen. Teneinde zelfordening in dit opzicht beter tot haar recht te laten komen wordt voor de toekomst een globalere normstelling voorgestaan.

Zelfordening op het gebied van de kwaliteit van de concrete zorgverlening komt slechts moeizaam op gang. De lage aansluitingsgraad van verpleegkundigen bij de beroepsorganisatie(s) en de interne verdeeldheid binnen de beroepsgroep, ook waar het de verschillende opleidings- en deskundigheids-niveaux betreft, verhinderen de totstandkoming van (wijk-)verpleegkundige standaarden. Dit kan in de toekomst toetsing in het tuchtrechtelijke BIG-kader bemoeilijken.

De financiële toegankelijkheid is redelijk gewaarborgd, al valt het gezinsgebonden karakter van contributie en lidmaatschap niet geheel te rijmen met het individualiseringsbeginsel, noch met de grondwettelijke vrijheid van vereniging.

Ook bij de wijkverpleging is het de aanbodzijde die de omvang van de zorg bepaalt (gebruikelijkheidscriterium). De in dat kader vastgestelde normen (maximaal 3 x 50 minuten) worden door de rechtspraak gevolgd, soms ten nadele van verzekerden. Substitutie met de intra-murale sector wordt op deze wijze bemoeilijkt.

Het via regelgeving sturen van de organisatiestruktuur is mislukt. De met de WGR beoogde intergemeentelijke samenwerking is, op wijkverpleegkundig gebied althans, evenmin op gang gekomen. In het kader van zelfordening wordt nu verdere integratie met de gezinsverzorging voorgestaan, een initiatief dat van hogerhand wordt ondersteund.

De huidige wettelijke tariefstruktuur beoogt bureaucratisering tegen te gaan.

Hoofdstuk 4

De Gezinsverzorging

1 Voorgeschiedenis

Het kwam aan het eind van de negentiende eeuw steeds vaker voor dat voor een geneeskundige behandeling een ziekenhuisopname noodzakelijk bleek. Indien dat de vrouw des huizes betrof, was een mogelijke consequentie dat de kinderen thuis onverzorgd achterbleven. Om in die gevallen hulp te bieden werd in 1895 in Deventer de eerste 'Vereniging voor Hauspflege' opgericht. Soortgelijke verenigingen volgden later in Amsterdam (1901) en Rotterdam (1903), en tussen 1935 en 1949 ook in Drente, Brabant en Limburg. De hulp werd tevens verleend bij ziekte van de moeder thuis, soms apart, soms in samenwerking met de wijkverpleging, zoals in Drente. Ondanks deze initiatieven kwam het tot de Tweede Wereldoorlog nog regelmatig voor dat kinderen naar een tehuis moesten, wanneer hun moeder werd opgenomen. Ontslagen uit het ziekenhuis ondervonden bij herhaling vertraging door een tekort aan gezinsverzorgsters.[1]

In 1934 ontstonden in Roosendaal en Bergen op Zoom de eerste opleidingen voor 'sociale' gezinszorg. Deze vorm van gezinszorg werd gegeven in gezinnen met maatschappelijke problemen, zoals werkeloosheid of alcoholverslaving. In 1944 riep de Stichting Volksherstel onder de grote rivieren een opleiding voor vrijwilligsters in het leven, die na de oorlog in het noorden hulp moesten gaan bieden in gezinnen met oorlogsslachtoffers.

Instellingen voor gezinsverzorging met een kerkelijke inslag richtten zich vooral op sociale gezinszorg, veelal in samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk, opererend vanuit dezelfde kerkgemeenschap. De neutrale instellingen en die welke samenwerkten met de wijkverpleging verrichtten hun werkzaamheden meestal in gezinnen waar de moeder ziek of afwezig was.

De instellingen verenigden zich allengs tot zes landelijke koepelorganisaties,[2]

1 Voor deze gegevens is gebruik gemaakt van het Handboek Gezinsverzorging, VUGA, paragraaf 1.1.1-1.1.5. Voor gezinsverzorgsters wordt in dit proefschrift de vrouwelijke persoon gebruikt. Tot 1982 (Stcrt. 126) was het van 'vrouwelijke kunne' zijn van de gezinsverzorgster zelfs een subsidievoorwaarde voor instellingen voor gezinsverzorging.

2 Dit zijn de Nationale Katholieke Gezinszorg, de Generale Diaconale Raad van de Hervormde Kerk, de Algemene Vereniging het Groene Kruis, de Nederlands Federatie van Algemene Instellingen voor Gezinsverzorging, 'Humanitas' en de Gereformeerde Gezinsverzorging. P.J.J. Maessen, Bezuinigingen op de gezinsverzorging, besluitvorming in de verzorgingsstaat, Acco, Leiden, 1989, p. 19 en 177.

die alle zitting kregen in de in 1947 op initiatief van de Rijksoverheid opgerichte Centrale Raad voor de Gezinsverzorging. De Centrale Raad werd tot nationaal adviesorgaan en gesprekspartner voor de overheid en heeft later, in 1972, de verschillende koepelorganisaties vervangen.

Na enkele incidentele rijkssubsidies en een voorlopige regeling in 1948, kwam in 1955 de eerste Rijkssubsidieregeling voor de gezinsverzorging tot stand (Stcrt. 64, 1955), waarin de hulp van de gezinsverzorging werd omschreven als 'daadwerkelijke, tijdelijke, verzorging van huishoudelijke en opvoedkundige aard'.

2 Kwaliteit

2.1 Periode tot en met 1974

2.1.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

De gezinsverzorging kende dus twee types gezinsverzorgsters. Zij die de huisvrouw bij ziekte bijstond of verving ('Gezinsverzorgster A') en de 'sociale gezinsverzorgster', werkzaam in gezinnen met maatschappelijke of geestelijke problemen ('Gezinsverzorgster B', later gespecialiseerde gezinsverzorgster geheten). In 1946 bepleitte een werkgroep de totstandkoming van een opleiding voor gezinsverzorgsters A en B, waarbij de B-opleiding gezien moest worden als een vervolg op de A-opleiding. Zij stond tevens een wettelijke beroepsbescherming voor.[3] Zover kwam het niet. Wel tot een ministeriële erkenning van de opleidingen voor gezins- en later ook bejaarden-verzorgsters, die eerst 'in-service', en vanaf 1972 tevens in de vorm van dagonderwijs werden gegeven. De opleiding tot gezinsverzorgster duurde 2 jaar en die tot gezinshelpster 1 jaar.

Behalve door erkenning van de opleidingen beoogde de overheid de kwaliteit te waarborgen door in de Rijkssubsidieregeling (Stcrt. 64, 1955) het diploma gezinsverzorgster verplicht te stellen voor de gezinsverzorging en het diploma huishoudschool voor de gezinshulp. De gezinsverzorgster vervangt de huisvrouw en heeft naast een huishoudelijke ook een opvoedkundige en begeleidende taak, terwijl de gezinshelpster zich beperkt tot het huishouden. De overheid stelt geen nadere eisen aan de 'gespecialiseerde' gezinsverzorgster, die meestal een voortgezette opleiding heeft genoten en wordt ingezet in gezinnen met psycho-sociale problemen.

De leidster van de gezinsverzorging moet in principe beschikken over een diploma voor maatschappelijk werk of een soortgelijk diploma (Stcrt. 250, 1957).

3 Rapport Commissie tot bestudering van het vraagstuk der gezinsverzorging, 's Gravenhage, 1946.

2.1.2 Beroepsuitoefening

Gezinsverzorgsters kennen geen wettelijke regeling gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening. Wel beoogde de overheid indirect de kwaliteit positief te beïnvloeden door van de salariskosten voor de gezinsverzorgster, de bejaardenverzorgster en de leidster een groter gedeelte voor haar rekening te nemen dan voor de gezinshelpster.

Kwaliteitswaarborging werd tevens nagestreefd met de één-één verhouding, die het 'afglijden' van de gezinsverzorging naar werkstersniveau moest voorkomen:[4] evenveel dagen gezinszorg als gezinshulp in het totaalaanbod van de instelling. Deze subsidieëis bleek evenwel te star om op een per regio wisselende hulpvraag in te springen.[5] Bovendien werkte zij kostenverhogend doordat te hoog geschoolde krachten (gezinsverzorgsters) werden ingezet voor te eenvoudige taken,[6] een problematiek vergelijkbaar met die bij de wijkverpleging. Deze subsidieëis werd dan ook niet meer gehanteerd bij de introductie van de bejaardenzorg in 1957. Zij werd in 1971, het jaar waarin de subsidiëring geheel in handen kwam van het rijk (zie paragraaf 4), afgeschaft. Wel moesten de instellingen zorg blijven dragen voor een voldoende aantal gezinsverzorgsters om aan de hulpvraag te voldoen (Stcrt. 2, 1971).

2.2 Periode na 1974

2.2.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

In het kader van het leerlingenwezen zijn de in-service opleiding tot gezinsverzorgster en gezinshelpster gehandhaafd onder verantwoording van de door de overheid erkende Landelijke Stichting Opleiding Verzorgende en Diensverlenende Beroepen (OVDB). Voor gezinshelpsters bestaat de mogelijkheid om zich op deze wijze tot gezinsverzorgster te bekwamen. Verder staat de uitoefening van het beroep gezinsverzorgster sinds 1984 open voor hen die een driejarige MDGO-Vz opleiding hebben gevolgd in het kader van de Wet op het Voortgezet Onderwijs (Stb. 40, 1963) en het MDGO-uitvoeringsbesluit (Stb. 360, 1984). Deze leidt, voorzover het de eerstelijnszorg betreft, op voor gezinsverzorging, bejaardenverzorging en de verzorging van lichamelijke gehandicapten thuis.

Aan de toegang tot de verzorgende sector binnen de gezondheidszorg kunnen, mocht daaraan behoefte worden gevoeld, in de toekomst opleidingseisen worden gesteld in een algemene maatregel van bestuur op basis van de Wet BIG. Een

4 H.N.J. Elzenga, Overheidsbeleid en gezinsverzorging, Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, 20-10-1967, p. 5-9.

5 Vereniging voor Nederlandse Gemeentes, brief Subsidieregeling gezinsverzorging en -hulp, 24-9-1954, kenmerk 5815.

6 Knelpuntennota, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 25.

wettelijke titelbescherming van het beroep gezinsverzorgster als zodanig bestaat niet en is ook niet voorzien.

2.2.2 Beroepsuitoefening

Een formeel-wettelijk kader voor de kwaliteit van de verstrekte zorg ontbreekt. Wel zijn in de achtereenvolgende subsidieregelingen enkele voorwaarden opgenomen voor de samenstelling van het personeelsbestand. Dit dient kwalitatief (en kwantitatief) te zijn afgestemd op het doel van de gezinsverzorging: het bieden van hulp van huishoudelijke, verzorgende en begeleidende aard.[7] De jaarlijkse begrotingsoverschrijdingen aan het begin der jaren tachtig (zie paragraaf 4.2) dwongen overheid en instellingen er echter toe zoveel mogelijk ongediplomeerde alpha-helpsters in te schakelen, onder de gelijktijdige erkenning dat daarmee de tot dan toe gehanteerde randvoorwaarden ter handhaving van het bestaande kwaliteitsniveau werden losgelaten.[8] Het personeel bestaat ongeveer voor 78% uit ongediplomeerde en voor 8% uit gediplomeerde gezinshelpsters, voor 13% uit gezinsverzorgsters en voor 1% uit gespecialiseerde gezinsverzorgsters.[9] Ter bevordering van de deskundigheid van het personeel, een andere subsidievoorwaarde, worden regelmatig bijscholingen gegeven, waarvan sommige gezamenlijk met de wijkverpleging.

In de CAO voor de gezinsverzorging is een verplichting opgenomen tot 'goed werknemerschap' van de gezinsverzorgster (art. 12).

Uit de jaarverslagen van de Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging (CKG) over de jaren 1986 tot en met 1990 blijkt dat de kwaliteit van de gezinsverzorging voor verbetering vatbaar is.[10] Een klacht, die ook uit onderzoek naar voren komt,[11] betreft het (te) vaak wisselen van gezinsverzorgster, ondanks dat binnen de gezinsverzorging het bieden van hulp door dezelfde persoon over langere tijd wordt voorgestaan. Verder heeft de gebrekkige samenwerking tussen de eerstelijnsvoorzieningen tot klachten geleid. De bevoegdheid van de CKG beperkt zich echter tot de gezinsverzorging.

Hoewel de adviezen van de Centrale Klachtencommissie geen bindend karakter

7 Aldus de subsidieregeling van 1985 (Stcrt. 29) en bijlage II (art. 1) bij het Besluit subsidiëring gezinsverzorging 1990, ZFR, 1989, nr. 460.

8 Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM), circulaire GV U 4124 van 3-8-1983.

9 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), Rapportage van een inventarisatieronde gehouden onder alle instellingen voor gezinsverzorging in de periode december 1986 t/m april 1987.

10 Zie de achtereenvolgende jaarverslagen van de Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging over de jaren 1986-1990. De invoering van een klachtenregeling bij een instelling, in casu die van de gezinsverzorging, vereist overigens wel de instemming van de Ondernemingsraad gezien artikel 27 lid 1 sub k van de WOR. Arr. Rb Almelo, 20-4-1988, Kort Geding 1988, nr. 195.

11 R.Ch. Boom en Th. B.M. Suurmeijer, Thuiszorg in beweging, vakgroepen Gezondheidswetenschappen en Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen, 1989, p 170.

hebben gekregen (zie hoofdstuk 1), worden ze meestal wel ter harte genomen door de instellingen. Daardoor hebben zij een positieve invloed op de kwaliteit van de gezinsverzorging.

Een andere methode voor kwaliteitsbewaking, die nog overwogen wordt, zou kunnen bestaan uit een soort 'visitatie' bij de patiënt thuis door iemand die de verleende zorg evalueert.[12]

3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

3.1 Periode tot en met 1974

Net als bij de wijkverpleging zijn er op particulier initiatief over geheel Nederland vele kleine instellingen voor gezinsverzorging ontstaan van verschillende levensbeschouwelijke signatuur. Om verdere fragmentering tegen te gaan, initieerde de overheid in 1967 een concentratie-beleid in de vorm van een verhoogde subsidietoekenning aan instellingen die minimaal 50 verzorgsters in dienst hadden (Stcrt. 128, 1967). Dit hoefden er slechts 25 te zijn indien dezelfde instelling tevens maatschappelijk werk verstrekte en minimaal 5 maatschappelijk werkers in dienst had. Deze grotere instellingen werden A(angewezen)-instellingen genoemd. De overheid ging uit van ongeveer 50 verzorgsters op 75.000 inwoners (1 op 1.500) en 1 leidster op 30 helpsters.[13]

Dat de financiële stimuli effect sorteerden blijkt wel uit het feit dat het aantal instellingen voor gezinsverzorging tussen 1968 en 1974 terugliep van 883 tot 330, waarvan er 232 samen waren gegaan met het algemeen maatschappelijk werk.[14] Toch bleef de gezinsverzorging ongelijk over Nederland verspreid en was de zorg niet overal even toegankelijk voor patiënten/cliënten.[15] Het feit dat de hulp in principe alleen tijdens kantooruren werd gegeven kan hier mede debet aan zijn.

Met de wijkverpleging had de gezinsverzorging als subsidievoorwaarden gemeen dat de hulp moest worden geboden aan een ieder, zonder onderscheid naar godsdienstige of politieke overtuiging.[16]

12 J.S. Frijda, Kwaliteit van de beroepsuitoefening als onderdeel van de kwaliteit binnen de gezinsverzorging, katern gezinsverzorging nr. 14, Driebergen, 1987.

13 Ministerie van CRM, Circulaire GA U 37918 d.d. 19-1-1972 en toelichting bij de subsidieregeling voor A-instellingen, Stcrt. 128, 1967.

14 Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1974, pp. 17 en 184.

15 Interdepartementale werkgroep, Rapport Relatie Algemene Bijstandswet-Gezinsverzorging, Ministerie van CRM, Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1975 en Handelingen Tweede Kamer 1973-1974, 11 371, nr. 7, p. 2.

16 Artikel 7 Rijkssubsidieregeling, Stcrt. 64, 1955 en art. 7 Rijkssubsidieregeling Stcrt. 250, 1957.

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de gezinsverzorging is ingevolge de achtereenvolgende subsidieregelingen tot de kantooruren beperkt gebleven.[17] Bij de introductie van de wijkbejaardenzorg in 1981 (zie paragraaf 4.2) stelde de overheid nogmaals nadrukkelijk dat de hulp het karakter heeft van een 24-uurs beschikbaarheidsdienst, waarbij hulp op afroep wordt geboden.[18] Echter, eerst sinds 1984, en dan nog alleen in uitzonderingssituaties, behoort hulp buiten kantoortijd en voor langer dan 40 uur tot de gesubsidieerde mogelijkheden. In 1987 bleek 70% van de instellingen nog met een wachtlijst te werken, een situatie die zich nadien alleen nog maar heeft verslechterd.[19] De beperkte bereik- en beschikbaarheid van de gezinsverzorging leidt tot ontevredenheid bij cliënten.

De aparte benadering van A-instellingen is in 1985 afgeschaft. Twee jaar later werkte 66,1% van de instellingen samen met het Algemeen Maatschappelijk Werk, 78,1% met het kruiswerk, maar slechts 32% met de huisarts.[20]

De gezinsverzorging heeft zich, evenals de wijkverpleging, ontwikkeld tot een over het gehele land gespreide voorziening, waarvan de werkgebieden elkaar ook nu nog op meerdere plaatsen overlappen.[21] Na 1985 is met de wijkverpleging een intensieve samenwerking op gang gekomen, mede in gang gezet door de gezamenlijke experimenten met thuiszorg (zie hoofdstuk 1). Het is de bedoeling, dat per regio naast iedere EKO één instelling voor gezinsverzorging functioneert[22] en dat beide voorzieningen vervolgens samengaan in regionale 'thuiszorgorganisaties', werkzaam in een gebied van ongeveer 250.000 inwoners, waarbij de indeling van de WGR zal worden aangehouden.[23] Deze ontwikkelingen worden actief bevorderd door de subsidievoorwaarden-regeling voor 1991, waarin aan een indicatiestelling voor geïntegreerde thuiszorg de voorkeur wordt gegeven boven een monodisciplinaire benadering (zie ook paragraaf 4.2).[24] Hiermee wordt tevens beoogd voor de patiënt het aantal 'loketten' voor thuiszorg terug te brengen.[25]

17 Stcrt. 29, 1985 en de subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad vanaf 1-1-1989.
18 Ministerie van CRM, Circulaire GV U3457 van 7-9-1981.
19 Ministerie van WVC, Rapportage inventarisatieronde, op. cit. In Limburg was de wachtlijst eind 1988 met 171% toegenomen ten opzichte van het jaar daarvoor, aldus de Limburger van 4 juli 1989, De Gezinsverzorging verkoopt steeds vaker nee.
20 Ministerie van WVC, Rapportage inventarisatieronde, op. cit.
21 Bijlage II bij besluit subsidiëring gezinsverzorging 1990, Ziekenfondsraad, nr. 460, 1989.
22 Ziekenfondsraad, Advies financiering gezinsverzorging door middel van de AWBZ, nr. 423, 1988.
23 Ministerie van WVC, Rapport Van samenwerken naar samengaan, februari 1990.
24 Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad Gezinsverzorging 1991, Stcrt. 18, 1991.
25 Definitief Kabinetsstandpunt met betrekking tot het rapport Van samenwerken naar samengaan, 1990.

4 Financiële toegankelijkheid

4.1 Periode tot en met 1974.

4.1.1 Regulering aanbodzijde

Ook voor de gezinsverzorging was de Armenwet van 1912 het eerste wettelijke financieringskader. Instellingen, die hulp gaven aan zieken en herstellenden thuis of die daar huishoudelijke hulp gaven konden in aanmerking komen voor subsidiering door de gemeente. Deze kreeg ongeveer 80% van de gemaakte kosten weer terug uit het Gemeentefonds (zie hoofdstuk 1).

In 1946 adviseerde een door de overheid ingestelde Commissie om de gezinsverzorging A, die hulp bood in gezinnen, waarin de vrouw des huizes ziek was, op termijn onder te brengen in een verzekeringsstelsel.[26] In afwachting daarvan werd rijkssubsidiëring voorgesteld, die aan de bestaande gemeentelijke subsidiëring gekoppeld zou worden. Het toezicht op de naleving van de subsidieregeling zou in handen van de gemeente komen, omdat het Rijk te ver van de uitvoering af stond.

De overheid volgde in de Rijkssubsidieregeling van 1955 (Stcrt. 64) de suggestie van een koppelsubsidie: een instelling kwam alleen voor rijkssubsidiëring in aanmerking indien, en voor het zelfde percentage als, zij gemeentelijke subsidie ontving. De hoogte van het subsidie besloeg eerst 25%, later 30% van de salarissen (Stcrt. 55, 1962). Vanaf 1963 werden ook de kosten voor intake- en begeleidingsgesprekken, die de leiding bij de cliënt thuis voerde, vergoed. Om voor subsidiëring in aanmerking te komen diende een instelling voor gezinsverzorging als zodanig door de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging te zijn erkend.[27]

Ingeval een instelling door de gemeente of het rijk op het subsidie werd gekort, bestond geen procedurele rechtsbescherming. Vanaf 1972 (Stcrt. 154) kon de instelling de minister om herziening van de subsidiebeschikking vragen indien deze, naar analogie van de Wet Beroepen Administratieve Beschikkingen (Stb. 268, 1963), in strijd was met een algemeen verbindend voorschrift of een algemeen beginsel van behoorlijk bestuur.

Gezien de aan koppelsubsidies verbonden bezwaren, maar ook om één centraal beleid te initiëren, gericht op een versterking van de zorg aan de bejaarden thuis, nam de rijksoverheid in 1971 de subsidiëring geheel in eigen handen door een daartoe strekkende wijziging in het Financiële Verhoudingenbesluit (Stb. 353, 1971). Meer zorg aan bejaarden thuis kon voorkomen dat deze zich 'uit voorzorg' in een bejaardenhuis lieten opnemen, iets, wat aan het eind der zestiger jaren vrij gebruikelijk was.[28]

26 Rapport Commissie ter bestudering van het vraagstuk der gezinsverzorging, op. cit.
27 Stct. 64, 1955 en 250, 1957, in beide regelingen artikel 7.
28 H.N.J. Elzenga, Overheidsbeleid en gezinsverzorging, op. cit.

Tussen 1971 en 1975 verdrievoudigden de uitgaven voor de gezinsverzorging.[29] De begrotingspost werd jaarlijks overschreden. De kosten van de hulp aan bejaarden bleken onbeheersbaar door het ontbreken van een adequate berekeningssystematiek voor part-time gegeven hulp en door het toenemend gebruik van de Algemene Bijstandswet als indirecte financieringsbron. Teneinde verdere overschrijdingen te voorkomen voerde de overheid in 1972 per circulaire een vacature-stop in.[30]

4.1.2 Regulering vraagzijde

4.1.2.1 Inhoud

In het kader van de Armenwet had de minvermogende een indicatie nodig van de huisarts om voor gezinsverzorging in aanmerking te komen.[31] Na 1955 werd de indicatie door de leiding van de gezinsverzorging gesteld. Het hulpaanbod van de gezinsverzorging is omschreven in de achtereenvolgende subsidieregelingen. Tot deze hulp behoorde eerst alleen kortdurende, full-time, verzorging van huishoudelijke en opvoedkundige aard (Stcrt. 64, 1955). Vanaf 1957 wordt ook langdurige en part-time hulp gegeven aan chronisch zieken en bejaarden (Stcrt. 250). Het in 1971 voorgenomen beleid werd gerealiseerd in die zin, dat het aandeel van de bejaardenzorg in 1975 al ruim 50% van de gezinsverzorging besloeg. Ongeveer 33% van de hulp werd verstrekt aan gezinnen waar de vrouw des huizes ziek was en de overige 15% ging naar chronisch zieken.[32]

De soort hulp (gezinsverzorging of gezinshulp) en de omvang ervan werden bepaald door de indicatiestelling aan het begin van de hulpverlening. Deze bleek in 1974 per instelling sterk te verschillen, hetgeen leidde tot het voorstel om landelijk bindende indicatiecriteria te formuleren.[33]

4.1.2.2 Financiering

Om hulp te ontvangen van de gezinsverzorging moest de cliënt een eigen bijdrage (retributie) betalen, vast te stellen door de leiding van de gezinsverzorging. De hoogte ervan werd meestal naar draagkracht, maar soms nominaal berekend en verschilde aanvankelijk van instelling tot instelling.

Na de vervanging van de Armenwet door de Algemene Bijstandswet in 1965 (ABW, Stb. 284, 1965), gingen patiënten/cliënten de bijstand gebruiken als aanvulling op of ter vergoeding van de retributie. De hoogte van het te betalen bedrag werd

29 P.J.J. Maessen, Bezuinigingen op de gezinsverzorging, besluitvorming in de verzorgingsstaat, op. cit. p. 16.
30 Ministerie van CRM, circulaire Md-U 39848 d.d. 6-6-1972.
31 F. van Loo, Den arme gegeven, een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965, Boom, Meppel/Amsterdam, 1981, p. 222.
32 P.J.J. Maessen, Bezuinigen op de gezinsverzorging, op. cit. p. 16.
33 Interdepartementale werkgroep, Rapport Relatie Algemene Bijstandswet-Gezinsverzorging', op. cit.

door de gemeente vastgesteld, omdat de berekening en uitkering van de op basis van de ABW te betalen noodzakelijke kosten van levensonderhoud, waaronder die voor gezinsverzorging, een gemeentetaak was. Op deze vorm van bijstand deden met name ouderen een beroep, voor wie voorafgaand aan de inwerkingtreding van de ABW de kinderen een wettelijke zorgplicht hadden. Zo werd via de 'open-eind' financiering van de ABW een groot deel van de ongedekte kostprijs van de gezinsverzorging betaald, wat de beheersbaarheid van de kosten verminderde.[34]

De Volksgezondheidsnota van 1966 constateerde dat de ABW in toenemende mate de verzorging van langdurig zieken thuis financierde,[35] zonder dat daarbij enige prioriteitafweging plaatsvond, noch een controle op de gehanteerde tarieven.[36]

Gezien deze financieringsproblematiek achtte een interdepartementale werkgroep in 1974 het moment nog niet rijp om over te gaan tot AWBZ-financiering. Een verzekerde aanspraak op hulp van de gezinsverzorging zou vanwege de gebleken onbeheersbaarheid van de kosten een dermate dure aangelegenheid worden, dat daarvoor de AWBZ-premie te sterk omhoog zou moeten. Teneinde deze beheersbaarheid te verbeteren werd voorgesteld om een landelijke retributieschaal te concipiëren, gebaseerd op het draagkrachtprincipe. De vaststelling van de retributie zou uitsluitend in handen moeten komen van de instelling voor gezinsverzorging.[37]

4.2 Periode na 1974

4.2.1 Regulering aanbodzijde

Nadat de Kaderwet Specifiek Welzijn (zie hoofdstuk 1) was ingetrokken, ging de gedachte voor een toekomstig wettelijk kader uit naar de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening, waarbij ook het algemeen maatschappelijk werk was ondergebracht (zie hoofdstuk 5). De Centrale Raad voor de Gezinsverzorging verzette zich hier echter tegen omdat in een dergelijke regeling wel de financiële bijdrage van het Rijk aan de gemeente kan worden vastgelegd, evenals mogelijke daaraan te verbinden voorwaarden, maar geen directe verplichtingen voor de instellingen zelf kunnen worden opgenomen. Dit vond de Raad ongewenst, omdat een centrale normstelling voor de indicatie-criteria en de retributieregeling, gezien de eerder geschetste problematiek, noodzakelijk werd geacht. De Centrale Raad ontwierp daarop een proeve van een Wet Gezinsverzorging met als centrale elementen door de minister op te stellen kwaliteitseisen, retributie- en indicatienormen

34 Ongeveer 65% van de bejaarden maakte van deze mogelijkheid gebruik. Interdepartementale werkgroep, Rapport Relatie Algemene Bijstandswet-Gezinsverzorging, op. cit.

35 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8 462, nrs. 1-2, p. 102.

36 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 21.

37 Interdepartementale werkgroep, Rapport Relatie Algemene Bijstandswet-Gezinsverzorging, op. cit.

en handhaving van het bestaande financieringssysteem.[38] Dit bestond uit een vergoeding van 100% van de loonkosten en van de primaire huisvestingskosten en uit een afkoopbedrag voor overige kosten. De kosten werden voor ongeveer 85% uit de algemene middelen betaald en voor het overige uit particuliere bijdragen, waaronder retributies (9%).[39]

Ook de overheid achtte in 1982 een overgang van het beleid en de financiering van de gezinsverzorging naar de gemeentes onverantwoord, omdat het een tijd was van belangrijke financiële ombuigingen, ook op gemeentelijk niveau.[40] Teneinde het tot dan toe vooral via circulaires gevoerde beleid op overzichtelijke wijze in één regeling neer te leggen, werd in 1985 een nieuwe Rijkssubsidieregeling (Stcrt. 29) van kracht, in afwachting van een definitief wettelijk financieringskader. De toelichting bij deze regeling wees op het belang van de gezinsverzorging als algemene voorziening en kerndiscipline binnen de eerstelijnszorg en van een zo groot mogelijke beleidsvrijheid voor de individuele instellingen. In de vier grote steden werd een Bestuursconvenant van kracht waarin het beleid voor de gezinsverzorging in handen kwam van de gemeenten, zij het met eerbiediging van de landelijke retributieregeling (zie paragraaf 4.2.2).[41]

Vanaf het begin der jaren tachtig traden opnieuw jaarlijks overschrijdingen van de begroting op. De overheid suggereerde daarop de instellingen om meer gebruik te maken van de goedkopere alpha-hulp en voerde opnieuw een vacaturestop in.[42] Om de overschrijdingen definitief te beëindigen wordt de gezinsverzorging sinds 1984 gebudgetteerd. Het budget werd in eerste instantie berekend op basis van de tot dan toe verstrekte middelen. Op langere termijn dient echter een herallocatie van middelen over de verschillende instellingen plaats te vinden, afgestemd op de hulpvraag van het cliëntenbestand.[43]

Nadat in 1989 de gezinsverzorging onder de werking van de WTG was gebracht (Stb. 26), heeft het COTG in 1990 richtlijnen uitgevaardigd voor de tarieven van de gezinsverzorging. Het daarin opgenomen budget is gesplitst in kosten van hulpverlening (uitvoerend personeel) en overige kosten.[44] Voor deze tarieven vormen de in de WAGGS (Stb. 695, 1985) en de daarop gebaseerde CAO Gezinsverzorging en Algemeen Maatschappelijk Werk opgenomen arbeids- en salarisvoorwaarden een maatstaf.[45] Ingeval de instelling naast gezinszorg ook algemeen maatschappelijk werk uitvoert dienen de tarieven alleen de aan de gezinsverzorging toe te

38 Stichting Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Proeve van een ontwerp van een Wet Gezinsverzorging, Cr 878/82 Driebergen, 1982.
39 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 344, nrs. 1-2, p. 9.
40 Ministerie van CRM, circulaire GV U 4123 van 3-8-1982.
41 Het betreft Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Rotterdam. Zie bijvoorbeeld voor het met Rotterdam gesloten Convenant Stcrt. 253, 1982.
42 Ministerie van CRM, circulaire GV U 4124 van 3-8-1983.
43 Ministerie van CRM, circulaire GV U 4603 van 19-12-1983.
44 Bijvoegsel bij Stcrt. 35, 1990.
45 Bijvoegsel bij Stcrt. 251, 1988.

rekenen kosten te dekken.[46]

In de jaren na 1984 is op het totale budget van de gezinsverzorging meerdere malen gekort. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid wijst erop dat dit niet goed valt te rijmen met een beleid gericht op een versterking van de thuiszorg. De beperking van de financiële middelen leidt tot een tekort aan hulpverleners, wat de werklast en het ziekteverzuim onder het aanwezige personeel verhoogt en steeds langere wachtlijsten veroorzaakt.[47] Voor 1991 is daarom een belangrijke volumegroei voorzien die, met het oog op de eerder genoemde herallocatie, in het bijzonder de 'low budget-instellingen' ten goede moet komen.[48]

Overeenkomstig het in de Nota 'Verandering verzekerd' voorgenomen beleid (zie Deel III)[49] is sinds 1989 de AWBZ het wettelijke kader voor de financiering van de gezinsverzorging, zij het vooralsnog niet als verstrekking maar gesubsidieerd op basis van artikel 52, lid 1e AWBZ jo art. 39 lid 3h WFV. De in de Rijkssubsidieregeling van 1985 geformuleerde voorwaarden zijn daarbij vrijwel ongewijzigd overgenomen.[50] Met deze overgang naar AWBZ-financiering is de mogelijkheid tot het aanhangig maken van een AROB-procedure door de instellingen vervangen door Kroonberoep (art. 51, WFV, Stb. 585, 1989). Van de AROB-procedure is een keer met succes gebruik gemaakt door een instelling toen de minister besloot de subsidiëring met onmiddellijke ingang stop te zetten omdat stelselmatig een te hoge retributie in rekening werd gebracht en het bestuur niet direct op aanwijzing van de minister werd vervangen. De AROB-rechter schorste toen dit besluit omdat het voor de instelling en haar cliënten een onevenredig groot nadeel met zich mee zou brengen.[51]

4.2.2 Regulering vraagzijde

4.2.2.1 Inhoud

Naar aanleiding van de in paragraaf 4.1.2.1 geschetste problematiek voerde de overheid in 1976 via een circulaire landelijke richtlijnen in voor de indicatiestelling door de instellingen.[52] Op basis daarvan komt een cliënt/patiënt voor hulp in aanmerking wanneer deze om buiten hem/haar liggende redenen geen huishoudelijke taken meer kan verrichten en dit ook niet door de omgeving of door vrijwilligers kan worden gedaan. Professionele gezinszorg wordt eerst dan ingeschakeld, wanneer de zelf- en mantelzorg tekort schieten, eenzelfde soort indicatie welke ook de lidmaatschapsregeling van het kruiswerk kent. Uit onderzoek is overigens

46 Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad gezinsverzorging 1991, Stcrt. 18, 1991.
47 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies FOZ 1991, 1990.
48 Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad gezinsverzorging 1991, Stcrt. 18, 1991.
49 Handelingen Tweede Kamer, 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28, p. 49.
50 Ziekenfondsraad, Advies financiering gezinsverzorging door middel van de AWBZ, 1988, nr. 423.
51 Voorzitter afdeling rechtspraak Raad van State, 20-12-1978, AB, 1979, nr. 234.
52 Ministerie van CRM, circulaire GV U 576 van 23-7-1976.

gebleken, dat voor patiënten niet zozeer de aanwezigheid van informele zorg, maar veeleer de verstandhouding met informele hulpverleners een doorslaggevende factor is om al dan niet professionele hulp in te schakelen.[53]

Bij de indicatie worden aard en omvang van de te geven hulp vastgesteld. Ook indien de indicatie een medische achtergrond heeft, wordt deze zelfstandig door de instelling gesteld. De Centrale Klachtencommissie Gezinszorg acht dit ongewenst en is van mening dat in die gevallen een gezamenlijke indicatiestelling met de huisarts en de wijkverpleging nodig zou zijn.[54] Dit volgt de administratieve rechter, die van oordeel is dat in dergelijke situaties de huisarts aan zou kunnen geven welk type hulp noodzakelijk is (huishoudelijke hulp, verzorging etc.), terwijl de instelling het deskundigheidsniveau van de hulpverlener (gezinsverzorgster, -helpster) zou kunnen bepalen.[55]

Omdat de richtlijnen van 1976 niet tot een uniforme indicatie-stelling hadden geleid werd in 1985 het Landelijke Indicatie- en Registratiesysteem (LIER-systeem) ingevoerd, dat dit mogelijk zou moeten maken door de hulpvraag op een meer objectieve en uniforme wijze te bepalen en het aanbod daarop te baseren. In 1989 bleken echter nog niet alle instellingen het LIER-systeem te hanteren.[56] Ook de instellingen die dit wel doen, indiceren toch verschillend.[57] Bovendien blijkt de gegeven hulp in driekwart van de gevallen af te wijken van de geïndiceerde hulp, hetzij qua omvang, hetzij qua type, en afhankelijk te zijn van de bij de instelling aanwezige mogelijkheden.[58] Patiënten worden soms op een wachtlijst geplaatst voordat indicatiestelling heeft plaatsgevonden.[59] Deze situatie leidt tot rechtsongelijkheid voor cliënten/patiënten waar het de toegang tot de gezinsverzorging betreft.[60]

In de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad voor 1991 (Stcrt. 18, 1991) wordt van de instellingen bedongen, dat zij een systeem invoeren voor de vaststelling en vastlegging van indicaties inzake geïntegreerde thuiszorg overeenkomstig het in 1990 door de LVT ontwikkelde Registratie Indicatie Thuiszorg-systeem, bij voorkeur in samenwerking met de wijkverpleging.

Bij de aanvang van de hulp ontvangt de patiënt bij veel instellingen de Algemene Voorwaarden waaronder de hulp wordt verstrekt. Deze bevatten meestal een

53 M.H. Kwekkeboom, Het licht onder de korenmaat, informele zorgverlening in Nederland, uitgeverij VUGA, 's Gravenhage, 1990, p 97.
54 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslag 1989.
55 Uitspraak Raad van State, afdeling geschillen van bestuur, 22 november 1988, jurisprudentie ABW, 1988, nr. 73.
56 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslag 1989.
57 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslag 1990.
58 Ministerie van WVC, Inventarisatieronde 1986-1987, op. cit. en Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, jaarverslag 1990.
59 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 20 551, nrs. 1-2 en Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslagen 1989 en 1990.
60 Handelingen Tweede kamer, zitting 1985-1986, 19 344, nrs. 1-2, p. 9 en Centrale Raad voor de gezinsverzorging, Landelijk indicatie- en registratiesysteem, CR 2187/82, 1982.

bepaling, welke ook in de voor de gezinsverzorging van kracht zijnde CAO is opgenomen, n.l. dat de hulp beëindigd wordt ingeval van ongewenste intimiteiten van de zijde van de patiënt/cliënt. Aan een eventuele stopzetting dient overigens wel eerst een waarschuwing vooraf te zijn gegaan.[61] Ieder half jaar vindt herindicatie plaats, waarbij opnieuw de mate van zelf- en mantelzorg wordt meegewogen. Ingeval professionele hulp door familieleden mag worden verstrekt, zoals in de AAW-situatie (zie paragraaf 4.2.2.3), bemoeilijkt dit de beoordeling.[62] Het feit dat een kritischer beschouwing van de indicatiestelling bij herindicatie regelmatig leidt tot een aanzienlijke teruggang in het aantal uren zorg, heeft tot veel klachten van cliënten aanleiding gegeven.[63]

Via circulaires is de hulp van de gezinsverzorging verder uitgebreid en gedifferentieerd. Zo werd in 1977 de alpha-hulp geïntroduceerd.[64] Dit is hulp van huishoudelijke aard voor maximaal twaalf uur op minder dan twee dagen per week. De instelling indiceert en bemiddelt, maar de cliënt wordt zelf werkgever, een rol die overigens niet iedereen aandurft.[65] De hulp wordt verstrekt gedurende minimaal 3 en maximaal 40 uur per week.

De wijkbejaardenverzorging, in 1981 geïntroduceerd,[66] omvat hulp van huishoudelijke en/of verzorgende aard en begeleiding in het psycho-sociaal functioneren en wordt gedurende kort tijd per dag, meerdere malen per week, gegeven aan bejaarden die in eenzelfde wijk wonen. De hierop geënte wijkgezinsverzorging biedt dezelfde hulp aan niet-bejaarden. Met name deze wijkzorg vertoont overlap met de zorg die door de wijkverpleging wordt verstrekt als onderdeel van het AWBZ-pakket, een overlap die in 1990 op ongeveer 15-20% werd geschat.[67] Ook hier ligt een reden voor integratie van het hulpaanbod van beide voorzieningen. Deze wordt door de overheid bevorderd door met ingang van 1991 ook subsidie te geven voor verpleging, die door instellingen voor gezinsverzorging wordt verstrekt, mits dit in struktureel verband met of onder verantwoordelijkheid van een kruisorganisatie plaatsvindt (Stcrt. 18, 1991, zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 4.2.3.1).

Andere hulpvormen van de gezinsverzorging zijn de opvang van kinderen in gastgezinnen of in een centrum voor gezinsverzorging en de dagverzorging voor ouderen in een daartoe door de instelling aangewezen accommodatie. Voor alle hulpsoorten blijft indicatiestelling door de instelling vereist. De achtereenvolgende subsidieregelingen bieden de gelegenheid tot de ontwikkeling van nog andere vormen van hulp. Financiering daarvan is mogelijk, vroeger na acceptatie door de minister, sinds 1989 door de Ziekenfondsraad.

61 Zie art. 22a CAO Gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk, Bijvoegsel Stcrt. 238, 1989 en Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging Jaarverslagen over 1989 en 1990.
62 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslagen 1987-1989.
63 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslag 1989.
64 Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Circulaire GV U 001120 van 7-9-1977.
65 Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging, Jaarverslag 1987.
66 Ministerie van CRM, circulaire GV U 3457 van 7-9-1981.
67 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Commentaar op rapport Van samenwerken naar samengaan, Zoetermeer, 1990.

Het is het voornemen om de gezinsverzorging als AWBZ-verstrekking te regelen. Daarvoor is echter eerst harmonisatie nodig van de indicatiestelling en retributieregelingen bij de gezinsverzorging en de wijkverpleging.[68] Landelijke richtlijnen zouden de voorwaarden kunnen vaststellen waaraan beider indicatiesystemen moeten voldoen.[69] Hoewel uit onderzoek gebleken is dat tegen een gezamenlijke indicatiestelling nog wel enige weerstand bestaat in 'het veld',[70] is hiermee in de subsidieregeling voor 1991 toch een aanvang gemaakt.

4.2.2.2 Financiering

Na 1977 werd de betekenis van de ABW als financierder voor de ongedekte kosten van de gezinsverzorging een stuk kleiner, omdat met ingang van dat jaar de retributiebepaling nog uitsluitend in handen is van de instellingen.[71] Daarmee is de ABW als financieringsbron overigens niet geheel afgesneden. Een beroep op bijstand voor kosten van hulp buiten de reguliere gezinverzorging blijft mogelijk indien bij de instelling zelf te weinig hulp voorhanden is, de indicatie voor gezinsverzorging gesteld is door de instelling en de desbetreffende cliënt over onvoldoende eigen middelen beschikt. Het aan de ABW ten grondslag liggende individualiseringsbeginsel maakt dat in die situatie de kosten voor de gezinsverzorging kunnen worden aangemerkt als bijzondere bestaanskosten.[72] De gemeente, uitkeringsorgaan in het kader van de ABW, mag overigens aan deze vorm van bijstand geen voorwaarden verbinden. Zo constateerde de rechter dat er sprake was van een détournement du pouvoir, toen een gemeente wilde bedingen dat de hulp in een Marokkaans gezin niet door de oudste dochter gegeven mocht worden.[73] Wanneer iemand vóórdat indicatiestelling heeft plaatsgevonden, reeds zelf particuliere hulp heeft ingeschakeld, komt deze niet meer voor ABW-vergoeding in aanmerking.[74] Behalve via de ABW kan de gezinsverzorging ook worden gefinancierd op basis van hetHarmonisatiebesluitAlgemeneArbeidsongeschiktheidswet/Gezinsverzorging van 1978 (Stcrt. 228, 1978). Ingevolge dit besluit is de gezinsverzorging een voorziening voor AAW-verzekerden. De AAW-voorwaarden zijn dat een sociaal-medische indicatie aanwezig is en dat de hulp op korte termijn en voor minimaal drie maanden nodig is. In de praktijk blijkt ook hier van rechtsongelijkheid sprake te zijn, omdat de bedrijfsvereniging, die over de AAW-vergoeding beslist, kan en mag afwijken van de door de gezinszorg gestelde indicatie. Dit komt met name voor op het gebied van de meer verzorgende ADL-taken en kan ertoe leiden dat iemand wegens een tekort aan verzorging niet thuis kan blijven.[75]

68 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 20 551, nr. 3, p. 7 en Ziekenfondsraad, Besluit subsidiëring gezinsverzorging 1990, 1989, nr. 460.

69 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Van samenwerken naar samengaan, op. cit.

70 R.Ch. Boom en Th. P.B.M. Suurmeijer, Thuiszorg in beweging, op. cit. p. 153.

71 Ministerie van CRM, circulaire GA U 56953 van 5-3-1976.

72 KB 5-2-1980 en KB 22-4-1980, Rechtspraak ABW, nrs. 137 en 197, 1980.

73 KB 13-2-1981, Rechtspraak ABW, nr. 149, 1981.

74 KB 6-9-1984, Rechtspraak ABW, nr. 21, 1985.

75 Sociale Verzekeringsraad, Advies aanvullende AAW-vergoeding voor thuishulp, Zoetermeer, 1991, bijlage 2.

De via de ABW of AAW gefinancierde hulp mag, zoals gezien, ook van familieleden betrokken worden. In beide gevallen spreekt men van een 'voorliggende voorziening': de instelling voor gezinsverzorging dient de zorg weer over te nemen, zodra daar de ruimte weer voor aanwezig is. Dit komt echter zelden voor, gezien de beperkte financiële middelen aldaar.[76]

Voor de gegeven hulp wordt een wekelijkse retributie betaald, die afhankelijk is van het inkomen van de cliënt/patiënt en van de gezinsgrootte en gebonden is aan een bepaald maximum. Tot 1986 was de bijdrage voor kortdurende hulp hoger dan voor langdurende. In dat jaar werden deze bedragen gelijkgetrokken, omdat uit onderzoek bleek dat de hoogte van de bijdrage voor velen een reden was om van kortdurende hulp af te zien, met als gevolg het thuisblijven van schoolgaande kinderen en een verlenging van intramurale opnames.[77]

Het Kontactorgaan Landelijke Organisaties Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) ziet de retributie-regeling bij de gezinsverzorging overigens als een verkapt instrument voor inkomenspolitiek.[78]

5 Knelpunten

De Armenwet van 1912 kan voor de gezinsverzorging niet als een wettelijke basis voor de *financiële toegankelijkheid* worden gezien, omdat zij geen verplichting bevatte voor de aanwezigheid van gezinszorg, zoals dat wel het geval was voor de geneeskundige en verpleegkundige zorg. Het koppelsubsidiesysteem werd voor de gezinsverzorging in 1971 verlaten, teneinde een centraal overheidsbeleid mogelijk te maken, gericht op versterking van de thuiszorg voor bejaarden. De subsidieregelingen kregen toen een minder sturend karakter, zowel wat de financiering als wat de kwaliteitseisen betrof. Stopzetting van de gehele subsidiëring werd als sanctie overigens door de rechter afgekeurd, gezien het daaraan verbonden onevenredige nadeel voor instelling en cliënten.

De Algemene Bijstandswet, de vervanger van de Armenwet, heeft lange tijd als aanvullende, oneigenlijke, financieringsbron gefunctioneerd voor de ongedekte kosten. De hieruit voortvloeiende begrotingsoverschrijdingen hielden de opname van de gezinszorg in het AWBZ-pakket tegen. Budgettering heeft deze kosten uiteindelijk enigszins beheersbaar gemaakt.

De gezinsverzorging is, naast het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnsvoorziening waar de overheid bij uitstek gebruik heeft gemaakt van buitenwettelijke bestuursinstrumenten. Het in de Structuurnota en de Knelpuntennota, beide van 1974, geformuleerde beleid heeft daar aanvankelijk geen wezenlijke verandering

76 Rapportage Ministerie van Welzijn, Volksgezondhei en Cultuur, Inventarisatie gezinsverzorging periode 1986-1987, op. cit.

77 Ministerie van WVC, circulaire GV U 5164 van 27-2-1986.

78 KLOZ, Reactie op nota Van samenwerken tot samengaan, Houten, 5 april 1990.

in gebracht. Voor de financiële toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid en de kwaliteit van de gezinsverzorging kreeg overheidsbeleid gestalte in circulaires en subsidie-regelingen, gebaseerd op een begrotingspost. Dit speelde tot 1989, het jaar waarin de financiering wordt overgenomen door de AWBZ/WFV.

De aanvullende financiering van de gezinsverzorging als particuliere hulp in het kader van de ABW en AAW leidt tot problemen met de herindicatie en tot rechtsongelijkheid.

Het overheidsbeleid houdt de *bereikbaarheid en beschikbaarheid* van de gezinsverzorging nog steeds beperkt tot kantooruren en belemmert daardoor de substitutie van (onderdelen van) intra-murale zorg door extra-murale zorg. Patiënten kunnen zo minder snel uit een ziekenhuis of verpleeghuis worden ontslagen. Ook het feit dat cliënten soms op een wachtlijst worden gezet voordat indicatiestelling heeft plaatsgevonden en - daarmee - de urgentie van de hulpvraag is bepaald, is niet conform het vereiste van de directe toegankelijkheid van een eerstelijnsvoorziening als de gezinsverzorging. Onderzoek heeft uitgewezen dat deze toegankelijkheid ook in gevaar kan komen door het vragen van een te hoge eigen bijdrage. Doordat de eigen bijdrage afhankelijk is van het inkomen en van de gezinsgrootte van de patiënt/cliënt en daarmee afwijkt van de nominale bijdrage, die bij de wijkverpleging wordt gehanteerd, terwijl beide voorzieningen wel meer en meer integreren en gedeeltelijk dezelfde hulp aanbieden, moet een zekere rechtsongelijkheid worden geconstateerd. Bovendien is deze hulp in het ene geval een gunst (gezinsverzorging) en in het andere (wijkverpleging) een in rechte afdwingbare aanspraak, via de AWBZ. Het ligt overigens al enige tijd in het voornemen van de overheid ook de gezinsverzorging als verstrekking in de AWBZ op te nemen (zie Deel III). Of en in hoeverre de gespecialiseerde gezinsverzorging daar dan nog deel van zal uitmaken is niet duidelijk. De nadruk ligt momenteel vooral op de (curatieve) thuiszorg, terwijl de gespecialiseerde gezinszorg vooral deel uitmaakte van de psycho-sociale hulp, zoals deze in samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk werd geboden. Integratie tussen beide voorzieningen werd van overheidwege in de jaren zeventig met succes nagestreefd. De laatste jaren ligt het accent in het overheidsbeleid eerder op integratie met de wijkverpleging. Samenwerking met de huisarts staat nog in de kinderschoenen.

Wettelijk *kwaliteitstoezicht* bestaat alleen voor de opleiding tot verzorgster. De stopzetting van sturende kwaliteitsnormen, waarbij vooral economische en flexibiliteitsoverwegingen een rol speelden, heeft een sterke daling van het aantal gediplomeerde gezinsverzorgsters ten gevolge gehad. Continuïteit in de persoon die de zorg verleent is een bij de gezinsverzorging voorgestane kwaliteitsnorm. Deze wordt overigens in de praktijk niet overal gehanteerd. De op basis van subsidieregelingen tot stand gekomen onafhankelijke klachtenbehandeling heeft een kwaliteitsverhogend effect gehad.

Van de mogelijkheid tot klagen wordt vrij veel gebruik gemaakt, ook al omdat een beroep op de administratieve rechter bij deze eerstelijnsvoorziening niet mogelijk is. De omvang van het hulpaanbod ligt weliswaar in subsidieregelingen vast,

maar wordt in de praktijk door de instelling zelf ingevuld, afhankelijk van de aldaar aanwezige mogelijkheden en capaciteit. Het tot nu toe door de gezinsverzorging als enige eerstelijnsvoorziening systematisch gehanteerde indicatiesysteem heeft weinig houvast geboden. Dit zogeheten 'LIER'-systeem leidt door onvoldoende eenduidigheid in formulering en toepassing tot rechtsongelijkheid voor cliënten. Het wordt bovendien voornamelijk monodisciplinair gehanteerd, ook in situaties waarin mede-indicatiestelling door de huisarts en/of de wijkverpleging zou zijn aangewezen. Daarin kan de in 1991 geïntroduceerde indicatiestelling voor geïntegreerde thuiszorg verbetering brengen.

6 Samenvattende conclusie

Regelgeving ten aanzien van de gezinsverzorging biedt geen kwaliteitsgaranties, kan de financiële toegankelijkheid niet waarborgen en heeft een negatieve invloed gehad op de beschikbaarheid ervan. De gebruikelijke, vrij sturende, reguleringsinstrumenten als subsidieregelingen en circulaires hebben, doordat zij de hulp van de gezinsverzorging in omvang beperkten (kantoortijden), aan een versterking van deze discipline in de weg gestaan en zowel cliënten als instellingen onvoldoende rechtszekerheid en continuïteit geboden. De aan cliënten opgelegde eigen bijdragen hebben de toegankelijkheid ervan soms belemmerd. Het gezinsgebonden karakter (gezinsgrootte, inkomen) van deze bijdragen doet vragen rijzen naar verenigbaarheid met het, ook in het communautaire recht neergelegde, individualiseringsbeginsel.

Zelfordening heeft weinig substantiële vormen aangenomen. Zo heeft zij er niet voor kunnen zorgen dat indicatiesystemen bij de gezinsverzorging landelijk uniform worden gehanteerd en toegepast. Het ontbreken van een wettelijk kader maakt rechtelijke toetsing dienaangaande onmogelijk. Wel is de AWBZ in het vooruitzicht gesteld. De op grond van subsidievoorwaarden gerealiseerde klachtenprocedure biedt cliënten weliswaar enig soelaas, maar beperkt zich tot slechts één kerndiscipline, wat als een nadeel wordt ervaren.

De patiënt bleef ook hier afhankelijk van de aanbodzijde met tot voor kort het accent op een monodisciplinaire benadering. De vroeger door de overheid bevorderde integratie met het algemeen maatschappelijk werk en de daaraan verbonden gerichtheid op psycho-sociale problematiek maakt plaats voor integratie met de wijkverpleging, met het accent op thuiszorg. Voor samenwerking met huisartsen zijn vanuit de gezinsverzorging weinig initiatieven ontplooid.

Hoofdstuk 5

Het algemeen maatschappelijk werk

1 Voorgeschiedenis

Het algemeen maatschappelijk werk heeft eveneens haar wortels in de armenzorg. Vanaf 1870 werden in meerdere gemeentes in ons land verenigingen opgericht voor armenbezoek. Dit was eerst vrijwilligerswerk, maar aan het eind van de negentiende eeuw groeide de behoefte om deze taken door daarvoor geschoolde personen te laten verrichten.[1] De eerste opleiding tot maatschappelijk werker startte in 1899 in Amsterdam. Vanaf 1921 volgden nog drie andere opleidingen in Nederland.[2]

Het maatschappelijk werk gaf hulp aan gezinnen, waarin iemand ziek was en begeleidde situaties, waarin zich maatschappelijke en financiële problemen voordeden.[3] Voor wat betreft de tweede taak was de aandacht bijvoorbeeld in de jaren dertig sterk gericht op de werkeloosheidsproblematiek en na de Tweede Wereldoorlog op de begeleiding van ongeveer 70.000 gerepatrieerden uit het voormalig Nederlands-Indië.[4]

In 1908 werd de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid opgericht. Deze bracht advies uit bij de vervanging van de Armenwet van 1854 door die van 1912 (zie paragraaf 4.1). In 1957 werd de vereniging op initiatief van de regering omgevormd tot de Nationale Raad voor het Maatschappelijk Werk (NMRW) en daarmee tot het officiële adviesorgaan van de overheid, tevens koepel van de landelijke organisaties voor maatschappelijk werk.[5]

In 1952 werd het Ministerie van Maatschappelijk Werk in het leven geroepen, hetgeen aan de ontwikkeling van het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke impuls heeft gegeven. De begrotingspost voor deze voorziening werd in 1955 in één keer verhoogd van fl. 3.000,- naar fl. 700.000,- toen in dat jaar de eerste

1 J.P.A. van den Dam, Maatschappelijk werk, Het Spectrum, Utrecht, 1962, p. 87-88.
2 J. Everts en A. Treurniet, Gids voor maatschappelijk werk, Deel I, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1954, p. 197.
4 K.B. van 18-7-1912 (Stb. 264), art. 9.
5 Van armenzorg en weldadigheid tot welzijnsbeleid, Reflex, 1983, nr. 5, p. 4-8.
3 De landelijke organisaties zijn het Landelijk Charitatief Centrum (RK), het Commissariaat voor Maatschappelijk en Cultureel Werk vanwege de Nederlands Hervormde Kerk, De Stichting Vrijzinnig Protestantse Centrale voor Maatschappelijk Werk, De Raad voor Gereformeerde Sociale Arbeid, de Vereniging voor Maatschappelijk Werk op Humanistische Grondslag 'Humanitas' en de Stichting Joods Maatschappelijk Werk, Stcrt. 130, 1955.

Rijkssubsidieregeling voor het algemeen maatschappelijk werk in werking trad (Stcrt. 130). Deze regeling omschreef het algemeen maatschappelijk werk als niet-gespecialiseerd werk, dat zich richt op de maatschappelijke problemen van personen en gezinnen. Daarmee werd het algemeen maatschappelijk werk losgekoppeld van de volksgezondheidssector.[6]

2 Kwaliteit

2.1 Periode tot en met 1974

2.1.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

De subsidieregeling van 1955 (Stcrt. 130) vereiste van de maatschappelijk werker het bezit van het diploma van één der door de Minister (van Onderwijs en Wetenschappen) erkende scholen voor maatschappelijk werk. De dag- of avondopleiding tot maatschappelijk werker heeft een duur van drie jaar.[7]

Sinds 1962 (Stcrt. 58) kent het algemeen maatschappelijk werk verschillende functies. Aan de vervulling daarvan verbond de overheid toen bepaalde opleidingseisen in de vorm van subsidievoorwaarden. Zo was voor een leidinggevend maatschappelijk werker, die een team van 10 maatschappelijk werkers onder zich had, het volgen van een voortgezette opleiding noodzakelijk. De zogenaamde assistent-maatschappelijk werkers bekwamen zich tijdens hun werk tot maatschappelijk werker. De regeling kende daarnaast nog assisterende beroepskrachten, die taken verrichtten welke niet specifiek binnen het domein van de maatschappelijk werker of de vrijwilliger vielen. Een gedeelte van de werkzaamheden moest ingevolge de subsidie-eisen door vrijwilligers worden gedaan, teneinde de betrokkenheid van de bevolking bij de hulp te waarborgen.[8] Deze eis heeft overigens weinig effect gesorteerd: in 1974 bleken de vrijwilligers in deze sector grotendeels door beroepskrachten verdrongen te zijn.[9]

2.1.2 Beroepsuitoefening

Het uitvoerend maatschappelijk werk kon advies en begeleiding vragen aan de eveneens gesubsidieerde provinciale en landelijke organisaties (Stcrt. 130, 1955). De overheid streefde vanaf 1962 (Stcrt. 58) verdere kwaliteitsverbetering na door

6 Van armenzorg en weldadigheid tot welzijnsbeleid, Reflex, 1983, nr. 5, op. cit.

7 Opleidingscommissie der Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk werk, Taak en opleiding van de maatschappelijk werker, Tjeenk Willink, Haarlem, 1956.

8 Rijkssubsidieregeling voor het Algemeen Maatschappelijk Werk, Stcrt. 58, 1962, Bijvoegsel, p. 35.

9 Knelpuntennota Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 10.

de supervisie van maatschappelijk werkers door een psycholoog of psychiater te vergoeden.[10]

Deze subsidievoorwaarden leidden tot een sterke professionalisering van het algemeen maatschappelijk werk.[11] De verhoging van de subsidies in 1962 was bedoeld om cliënten zo lang mogelijk op eerstelijnsniveau te helpen en verwijzingen naar gespecialiseerde voorzieningen te voorkomen. Voorts werd beoogd de ontwikkeling van verdere specialisaties binnen het algemeen maatschappelijk werk tegen te gaan.[12] De overheid vond tevens het behoud van de band met de gezondheidszorg van belang en eiste van het algemeen maatschappelijk werk in dat opzicht een zekere 'polyvalentie'.[13] Desondanks moest in 1974 geconstateerd worden dat samenwerking op dit gebied weinig of niet tot stand was gekomen.[14] Hierbij speelde mee, dat het algemeen maatschappelijk werk in die periode vooral op de aan de interne organisatie verbonden problematiek was georiënteerd (zie ook paragraaf 3).

Het ontbreken van een onafhankelijk, wettelijk geregeld, toezicht op de kwaliteit van de maatschappelijke zorg werd als een knelpunt gezien.[15] Daarom overwoog de overheid om de deskundigheidseisen van de beroepsbeoefenaren van het algemeen maatschappelijk werk, evenals hun rechtspositie en de organisatie van de instelling als zodanig in een wettelijke regeling vast te leggen. Het waarborgen van eenzelfde kwaliteitsniveau voor geheel Nederland en het scheppen van de daarvoor benodigde voorwaarden beschouwde de overheid als haar eigen verantwoordelijkheid.[16]

Ook op het gebied van zelfordening vonden de nodige ontwikkelingen plaats. Teneinde de kwaliteit van de beroepsbeoefening van maatschappelijk werkers te verbeteren stelden in 1963 de toen bestaande twee beroepsorganisaties voor maatschappelijk werkers[17] tezamen een reglement voor de tuchtrechtspraak vast voor de bij hen aangesloten leden. Daarmee konden intern de in de code voor de maatschappelijk werker neergelegde gedragsregels worden gehandhaafd. Deze bevatten ondermeer het vereiste dat de maatschappelijk werker zijn beroep op deskundige wijze uitoefende en dat hij samenwerkte met collegae, waarbij tevens intercollegiale toetsing werd voorgestaan. De code bevatte overigens ook een plicht om verantwoording af te leggen aan de werkgever-instelling. Niet-naleving van de code door een maatschappelijk werker kon voor betrokkene (werkgever-instelling, collega

10 Stcrt. 58, 1962, Bijvoegsel, p. 41.
11 A. Querido, De Wit-Gele Vlam, op. cit. p. 241.
12 Stcrt. 58, 1962, Bijvoegsel, p. 37.
13 Stcrt. 58, 1962, Bijvoegsel, p. 36.
14 Nota ten behoeve van adviesaanvraag algemeen maatschappelijk werk, Ministerie van CRM, september 1974, circulaire MG U 50438.
15 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 49.
16 Ministerie van CRM, Memorandum voorbereiding Wetgeving Maatschappelijk en Cultureel Welzijn, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1970, p. 22.
17 De Nederlandse bond van maatschappelijk werkers en de Katholieke vereniging van maatschappelijk werkers Dr. Ariëns.

of cliënt) aanleiding zijn tot het indienen van een klacht op basis van het tuchtrechtreglement bij het College van Toezicht met de mogelijkheid van hoger beroep bij het College van Beroep. De colleges konden een aan het interne tuchtrecht inherente maatregel opleggen zoals een waarschuwing, een berisping of een (tijdelijke) ontzegging van het lidmaatschap. Van deze tuchtrechtprocedure is nauwelijks gebruik gemaakt. Wel van de mogelijkheid om advies te vragen bij de eveneens door deze beroepsorganisaties ingestelde Commissie van Consultatie. De verstrekte adviezen hadden vooral betrekking op het beroepsgeheim en het verschoningsrecht.[18]

2.1.3 Vraagzijde

In de code voor de maatschappelijk werker, in de literatuur en in de rechtspraak wordt ervan uitgegaan dat ook de maatschappelijk werker in principe een beroepsgeheim heeft. Een beroep op het verschoningsrecht werd door de rechter overigens niet steeds gehonoreerd, maar over het algemeen wel indien het hulp bij huwelijks- of gezinsproblemen betrof.[19]

2.2 Periode na 1974

2.2.1 Toegang tot de beroepsuitoefening

Ook latere regelingen omschreven de opleidingseisen, welke aan de toegang tot de verschillende functies binnen het algemeen maatschappelijk werk verbonden waren. Zo stelde het Besluit Benoembaarheidseisen en Arbeidsvoorwaarden Maatschappelijke Dienstverlening van 1982 (Stcrt. 9 art. 51-53) de voorwaarde dat de maatschappelijk werker over het HBO-diploma sociale dienstverlening beschikt. De leidinggevende maatschappelijk werker heeft daarna de Voortgezette Opleiding gevolgd, die 14 maanden duurt.[20] Een assisterende maatschappelijk werker heeft minimaal een MBO-opleiding, terwijl een kandidaat-maatschappelijk werker in de gelegenheid moet worden gesteld om tijdens, c.q. naast het werk de HBO-opleiding te volgen.

In de Welzijnswet, sinds 1 januari 1989 het wettelijk kader voor het algemeen maatschappelijk werk, is de bepaling, op grond waarvan de rijksoverheid de be-

18 Zo zijn door de Commissie van Consultatie tussen 1963 en 1966 36 adviezen uitgebracht waarvan er 23 betrekking hadden op het beroepsgeheim en het verschoningsrecht. L.F. Jens, Beroepsethiek en code van de maatschappelijk werker, Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1967, p. 101.

19 Zie H.J.J. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht, op. cit. p. 202 en de daarin door hem genoemde uitspraak van de rechtbank te Groningen d.d. 18-11-1959, NJ 1960, nr. 392 en L.F. Jens, Beroepsethiek en code van de maatschappelijk werker, op. cit. p. 172 en de door haar geciteerde uitspraak van het Hof te Leeuwarden d.d. 1-2-1967.

20 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport verantwoordelijkheidsverdeling beroepsopleidingen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, Zoetermeer, 1989.

voegdheid had om opleidingseisen te stellen (art. 8), uit dereguleringsoverwegingen geschrapt (Stb. 62, 1989). De opleidingseisen zijn nu neergelegd in de in het kader van de WAGGS (Stb. 695, 1985) jaarlijks afgesloten CAO Gezinsverzorging en Algemeen Maatschappelijk Werk, die door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid tot nu toe steeds Algemeen Verbindend is verklaard.[21]

Volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid hebben de beroepsopleidingen in de sector maatschappelijke zorg van overheidszijde onvoldoende aandacht gekregen, ook in vergelijking tot de beroepen in de gezondheidszorg.[22] Bij de voorbereidingen van de Wet BIG werd de vraag dan ook actueel of de maatschappelijk werker, en de aan dat beroep verbonden opleidingseisen, in deze wet moesten worden opgenomen. Voor een dergelijke opname heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid door de jaren heen meerdere criteria ontwikkeld.[23] Aan twee daarvan werd niet voldaan. De maatschappelijk werker is niet overwegend werkzaam binnen de gezondheidszorg en het gebied van deskundigheid is onvoldoende duidelijk omlijnd, redenen waarom van opneming in de Wet BIG is afgezien.[24] Dit geldt overigens niet voor een maatschappelijk werker, die tevens als psychotherapeut geregistreerd staat. Op hem zullen de Wet BIG en het daarin opgenomen tuchtrecht in de toekomst wel van toepassing zijn,[25] maar dan in de hoedanigheid van psychotherapeut.

Voor maatschappelijk werkers geldt in principe de richtlijn van de EG over de onderlinge erkenning van hoger-onderwijsprogramma's (R189/48, Pb L 19, 1989). Dienovereenkomstig hebben sinds januari 1991 maatschappelijk werkers, die een in een andere EG-lidstaat erkende HBO-opleiding van minimaal 3 jaar (inclusief stages) hebben gevolgd, in principe toegang tot de beroepsuitoefening in Nederland.

2.2.2 Beroepsuitoefening

De kwaliteit van de beroepsuitoefening bij het algemeen maatschappelijk werk is in sommige regio's onder de maat omdat daar onvoldoende geschoolde krachten aanwezig zijn.[26] De regering heeft in 1983 afgezien van haar eerdere voornemen om een stimuleringsregeling te treffen ter verbetering van het managementniveau, omdat het bij nader inzien ongewenst werd geacht de gemeenten hiervoor een financiële bijdrage te vragen.[27] Daardoor wordt nog steeds niet aan de in de

21 Stcrt. 238, 1989, Bijvoegsel.
22 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport verantwoordelijkheidsverdeling beroepsopleidingen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, op. cit.
23 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de regeling van beroepen in het kader van de wet BIG, Zoetermeer, 1984 en Advies en Aanvullend advies regeling en criteria beroepen in de Wet BIG uit respectievelijk 1986 en 1988.
24 J.A.C. Bartels, Hulpverleningsrecht, Kluwer, Deventer, 1984.
25 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de regeling van beroepen in het kader van de wet BIG, op. cit.
26 JOINT, Het amw in beeld 1985, Den Bosch, deel 1, p. 10.
27 Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, 18 100, XVI, nr. 2, p. 53.

CAO gestelde management-eisen voldaan. Zo beschikten in 1986 niet alle instellingen over een leidinggevend maatschappelijk werker.[28]

In 1976 bracht een door de regering ingestelde werkgroep advies uit over de toekomst van het algemeen maatschappelijk werk, waarin werd voorgesteld de instellingen voor maatschappelijk werk als zodanig te erkennen en aan de erkenning bepaalde voorwaarden te verbinden, zoals een klachtrechtregeling voor cliënten en een systematische gegevensvastlegging.[29] De regering was echter van mening dat de decentralisatie van de bevoegdheden naar de gemeente het formuleren van centrale kwaliteitseisen niet meer toeliet.[30] Wel ziet zij het nog als een eigen taak om kwaliteitsontwikkeling en innovatie financieel te stimuleren. Dit gebeurt vooral projectmatig, bijvoorbeeld bij vrouwenhulpverlening en hulp aan AIDS-patiënten.[31]

De Tweede Kamer is overigens de mening toegedaan dat een blijvende kwaliteitscontrole op het algemeen maatschappelijk werk wel noodzakelijk is.[32] Kastelein constateert in deze een zekere ongelijkheid tussen artsen en niet-medische beroepsbeoefenaren, werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Terwijl het handelen van de eersten aan een wettelijk tuchtrecht is onderworpen, is dit voor de laatsten niet het geval, ondanks het feit dat beide beroepsbeoefenaren voor een deel gelijksoortige taken verrichten.[33]

Evenals voor de gezinsverzorging kent de CAO voor het algemeen maatschappelijk werk een verplichting tot 'goed werknemerschap' van de maatschappelijk werker. Zij bevat ook een bepaling voor de geheimhoudingsplicht, welke echter niet geldt tegenover hen 'die delen in de verantwoordelijkheid voor een goed functioneren', zoals de werkgever of de werkbegeleider (art. 13). Deze bepaling acht Kastelein te vergaand in die situaties waarin een cliënt de hulpverlener tot geheimhouding heeft verplicht.[34] De bepaling heeft bovendien regelmatig voor conflicten tussen werkgever en werknemer gezorgd.[35] Maatschappelijk werkers blijken zich vrij regelmatig, al dan niet terecht, op hun beroepsgeheim te beroepen. Dit komt

28 JOINT, Het amw in de knel, 's Hertogenbosch, 1986.

29 Werkgroep VNG, Nederlandse vereniging voor maatschappelijk werkers, JOINT en Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, o.l.v. C.A.G. Vos, Eindadvies Algemeen Maatschappelijk Werk, uitgebracht aan de Staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk d.d. 15-10-1976.

30 Stb. 679, 1981, p. 46.

31 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, p. 102.

32 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 19 866, XVI, nr. 59. Motie aanvaard op 11-12-1984.

33 W.R. Kastelein, Gezondheidsrecht in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, PAO-cursus Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1988, p. II 1-13.

34 W.R. Kastelein, Gezondheidsrecht in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, op. cit. p. II 1-13.

35 LVMW, Nieuws Winter 1989, p. 5-7.

ondermeer naar voren uit de jaarverslagen van de Commissie van Consultatie en uit rechtspraak.[36]

Een beroep op het verschoningsrecht wordt ook in de periode na 1974 over het algemeen gehonoreerd, zij het alleen in die situaties, waarin dit nodig is om de taak als maatschappelijk werker naar behoren te vervullen.[37]

Het voornoemde advies van 1976 is door de instellingen zelf ter harte genomen. Sinds 1 januari 1989 kent de VIVAM, de Landelijke Vereniging van Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk werk, met ingang van juli 1991 opgegaan in de VOG en waarbij vrijwel alle instellingen zijn aangesloten, een klachtrechtregeling (zie hoofdstuk 1). De normen waaraan wordt getoetst hebben ondermeer betrekking op de organisatie van de hulpverlening, de in de code voor de maatschappelijk werker opgenomen gedragsregels en de bejegening van de cliënt.

Toetsing van de gedragsregels in het kader van het AMW-klachtrecht en het verenigingstuchtrecht leidde tot een nadere invulling en verduidelijking daarvan. Bijvoorbeeld dat de maatschappelijk werker die hulp biedt aan meerdere personen, die in een bijzondere relatie tot elkaar staan, niet voor één van de deelnemende partijen mag kiezen.[38] Verder is het van belang om een vermenging van privé-zaken met die van de cliënt te vermijden met het oog op de afhankelijke positie van de laatste. Aan het verenigingstuchtrecht kwam in 1978 een einde, toen meerdere beroepsorganisaties zich verenigden in de Nederlandse Organisatie voor Welzijnswerkers (NOW).[39] Uit het NOW ontstond in 1988 de Landelijke Vereniging voor Maatschappelijk Werkers (LVMW), die een hernieuwde impuls heeft gegeven aan de professionalisering van het beroep en waarbij ongeveer 20% van de maatschappelijk werkers is aangesloten.[40] In 1990 heeft de LVMW de code voor de maatschappelijk werker herzien. Deze zal 'een fundament moeten geven aan de professionele standaard'.[41] De voornaamste wijzigingen in de code hebben betrekking op de positie van de cliënt (zie paragraaf 2.2.3). Ook het interne tuchtrecht van de LVMW wordt met ingang van 1992 in ere hersteld. Van de adviezen van de Commissie van Consultatie, die haar werkzaamheden gedurende al deze jaren gewoon heeft voorgezet, wordt intensief gebruik gemaakt.[42]

Op initiatief van de LVMW werd in 1990 de Stichting beroepsregister van maatschappelijk werkers in het leven geroepen. Deze heeft een register voor maatschappelijk werkers ingesteld, waarbij in het najaar van 1991 ongeveer 1000 maatschappe-

36 Zo is het beroep, dat een RIAGG-instelling deed op privacy-bescherming van cliëntengegevens als reden voor het niet doorgeven van deze gegevens aan het verbindingskantoor in het kader van de AWBZ door het Gerechtshof Amsterdam afgewezen. Uitspraak 15-12-1983, Rechtspraak AWBZ/ZFW nr. 84021. Zie ook Commissie van Consultatie jaarverslagen 1983-1987.

37 Medisch Contact, 1988, nr. 22, p. 693-694.

38 Zie de casuïstiek van het College van Toezicht. Zo ook de Landelijke Beroepscommissie Klachtrecht in haar uitspraak van 7 december 1989, VIVAM, Bunnik.

39 LVMW Nieuws Winter 1989, p. 5-7.

40 Aldus telefonische informatie van de LVMW in mei 1991.

41 LVMW, Code voor de maatschappelijk werker, Utrecht, 1990, p. 4.

42 Jaarverslagen Commissie van Consultatie.

lijk werkers staan ingeschreven.[43] Registratie is mogelijk op voorwaarde dat, overeenkomstig het in 1987 opgestelde Beroepsprofiel,[44] de betrokken maatschappelijk werker een HBO-opleiding heeft genoten en vervolgens minimaal twee jaar praktijkervaring heeft opgedaan. Het systeem beoogt cliënten en andere beroepsgroepen de nodige waarborgen voor kwaliteit te bieden. De bedoeling is om te komen tot een registratie van gecertificeerde maatschappelijk werkers die, ook waar het de actuele beroepsbeoefening betreft, aan de nodige eisen zullen voldoen. Deze bestaan in de daadwerkelijke uitoefening van het beroep (een onderbreking van langer dan 1 jaar doet de inschrijving vervallen), het naleven van de (LVMW) code voor maatschappelijk werkers en het volgen van nascholing. Naleving hiervan zal iedere vijf jaar worden getoetst. Tegen een weigering tot (her)registratie door de Commissie van registratie staat beroep open bij de Commissie van Beroep. Beroepsregistratie is van betekenis omdat steeds meer maatschappelijk werkers zich zelfstandig gaan vestigen.[45] De bij de VOG aangesloten instellingen voor algemeen maatschappelijk werk hebben de intentie geuit om alleen geregistreerde maatschappelijk werkers in dienst te nemen.

2.2.3 Vraagzijde

De LVMW-code voor de maatschappelijk werker vereist dat de maatschappelijk werker handelt met respect voor de cliënt en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid, behalve wanneer het gaat om 'zaken die geen uitstel kunnen velen'. Handelen buiten medeweten en toestemming van de cliënt is slechts gerechtvaardigd 'voorzover deze niet in staat is zijn wil te bepalen of indien levensbelangen van anderen ernstig worden bedreigd'.[46] De toelichting vermeldt dat het hier gaat om een uitzondering op het informed consent vereiste.

In het verlengde hiervan liggen uitspraken van de Landelijke Beroepscommissie Klachtrecht AMW, waarin wordt gesteld dat de cliënt geïnformeerd moet zijn over de (on-)mogelijkheden van hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk, dat overleg plaatsvindt met de cliënt over het hulpverleningsproces en dat de hulpverlening niet opeens mag worden stopgezet, maar geleidelijk moet worden afgebouwd.[47]

43 Stichting beroepsregister van maatschappelijk werkers, Beroepsregistratie maatschappelijk werkers, Utrecht, september 1990. VOG, afdeling AMW/VIVAM, Vangnet, najaar 1991.

44 Projectgroep beroepsvraagstukken maatschappelijkwerk, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, 's Hertogenbosch, 1987.

45 Commissie van consultatie, Jaarverslag 1987.

46 LVMW, Code voor de maatschappelijk werker, op. cit.

47 Landelijke Beroepscommissie Klachtrecht VIVAM, Jaarverlag 1989/1990, Bunnik, 1991.

3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

3.1 Periode tot en met 1974

Evenals bij de gezinsverzorging en de wijkverpleging ontstonden op particulier, veelal kerkelijk, initiatief vele kleine instellingen voor maatschappelijk werk. Voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid daarvan bevatten de achtereenvolgende subsidieregelingen geen normen. In 1974 ging men uit van ongeveer 1 maatschappelijk werker op 5.000 à 6.000 inwoners. De spreiding van het hulpaanbod was echter ongelijk verdeeld over Nederland.[48]

Om het verbrokkelde hulpaanbod wat meer te structureren konden de instellingen vanaf 1967 extra subsidie ontvangen indien zij zich met de gezinsverzorging verenigden in de zogeheten A-instellingen (zie hoofdstuk 3). In 1971 werden (Stcrt. 85) kleine instellingen verplicht om onderling samen te werken in instellingen waaraan tenminste 6 functionarissen waren verbonden op straffe van stopzetting van de rijkssubsidies met ingang van 1976. Dat dit subsidiebeleid tot het gewenste resultaat heeft geleid blijkt daaruit dat het aantal instellingen tussen 1969 en 1974 terugliep van 604 tot 339, waarvan tweederde gefuseerd was met de gezinsverzorging.[49]

Voor de cliënten bleef de hulp moeilijk bereikbaar.[50] Dit was deels te wijten aan het imago van armenzorg van deze voorziening, zodat cliënten voor het vragen van hulp een zekere psychische drempel moesten overschrijden, deels aan het feit dat de instellingen nog sterk religie-gebonden werkzaam waren. De bereikbaarheid van het algemeen maatschappelijk werk werd verder nog nadelig beïnvloed doordat de hulp alleen tijdens kantooruren beschikbaar was. Teneinde daar voor 'acute' gevallen verbetering in te brengen werd in 1967 (Stcrt. 167) aan de subsidieregeling een nieuw hoofdstuk toegevoegd aangaande de subsidiëring van 'telefonische hulpdiensten'. Deze waren ook buiten kantooruren bereikbaar en werden bemand door vrijwilligers onder begeleiding van een maatschappelijk werker, die tevens als 'achterwacht' fungeerde. Continue zorgverlening vanuit het algemeen maatschappelijk werk achtte de overheid vooral noodzakelijk voor cliënten, die geen gespecialiseerde hulp nodig hadden of aan wie deze niet kon worden geboden. Een ander aandachtspunt was een betere spreiding van het algemeen maatschappelijk werk over Nederland.[51]

48 Nota bij adviesaanvraag aan de VNG over het algemeen maatschappelijk werk kenmerk MG U 50438, september 1974.

49 Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport over 1974, p. 182.

50 Nota bij adviesaanvraag aan de VNG over het algemeen maatschappelijk werk kenmerk MG U 50438, september 1974.

51 Zie nota bij adviesaanvrage kenmerk MG U 50438, september 1974.

Een negatieve rol in dit opzicht speelde de gerichtheid van de instellingen op de eigen, interne, organisatieproblematiek aan het einde der zestiger jaren.[52] De verenigings- of stichtings-statuten waren te statisch en het meestal uit vrijwilligers bestaande bestuur bleek onvoldoende in staat om de toenemende professionalisering in te spelen,[53] een problematiek, welke ook de kruisvereniging niet vreemd was. Interne conflicten tussen bestuur en werkers leidden tot een verminderde bereikbaarheid en beschikbaarheid van deze voorziening naar buiten toe.[54]

3.2 Periode na 1974

In 1977 gaf de overheid te kennen dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het algemeen maatschappelijk werk beter gewaarborgd moesten worden.[55] De eerste regeling die daarvoor in aanmerking kwam was de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening Fase I, die op 1 januari 1982 in werking trad (RMD, Stb. 679, 1981). De bepalingen welke de gemeente noopten de spreiding van het hulpaanbod te plannen zijn echter nooit van kracht geworden omdat de RMD in de eerste (overgangs)fase bleef steken (zie paragraaf 4). De gemeente kon er de voorkeur aan geven zelf de zorg te verlenen, hetzij door haar eigen sociale dienst, hetzij door een daarvoor in het leven geroepen instelling. In die gevallen bleek overigens (nog) minder aandacht te bestaan voor afstemming met de andere kerndisciplines.[56] De overheid had in de RMD ook een bepaling over de totstandkoming van deze samenwerking opgenomen, heeft de gemeenten regelmatig op het belang daarvan gewezen,[57] en heeft een enkele keer gedreigd op de rijksbijdrage te korten, indien aan deze bepaling geen gehoor zou worden gegeven.[58]

Uit jurisprudentie blijkt dat het de gemeente vrijstaat om in bepaalde wijken geen algemeen maatschappelijk werk ter beschikking te stellen, vermits geen 'onaanvaardbare aantasting optreedt van het voorzieningenniveau van de maatschappelijke dienstverlening in het algemeen'.[59]

De sinds 1989 op het algemeen maatschappelijk werk van toepassing verklaarde Welzijnswet brengt in het bovenstaande geen wezenlijke veranderingen. Zij bevat geen bepalingen of waarborgen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg of voor vormen van onderlinge samenwerking en is daar, gezien haar karakter, ook niet geschikt voor (zie paragraaf 4.2).

52 Querido noemt dit 'agency-centered' in plaats van 'problem-centered'. A. Querido, Wit-Gele Vlam, op. cit. p. 241. Zie ook Nationale Raad voor Maatschappeljk Werk Algemeen maatschappelijk werk en maatschappelijk werk nu, 's Gravenhage, 1969.
53 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 30.
54 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 11.
55 Brief Staatssecretaris CRM d.d. 16 mei 1977 aan de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, kenmerk MG U 58311.
56 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies FOGM 1988, 1987, p. 67.
57 Ministerie van WVC, circulaire van 29-2-1984, kenmerk DMD/SBA U 685.
58 Brief Staatssecretaris van WVC aan de VNG van 4 juli 1986, kenmerk AH-U-03663 II.
59 Afdeling Rechtspraak Raad van State 21-11-1986, nrs. R03.85.1847 en R03.85.1848.

Eind 1990 waren in Nederland 180 instellingen werkzaam, die gezamenlijk over 1267 bereikbaarheidspunten beschikten. Op veel van die punten kunnen cliënten overigens vaak slechts op één of enkele dagdelen per week terecht.[60]

In 1986 trachtte de overheid een continue bereikbaarheid van het algemeen maatschappelijk werk (7 x 24 uur) te creëren door hiervoor in een stimuleringsregeling de gemeente extra subsidies in het vooruitzicht te stellen (Stcrt. 163, 1986). De aan deze subsidiëring verbonden voorwaarde van een minimum-omvang van het werkgebied van de instelling bleek echter onhaalbaar en voor de voorwaarde, dat de bereikbare hulpverleners de nodige opleiding moesten krijgen, ontbrak het de gemeentes aan de nodige aanvullende financiële middelen.[61] Eind 1990 waren 31% van de instellingen niet buiten kantoortijden bereikbaar.[62] Voor hen die dat wel zijn, is dat in ongeveer de helft van de gevallen indirect, omdat de bereikbaarheid loopt via de telefonische, met vrijwilligers bemande, hulpdiensten.[63] Veel instellingen blijken wachtlijsten te hanteren.[64] Dat daarbij niet altijd eerst wordt gekeken naar de urgentie van de hulpvraag wordt door cliënten als hinderlijk ervaren.[65] Met de andere eerstelijnsvoorzieningen zijn weinig afspraken over samenwerking en bereikbaarheid gemaakt, hoewel dat wel een van de uitgangspunten was voor de totstandkoming van de stimuleringsregeling.[66] Het aantal instellingen dat struktureel met de drie andere eerstelijnsvoorzieningen samenwerkt is tussen 1986 en 1990 nog gedaald. De bilaterale samenwerking met de huisarts neemt echter toe, hetgeen waarschijnlijk verband houdt met het feit dat van de ongeveer 47% van de cliënten, die zich niet rechtstreeks tot de instelling richten, het merendeel verwezen wordt door de huisarts.[67] Dat een nauwe samenwerking tussen de huisarts en het maatschappelijk werk het aantal verwijzingen van huisarts naar maatschappelijk werk in positieve zin beïnvloedt komt ondermeer uit onderzoek van het NIVEL naar voren.[68]

Tweederde van de instellingen werkt binnen één organisatorisch verband met de gezinsverzorging, waarbij de directiefunktie meestal vanuit de gezinsverzorging

60 VOG, sectie AMW/VIVAM, Het AMW in beeld 1990, Rijswijk, 1991.
61 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 20 200, XVI, nr. 162.
62 VOG, sectie AMW/VIVAM, Het AMW in beeld 1990, op. cit.
63 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 117.
64 Maatschappelijk werk wil concurreren met 'dure' psychologische hulpverleners, Welzijnsweekblad, 1990, nr. 3, p. 2-3.
65 R. Goewie, K. Gorter en L. Willems, Onvrede en klachten van cliënten over de hulpverlening, NIMAWO, 's Gravenhage, 1989, p. 30.
66 M.A. Pijl, Morgen is te laat, Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening, 's Gravenhage, 1987, p. 66-69.
67 VOG, sectie AMW/VIVAM, Het AMW in beeld 1990, op. cit.
68 T.J.J.M.T. Kersten, Algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnsgezondheidszorg, Gezondheid en Samenleving, 1986, nr. 3, p. 145-153.

wordt vervuld en gefinancierd.[69] Het algemeen maatschappelijk werk is vast blijven houden aan haar identiteitsgebondenheid, ook wanneer deze een onderlinge overlap van de eigen werkgebieden ten gevolge heeft.[70]

4 Financiële toegankelijkheid

4.1 Periode tot en met 1974

4.1.1 Regulering aanbodzijde

De Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg wist te bereiken dat bij de vervanging van de Armenwet van 1854 door die van 1912 de mogelijkheid werd geopend om de financiering van de armenzorg, in aanvulling op de kerkelijke armenzorg, door de gemeente te laten plaatsvinden.[71] De daaraan te verbinden voorwaarden werden tot een minimum beperkt (plaatsing op een lijst en verkrijging van rechtspersoonlijkheid). De regering beschouwde de autonomie van kerkelijke en gemeentelijke besturen namelijk als een 'te groot goed om daarin te zeer in te grijpen'.[72]

Dat veranderde in 1955 met de inwerkingtreding van de eerste Rijkssubsidieregeling (Stcrt. 130). Ingevolge deze regeling nam het Rijk 30% en vanaf 1962 (Stcrt. 58) 40% van de salariskosten van het personeel voor haar rekening. Evenals bij de wijkverpleging en de gezinsverzorging trad een koppeling op met subsidiëring door de lagere overheid, in die zin dat één van de subsidievoorwaarden luidde dat de overheidssubsidies tezamen niet meer dan 70% (vanaf 1963 80%) van de totale kosten mochten belopen.

Reeds in 1954 kwam de overheid met een ontwerp voor een wettelijke 'Regeling van de Maatschappelijke Zorg', waarin zowel het recht op een zeker bestaansminimum (de latere bijstand) alsook de financiering van de verschillende vormen van maatschappelijk werk zouden worden opgenomen.[73] In 1959 had een ter advisering daarover ingestelde commissie een ander voorstel: de wet op de subsidiëring van het maatschappelijk werk. Dit moest een basiswet worden met aparte regelingen voor de verschillende takken van het maatschappelijk werk. Gezien de snelle ontwikkelingen zouden alleen die takken waarover een 'communis opinio' bestond, en

69 Reactie JOINT aan de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 's Hertogenbosch, december 1986. Ten gevolge van de HLO-operatie (zie hoofdstuk 3) is de JOINT, eerst als voorganger, later als beleidsondersteunend orgaan van de in 1988 opgerichte VIVAM, per 1 juli 1989 opgeheven.

70 JOINT, Reactie op de nota eerstelijnszorg, brief aan de leden van de Vaste Tweede Kamercommissie voor Welzijn en Cultuur en voor Volksgezondheid, d.d. 24 februari 1984.

71 Reflex, 1983, nr. 5, p. 4-8.

72 Zie de behandeling van de Armenwet in de Tweede Kamer, Handelingen Tweede Kamer 1911-1912, p. 1697.

73 W.A. Fransen, Wet- en regelgeving. Regelgeving van of belemmering voor het werk?, Handboek Maatschappelijk werk, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1985.

nadat erkenning door de minister had plaatsgevonden, voor opneming in deze wet in aanmerking komen. De voorstellen mondden uiteindelijk uit in de Algemene Bijstandswet van 1965. Daarin vond het algemeen maatschappelijk werk geen regeling omdat regering en parlement de mening waren toegedaan dat een codificatie van deze nog zo sterk in ontwikkeling zijnde hulpsoort te voorbarig zou zijn.[74]

In 1970 constateerde de overheid dat de continuïteit van deze zorg zonder wettelijke basis in gevaar dreigde te komen en dat de rechtsbescherming van de instellingen onvoldoende was.[75] Wel werd reeds toen de tendens zichtbaar om beleid en financiering van deze zorg in handen te leggen van de gemeente, zij het met een wettelijke, centrale, normstelling ten aanzien van de deskundigheid en de rechtspositie van het personeel en de organisatie van de hulp (zie paragraaf 2.1.2). Daarbij stuitte men echter op de vraag hoe de gemeentelijke financiering moest worden afgestemd op de sociale verzekeringen en hoe de verhouding lag ten opzichte van de juist gecentraliseerde financiering van de sector volksgezondheid.[76]

4.1.2 Regulering vraagzijde

4.1.2.1 Inhoud

De hulp van het algemeen maatschappelijk werk werd in de subsidieregeling van 1962 omschreven als 'het voorkomen en opheffen van de verscheidene maatschappelijke moeilijkheden van de mens als zodanig en van het gezin, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de relatie met andere levensverbanden'. Deze omschrijving bood de cliënt weliswaar weinig houvast, maar stelde het maatschappelijk werk in staat om in te spelen op nieuwe hulpvragen die zich in de maatschappij voordeden.[77] Daardoor kon het hulpaanbod echter van instelling tot instelling verschillen en is overlap opgetreden met het aanbod van andere voorzieningen. Bijvoorbeeld met de wijkverpleging bij de opvang en begeleiding na een ziekenhuisopname en met de sociale dienst van de gemeente waar het de begeleiding bij problemen van materiële of financiële aard betreft.[78] In 1974 had 50% van het hulpaanbod betrekking op financiële, administratieve, huisvestings- en huishoudelijke problematiek.[79]

74 Tweede rapport van de Commissie 'Vraagstukken subsidiëring maatschappelijk werk' met betrekking tot het voorontwerp van wet op de subsidiëring van het maatschappelijk werk. Publikatie NRMW nr. 24, 1959 en W.A. Fransen, Wet- en regelgeving. Regelgeving van of belemmering voor het werk?, op. cit.

75 Ministerie van CRM, Memorandum voorbereiding Wetgeving, op. cit. p. 47-48.

76 Knelpuntennota 1974, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 12 968, nrs. 1-2, p. 2 en Commentaar van de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn daarop, 's Gravenhage, 1974, p. 36-38.

77 Toelichting bij subsidieregeling van 1962, Stcrt. 85, Bijvoegsel, p. 35.

78 A. Querido, Gezondheidszorg en gemeentelijke overheid, Samson, Alphen a.d. Rijn, 1951, p. 16.

79 Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal Cultureel Rapport over 1974, p. 182.

4.1.2.2 Financiering

Hulp van het maatschappelijk werk bleef, de armenzorg-gedachte trouw, gratis. Toch wilde de overheid in 1970 de cliënten enige mede-verantwoordelijkheid geven in de door deze voorziening te maken kosten. Daarom werd voorgesteld in toekomstige financieringswetgeving het betalen van een eigen bijdrage als voorwaarde op te nemen.[80]

4.2 Periode na 1974

4.2.1 Ontwikkeling regelgeving

Teneinde verdere problemen met koppelsubsidiëring te vermijden, koos de overheid in 1981 voor een Rijksbijdrageregeling als kader voor het algemeen maatschappelijk werk, waarin tevens een nadere uitwerking kon worden gegeven aan het in 1974 ingezette decentralisatie- en democratiseringsbeleid. De Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening (RMD Fase I, Stb. 679, 1981) werd op 1 januari 1982 van kracht en was bedoeld als een overgangsregeling totdat de KSW in werking zou treden. Zoals gezien in hoofdstuk 1 kwam het daar niet van. De RMD bleef in haar eerste (overgangs-)fase steken toen de overheid besloot de gezinsverzorging niet in deze regeling onder te brengen.[81]

Voor sommige gemeenten trad in 1982 niet de RMD maar het Besluit Proefgemeentes (Stb. 497, 1982) in werking, dat hen in staat stelde om met de KSW te experimenteren. De daarvoor geldende subsidie-voorwaarden werden neergelegd in een tussen de regering en de Vereniging voor Nederlandse Gemeentes (VNG) gesloten Bestuursaccoord. Uit jurisprudentie is overigens gebleken dat een dergelijk akkoord niet eenzijdig door de regering kan worden opgezegd.[82]

Ook met elk van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, 's Gravenhage en Utrecht) sloot de overheid in 1982 een Bestuursconvenant. Daar werd het algemeen maatschappelijk werk een uitsluitend gemeentelijke aangelegenheid.[83]

De wijziging van de Gemeentewet in 1984 (invoering van art. 237 b e.v., Stb. 649, 1983) dwong de overheid er echter toe om op 1 januari 1989 de RMD in te trekken, daar deze regeling als algemene maatregel van bestuur een onvoldoende wettelijke basis bood voor blijvende rijkssubsidiëring.

Nog bij de behandeling van de Welzijnswet in het Parlement in 1987 was de overheid de mening toegedaan dat het algemeen maatschappelijk werk met de gezinsverzorging in nauwe samenhang met de gezondheidszorg geregeld moest

80 Ministerie van CRM, Memorandum voorbereiding wetgeving, op. cit. p. 44.

81 Brief van Minister H.A. de Boer aan de Vaste Commissie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk van de Tweede Kamer d.d. 7 juni 1982, kenmerk GV U4067.

82 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, Aanhangsel, vraag 550 en bericht in de Provinciale Zeeuwse Courant van 4 april 1989.

83 Zie bijvoorbeeld het met Rotterdam gesloten Convenant, Stcrt. 253, 1982.

worden.[84] Daarom werd begin 1988 ook voor deze kerndiscipline de AWBZ voorzien als wettelijk kader, een mogelijkheid welke bij de aanvaarding van de AWBZ in 1966 open was gehouden (zie hoofdstuk 1). Het algemeen maatschappelijk werk zelf betoonde zich voorstander daarvan, aangezien zij de psycho-sociale hulpverlening als een van haar kerntaken beschouwde.[85] Tevens wenste het eenzelfde financieringskader als de andere drie kerndisciplines en het RIAGG om substitutie mogelijk te maken.[86]

In het voorjaar van 1988 vond echter een beleidsombuiging plaats en koos de overheid alsnog voor de Welzijnswet. De VNG toonde zich namelijk een tegenstandster van AWBZ-financiering voor het maatschappelijk werk omdat het verschil in financiering de onderlinge afstemming met gemeentelijke activiteiten zou bemoeilijken, waar het de hulp bij financiële en materiële problemen betreft. Als verder bezwaar formuleerde zij het risico dat een dergelijke overgang zou leiden tot medicalisatie van maatschappelijke problemen.[87] Uit onderzoek is overigens gebleken dat dit niet het geval is.[88] De overheid toonde zich echter gevoelig voor deze argumenten met als niet onbelangrijke bijkomende factor het risico dat gemeenten hun eigen bijdragen aan deze voorziening zouden onttrekken, indien voor AWBZ-financiering zou worden gekozen.[89]

Het Parlement, dat in 1985 nog een motie had aangenomen waarin een gedecentraliseerde financiering van het algemeen maatschappelijk werk werd afgekeurd met het oog op het belang van deze kerndiscipline binnen de eerstelijnszorg, verwierp in 1988 een motie, welke een gecentraliseerde financiering van het algemeen maatschappelijk werk voorstond.[90] Daarmee werd de overgang van het algemeen maatschappelijk werk naar de Welzijnswet per 1 januari 1989 een feit (Stb. 62), een situatie welke inmiddels ook door de instellingen zelf geaccepteerd is.[91]

84 Handelingen Eerste Kamer, zitting 27 januari 1987, 16-678.

85 JOINT: Reactie Joint-bestuur aan 'Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg' (1986), Maatschappelijk werk en thuiszorg, (1988) en Notitie Thuiszorg (1989), 's Hertogenbosch.

86 Welzijnswerk content met voorstellen Commissie Dekker, Welzijnsweekblad 1987, nr. 14, p. 6-7. C. Glerum, Maatschappelijk werk: integraal in basispakket, Inzet 1988, nr. 2, p. 31-33 en F.C. Vocking, Maatschappelijke dienstverlening moet in het verzekeringspakket, dagblad Trouw, 16 juli 1988.

87 Reactie Vereniging van Nederlandse Gemeentes op het regeringsstandpunt van de Commissie Dekker d.d. 10 juli 1987, kenmerk MAV/6253.

88 Het verstrekken van psycho-sociale hulp binnen de eerstelijnszorg, ongeacht of dit gebeurt door een psycholoog, de huisarts of een maatschappelijk eerstelijnszorg, heeft geen effect op de medische consumptie, aldus een literatuuronderzoek van J.S. Meijer en H. Lamberts, Huisarts en Wetenschap, 1989, nr. 3, p. 81-88.

89 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 20 853, nr. 3, p. 4.

90 Respectievelijk Handelingen Tweede Kamer, zitting 1984-1985, 18 600, XVI, nr. 49, aanvaard op 11-12-1984, en Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nr. 35, aanvaard op 28-6-1988.

91 VOG, sectie AMW/VIVAM, Vangnet, najaar 1991.

4.2.2 Regulering aanbodzijde

Omdat de subsidiëring van de personeelskosten met haar open-eind karakter jaarlijks tot begrotingsoverschrijdingen leidde, voerde de overheid in 1976 per circulaire een vacature-stop in. Vanaf 1980 werd de personeelsformatie gefinancierd aan de hand van een berekening op basis van twee constante factoren, namelijk de gemiddelde behandelingsduur en de beschikbare werkduur per hulpverlener en van één variabele factor: het aantal hulpvragen.[92] Voordat een mogelijk effect hiervan beoordeeld kon worden trad in 1982 de RMD in werking, die de hoogte van de rijksbijdrage handhaafde op het in 1981 uitgekeerde bedrag. Tegelijk werd een korting van 7,5% toegepast.[93]

Op basis van de RMD kwamen gemeenten, die binnen hun gebied een instelling voor algemeen maatschappelijk werk hadden, in aanmerking voor een rijksbijdrage. Wanneer de gemeente de subsidiëring van de instelling wilde beëindigen, diende zij daarvan de rijksoverheid tijdig en gemotiveerd in kennis te stellen. De RMD bevatte geen algemeen verbindende voorschriften, doch regelde uitsluitend de verhouding tussen het rijk en een gemeente, die van de regeling gebruik wilde maken.[94] Voor de instelling zelf was de regeling rechtens dus niet relevant. Wel de gemeentelijke verordening, die de rechtsverhouding regelt tussen gemeente en instelling[95] en de daarop gebaseerde subsidiebeschikking. Instellingen kunnen van deze beschikking in beroep gaan bij de AROB-rechter. Van deze mogelijkheid maakten zij in de periode na 1982 veelvuldig gebruik, omdat zij door de gemeente regelmatig op de subsidies werden gekort.[96] Uit de gevoerde procedures blijkt dat de gemeente bij de subsidieberekening wel rekening moet houden met wettelijke voorschriften, maar niet met bijvoorbeeld toezeggingen van de instellingen aan werknemers.[97] Indien deze niet door subsidies worden gedekt, ligt het financiële risico niet bij de gemeente, maar bij de instelling. Op de interne verhouding tussen instelling en werknemer zijn de financiële voorwaarden van de CAO van toepassing.[98]

Het feit dat gemeenten, werkzaam binnen één WGR-regio, voor één en dezelfde instelling verschillende subsidie-berekeningen en -voorwaarden hanteren wordt door het algemeen maatschappelijk werk als een knelpunt ervaren.[99]

92 Ministerie van CRM, circulaire formatiebeleid AMW van 28 april 1980, MG U 61873.
93 Ministerie van CRM, circulaire van 21 december 1981, SCW-U 6897/DMD-U 65512.
94 Afdeling Rechtspraak Raad van State, 26-2-1982, AB, 1982, nr. 364.
95 Afdeling Rechtspraak Raad van State, 11-1-1985, AB, 1986, nr. 92 en Afdeling Rechtspraak Raad van State, 10-7-1987, nr. R03.86.0552.
96 JOINT, AMW in de knel, 1986, op. cit. In 1984 was de JOINT bijvoorbeeld 45 keer betrokken bij een AROB-procedure, waarvan er 10 in hoger beroep door de Raad van State zijn behandeld.
97 Afdeling Rechtspraak Raad van State, 14-12-1982. AB, 1983, nr. 163. In casu betrof dit het Besluit Benoembaarheidseisen, dat nu voor het algemeen maatschappelijk werk niet meer van kracht is en Afdeling Rechtspraak Raad van State, 10-7-1987, nr. R03.86.0552.
98 Afdeling Rechtspraak Raad van State, 12-12-1985, AB, 1986, nr. 356.
99 JOINT, AMW in de knel, 1986, op. cit.

De Welzijnswet bracht in het voorafgaande geen wezenlijke wijzigingen, behalve dat de meldingsplicht voor de stopzetting van gemeentelijke subsidiëring is verdwenen (Stb. 62, 1989). De wet regelt vooral de bevoegdheidverdeling tussen de drie overheidsniveaus (rijk, provincie en gemeente) op welzijnsgebied, waarbij die voor het algemeen maatschappelijk werk, zoals gezien, bij de gemeente is gebleven. Bepalingen met bevoegdheden voor een centrale normstelling (het heffen van een retributie), zijn uit deregulerings- en decentralisatie-overwegingen geheel verdwenen. Met het beleid zijn ook de geldstromen gedecentraliseerd[100] en zijn specifieke uitkeringen voor het algemeen maatschappelijk werk per 1 januari 1991 vervallen aan het Gemeentefonds.[101] De financiële toegankelijkheid van de aanbodzijde is, de berekeningen op basis van de Financiële Verhoudingenwet in acht genomen, daarmee geheel in handen van de gemeente. Dit geldt ook voor de vier grote steden, waarmee ook in het kader van de Welzijnswet de Bestuursconvenanten zijn gecontinueerd (art. 3 Welzijnswet).

De ontwikkelingen hebben het algemeen maatschappelijk werk ertoe gebracht om psycho-sociale hulpverlening op de verzekeringsmarkt te gaan aanbieden, tegen een met verzekeraars tevoren overeen te komen uurtarief.[102] Voor dit aanbod wil de VIVAM/VOG kwaliteitsgaranties ontwikkelen in de vorm van een certificatie-, registratie- en informatiesysteem.[103] Realisering van deze plannen maakt overigens het risico van dubbele financiering (gemeente en verzekeraar) niet geheel ondenkbaar.[104]

Omdat tussen het algemeen maatschappelijk werk en de RIAGG qua hulpaanbod een zekere overlap optreedt[105] en zij een belangrijk deel van de cliënten 'gemeenschappelijk'[106] hebben wensen beide instellingen de onderlinge samenwerking te verbeteren, ook op het gebied van de preventie.[107] In een gezamenlijke beleidsnota hebben zij de intentie neergelegd om op regionaal niveau te komen tot het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten, waarbij protocollering zou moeten plaatsvinden van onderlinge verwijzing en consultatie tussen RIAGG en algemeen maatschappelijk werk op het terrein van de psycho-sociale hulpverlening.

100 J.H.C. van Zanen, De Welzijnswet in grote lijnen, Tijdschrift voor Openbaar Bestuur, 1987, nr. 8, p. 161-164.

101 Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 20 853, nr. 3, p. 8.

102 VIVAM, Verzeker U van het AMW, Bunnik, 1990. Zie ook Maatschappelijk werk wil concurreren met 'dure' psychologische hulpverleners, Welzijnsweekblad, 1990, nr. 6, p. 2-3.

103 VIVAM, Bladgroen, april 1990.

104 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 20 492, nr. 4, p. 97.

105 D. de Ridder en J. Visser, Tussen de lijnen, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid en NIVEL, Utrecht, 1987, p. 157.

106 Ongeveer een kwart van de cliënten die zich aanmelden bij het algemeen maatschappelijk werk heeft voordien reeds hulp ontvangen van de RIAGG en omgekeerd. R.D. Friele en P.F.M. Verhaak, Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW, NIVEL, Utrecht, 1991, p. 87.

107 JOINT en Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Bouwstenen, 's Hertogenbosch, 1987.

4.2.3 Regulering vraagzijde

4.2.3.1 Inhoud

In aansluiting op de groeiende hulpvraag werd het pakket van het algemeen maatschappelijk werk verbreed met het geven van advies en informatie, bemiddeling bij schulden, begeleiding bij het tot standbrengen van omgangsregelingen na scheiding, hulp aan randgroep-jongeren, etc. In 1977 constateerde de overheid, dat het verenigen van zó uiteenlopende hulpvormen binnen één voorziening onduidelijkheid schept.[108] Bovendien werden onderdelen daarvan ook door andere instanties aangeboden. Een werkgroep, die in 1976 advies uitbracht, was van mening dat een omschrijving van het hulpverleningspakket van het algemeen maatschappelijk werk een voorwaarde zou kunnen worden voor het toekennen van een rijksbijdrage.[109] Daarvan zag de overheid echter af om de decentralisatie van het beleid zoveel mogelijk te respecteren. Terwijl de bijlage bij de RMD de hulp van het algemeen maatschappelijk werk nog omschreef als a-selectieve en a-specialistische hulp bij problemen in het functioneren als individu, in relatie tot de naaste omgeving en in relatie tot de samenleving[110] bevat de Welzijnswet in dit opzicht geen enkele bepaling meer.

Het recht op de toegang tot sociale zorg, waaronder het algemeen maatschappelijk werk, is, als sociaal grondrecht, vastgelegd in het Europese Sociale Handvest van 1961 (Trb. 90, art. 14). De regering stelde in 1970 dat landen, die dit Handvest hebben geratificeerd, het recht op maatschappelijke zorg ook daadwerkelijk voor hun burgers moeten waarborgen.[111] Het Handvest is voor Nederland op 22 mei 1980 in werking getreden. De Welzijnswet kan dit recht echter niet waarborgen. Deze wet biedt, aldus Lunshof, cliënten geen enkele vorm van rechtszekerheid of rechtsgelijkheid. Hij acht dit in strijd met artikel 1 van de Grondwet.[112]

Het vaststellen van de omvang en de soort hulp, die de patiënt ontvangt is in principe in handen van de instelling, waarbij de gemeente in beperkte zin kan bijsturen. Stijging van de vraag heeft sinds 1985 geleid tot een toename van het hulpaanbod met gemiddeld 2,8% per jaar, een stijging die zich vooral voordoet bij vragen naar hulpverlening van langer dan één maand.[113] In iets meer dan de helft van de gevallen heeft de hulpvraag betrekking op relationele problemen, voor het overige betreft zij materiële problematiek.[114]

108 Reactie Staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk d.d. 16 mei 1977.
109 Eindadvies werkgroep VOS, d.d. 15-10-1976, op. cit. Zie ook paragraaf 2.2.
110 Stb. 679, 1981, p. 28-29.
111 Ministerie van CRM, Memorandum voorbereiding Wetgeving, op. cit. p. 11-12.
112 H.R. Lunshof, Welzijn, wet, wetgever, Tjeenk Willink, Zwolle, 1989, p. 276.
113 Financieel Overzicht Zorg 1991, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 117.
114 JOINT, Het AMW in beeld 1985, deel 1 en 2, 's Hertogenbosch, 1987.

Voor psycho-sociale hulp op eerstelijnsniveau kan de patiënt sinds eind jaren zeventig ook terecht bij psychologen[115] en sinds kort bij vrij gevestigde maatschappelijk werkers. Dit geschiedt buiten de wettelijke verzekeringskaders om. Zo is bijvoorbeeld hulp van een vrijgevestigde psycholoog geen AWBZ-verstrekking.[116] Dat is hulp van de RIAGG, een tweedelijnsvoorziening, wel. Uit onderzoek is overigens gebleken, dat niet zozeer de (complexiteit van de) hulpvraag een beroep op de RIAGG of het algemeen maatschappelijk werk rechtvaardigt, maar dat patiënten met een hogere opleiding en betere positie zich eerder tot de RIAGG wenden. De complexiteit van de hulpvraag is evenmin bepalend voor de huisarts bij diens keuze voor verwijzing van een patiënt naar de RIAGG of naar het algemeen maatschappelijk werk.[117] Mocht het aandeel van het algemeen maatschappelijk werk bij de beantwoording van psycho-sociale hulpvragen verder toenemen dan overweegt de overheid deze eerstelijnsdiscipline een zelfstandige verwijzingsbevoegdheid te geven naar de RIAGG.[118] In geval van psycho-pathologische klachten blijft overigens (mede-)indicatiestelling door de huisarts noodzakelijk.[119]

4.2.3.2 Financiering

De hulpverlening bleef financieel gezien gratis. De instellingen houden daaraan vast omdat de helft van de cliënten een sociale uitkering heeft en dus aangewezen is op een krap budget.[120] Indien particuliere verzekeraars psycho-sociale hulp in hun verzekeringspakket zouden opnemen zou dat (behoudens de premiebetaling) waarschijnlijk zo blijven, aangezien zij tegenstanders zijn van eigen bijdragen.[121] Het hanteren van een eigen risico, een mogelijkheid die verzekeraars niet uitsluiten, kan overigens evenzeer een financiële drempel opwerpen.

5 Knelpunten

Terwijl de overheid het algemeen maatschappelijk werk tot ongeveer 1976 via rijkssubsidieregelingen een fase van sterke groei en professionalisering heeft doen doormaken, is deze eerstelijnsvoorziening nu in geheel ander wettelijk vaarwater terecht gekomen. Door de wijziging van de Gemeentewet in 1983 moest de regering ter vervanging van de RMD een nieuw formeel-wettelijk kader zoeken. Daarbij

115 J. van Rooij e.a., Psychologen in de eerste lijn, De Psycholoog, december 1989, p. 611-615.

116 Centrale Raad van Beroep, 25-2-1988, RZA, 1988, nr. 106 en Raad van Beroep Rotterdam, 17-7-1990, RZA, 1990, nr. 199.

117 R.D. Friele en P.F.M. Verhaak, Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW, op. cit. p 82-91.

118 Nota 2000, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 253.

119 JOINT en Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Bouwstenen, op. cit.

120 C. Glerum, Maatschappelijk Werk: integraal in basispakket, Inzet 1988, nr. 2, p. 31-33. VIVAM, Het AMW in beeld 1990, Bunnik, 1991.

121 Het KLOZ blijkt namelijk tegenstander van retributieregelingen in het algemeen als zijnde een inkomenspolitiek instrument, zie de reactie op de Nota 'Van samenwerken tot samengaan', op. cit.

is de keuze, overigens eerder om economische dan om zorg-inhoudelijke motieven, op de Welzijnswet gevallen. Het sinds 1982 consequent doorgevoerde decentralisatie-beleid heeft ertoe geleid dat de eerder bedoelde wettelijke waarborging van een recht op hulp van het maatschappelijk werk, van een zekere kwaliteit en van een gelijke bereikbaarheid en beschikbaarheid van die hulp niet heeft plaatsgevonden. Toch achtten overheid en parlement tot voor enkele jaren een centrale normstelling op deze gebieden een absolute noodzaak. De met de gemeenten gesloten Bestuursaccoorden hebben geleid tot een zekere 'verhorizontalisering' van de verhouding rijk-gemeente. De regering is contractspartner geworden en kan de overeenkomst niet eenzijdig opzeggen.

Het afzien van *wettelijke kwaliteitswaarborgen* heeft geleid tot een tekort aan kwalitatief geschoold personeel en een gebrek aan management. Nu ook het kwaliteitsbeleid geheel naar de gemeenten is gedecentraliseerd, deze zich niet deskundig achten voor kwaliteitsbewaking en normering en van de Wet BIG als wettelijk kader is afgezien ontbreekt kwaliteitswaarborging ten aanzien van toegang tot en uitoefening van het beroep van maatschappelijk werker. Tegelijkertijd gaan maatschappelijk werkers zich in toenemende mate als zelfstandig beroepsbeoefenaren op de markt van de psycho-sociale zorg begeven.

Wel heeft in het kader van *zelfordening* de beroepsorganisatie, de LVMW, de nodige initatieven voor kwaliteitsbewaking en -bevordering ontplooid, zoals de ontwikkeling van een gedragscode, herinvoering van het vroegere, interne, tuchtrecht en de instelling van een Stichting ter behering van een beroepsregister voor maatschappelijk werkers. De waarde van gedragsregels, zoals deze zijn neergelegd in de code voor maatschappelijk werkers moet echter worden gerelativeerd door de vrij lage aansluitingsgraad (20%) bij de LVMW. Wel kan, indirect, aan deze normen worden getoetst in het kader van de sinds 1989 in werking zijnde klachtenregeling voor het algemeen maatschappelijk werk (zie hoofdstuk 1) en geldt naleving ervan als voorwaarde voor (her-)registratie als maatschappelijk werker. Voorts gaat een positief effect uit van de adviesmogelijkheid, die de LVMW haar leden biedt en waarvan intensief gebruik wordt gemaakt.

Hoewel sprake is van een duidelijke terugtred van de wetgever op kwaliteitsgebied, is de overheid kwaliteitsbevordering nog gedeeltelijk als een eigen taak blijven zien, zij het in de vorm van incidentele subsidies aan speciale projecten, welke daarmee (indirect) slechts een beperkte groep cliënten ten goede komen. Dit is een andere beleidslijn dan in de periode vóór 1974, toen juist het generalistische karakter van het algemeen maatschappelijke werk werd benadrukt en gestimuleerd.

De *bereikbaarheid en beschikbaarheid* van het algemeen maatschappelijk werk werden in de zestiger en zeventiger jaren belemmerd door haar 'armenzorg'-imago en een vrij sterke oriëntatie op interne problemen. De daaropvolgende decentralisatie heeft door de noodzaak tot bezuinigen, waarvoor vele gemeenten zich geplaatst zagen, geen verbetering gebracht. Het ontstaan van wachtlijsten is hiervan een gevolg, mede veroorzaakt door de toename van het aantal hulpvragen. Dit belem-

mert de toegankelijkheid en doet een situatie van rechtsongelijkheid en rechtsonzekerheid bij cliënten ontstaan. Hoewel het subsidiebeleid ertoe heeft geleid dat ongeveer driekwart van de instellingen continu bereikbaar is, komen cliënten in de helft van de gevallen eerst bij een telefonische hulpdienst terecht, bemand door vrijwilligers.

Het door de overheid in 1967 ingezette concentratie-beleid, enerzijds gebaseerd op stimulerende subsidies en anderzijds op repressieve sancties (intrekken subsidie), heeft effect gesorteerd. Het aantal instellingen is sterk gedaald en met de gezinsverzorging is een intensieve samenwerking op gang gekomen, zowel op organisatorisch gebied, als op rechtspositioneel gebied, omdat de werknemers van beide instellingen onder dezelfde CAO vallen. Samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines beperkt zich voor het overige vrijwel geheel tot de huisarts.

Waar het de *financiële toegankelijkheid* van het algemeen maatschappelijk werk betreft blijken de aan een koppelsubsidie-systeem en ander vormen van dubbele financiering verbonden problemen niet geheel overwonnen. Deze worden opnieuw actueel, nu het algemeen maatschappelijk werk haar psycho-sociale hulpaanbod aan verzekeraars gaat aanbieden, die daarmee, naast de gemeente, als tweede financier van deze zorg zouden kunnen gaan optreden.

Hoewel de aanpassing van het hulpaanbod aan hulpvragen en problemen, die zich in de maatschappij voordoen, steeds het sterke punt van deze eerstelijnsvoorziening is geweest leidde dit bij overheid en cliënten met terugkerende regelmaat tot onduidelijkheden over omvang en inhoud van het hulpaanbod. Van het voorstel uit 1976 om het hulpaanbod functioneel te omschrijven en dit als een erkenningsvoorwaarde te hanteren is door het daarna ingezette decentralisatiebeleid niets terecht gekomen.

Psycho-sociale hulp binnen de eerste lijn valt, ongeacht of deze door het algemeen maatschappelijk werk, door zelfstandige maatschappelijk werkers of door psychologen wordt aangeboden, buiten het wettelijk verzekerd zorgpakket. Derhalve heeft de patiënt geen aanspraak op dit onderdeel van de eerstelijnszorg.

6 Samenvattende conclusie

Regelgeving ten aanzien van de kwaliteit (toelating beroep en beroepsuitoefening) van het algemeen maatschappelijk werk is niet tot stand gekomen ondanks dat de intentie daartoe van regerings- zowel als van parlementaire zijde bij herhaling is geformuleerd. De lage aansluitingsgraad bij de beroepsorganisatie (20%), tezamen met de decentralisatie van het kwaliteitstoezicht naar gemeenten, die zich daartoe naar eigen zeggen onvoldoende capabel achten, maakt de kwaliteitswaarborging van overheidswege ten aanzien van zorg verleend door instellingen voor algemeen maatschappelijk werk lacunair. Kwaliteitsregulering is primair een zaak van zelfordening gebleven. In dat kader worden de nodige initiatieven ontplooid om aan de concretisering van de professionele normen en standaarden, in het bijzonder met betrekking tot de positie van de cliënt, nader vorm te geven en naar buiten toe bepaalde kwaliteitsgaranties te bieden.

Het loslaten van centrale sturingsinstrumenten als subsidieregelingen en circulaires ten gunste van decentralisatie van regelgeving naar gemeenten heeft niet geleid tot een adequate bereikbaarheid en beschikbaarheid van deze zorg.

Zelfordening houdt de financiële drempel voor cliënten laag (gratis hulp) en bevordert de toegankelijkheid. Ook hier is het de aanbodzijde, die de omvang, soort en inhoud van de hulp bepaalt. Er treedt overlap op met andere, wel in het kader van de verzekeringswetgeving geregelde, voorzieningen (RIAGG, kruiswerk). Substitutie komt, mede door de uiteenlopende financieringsbronnen, (AWBZ versus Gemeentefonds) niet of nauwelijks op gang met als gevolg dat psycho-sociale hulp soms wordt verstrekt op een hoger (RIAGG) dan noodzakelijk echelon. De patiënt heeft geen aanspraak op psycho-sociale hulp op eerstelijnsniveau. Wel worden op basis van zelfordening van verschillende zijden (psychologen, maatschappelijk werkers) initiatieven ontwikkeld om deze hulp, buiten de bestaande wettelijke verzekeringskaders om, op eerstelijnsniveau aan te bieden (als onderdeel van particulier/aanvullend verzekeringspakket) met als gevolg ongelijke toegangsmogelijkheden tot psychosociale eerstelijnshulp.

DEEL III

Het Nieuwe Stelsel

Inleiding

De inefficiëntie van de regelgeving om gewenste veranderingen in de gezondheidszorg tot stand te brengen en de noodzaak tot het stellen van (financiële) grenzen aan de zorg hebben geleid tot een heroriëntatie ten aanzien van het stelsel, inclusief de eerstelijnszorg. Tegelijkertijd wordt gestreefd naar aansluiting bij de in het kader van de WHO geformuleerde beleidsvoornemens voor 'Health for all by the year 2000'.

Sinds 1986 zijn meerdere nota's en wetsvoorstellen verschenen om de gewenste veranderingen in het stelsel te realiseren. Het advies van de zogeheten 'Commissie Dekker'[1] kan daarvoor als 'ijkpunt' worden beschouwd. Een van de aan deze Commissie meegegeven opdrachten was om de mogelijkheden te onderzoeken van een verschuiving van intra- naar extra-murale zorg.[2]

De nieuwe oriëntatie wordt gekenmerkt door een terugtredende overheid, met name voor wat betreft regelgeving, meer verantwoordelijkheid voor 'het veld' en een grotere keuzevrijheid voor verzekerden.

Dit deel bevat een algemene schets van het toekomstige stelsel op hoofdlijnen en de betekenis daarvan voor de eerstelijnszorg, wederom ingedeeld naar kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid en financiële toegankelijkheid. Enkele onderdelen zijn overigens al kort in het voorafgaande aan de orde geweest. Aan het eind van dit deel worden een aantal aandachtspunten geformuleerd, voorzover deze in het huidige stadium van de ontwikkelingen te signaleren zijn. Deze worden nader besproken in Deel IV.

1 Commissie Struktuur en Financiering Gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1987.

2 Instellingsbesluit Commissie Struktuur en Financiering Gezondheidszorg, Bijlage 2 bij het advies Bereidheid tot Verandering.

Hoofdstuk 1

De hoofdlijnen van het nieuwe gezondheidszorgstelsel

1 De plannen

Blijkens het naar aanleiding van het advies van de Commissie Dekker geformuleerde, eerst voorlopige en later definitieve, standpunt van de regering[1] zal het toekomstige stelsel de doelmatigheid van en de flexibiliteit in de zorg moeten bevorderen. De samenhang met de maatschappelijke dienstverlening, voorzover aan de gezondheidszorg gelieerd, wordt vergroot en er dient een verschuiving op te treden in de zin van minder overheidsregulering ten gunste van meer marktregulering en zelfordening. Voor het nieuwe stelsel zijn door de regering tien toetsingscriteria ontwikkeld, waaronder substitutie-bevordering. Dit richt zich op het zolang als verantwoord verlenen van zorg in het, gelet op de hulpvraag, zo laag mogelijk niveau. Andere criteria zijn de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg, bewaking van de toegankelijkheid van de zorg in financieel en geografisch opzicht, de aanwezigheid van solidariteit en kostenbeheersing.

Een essentieel element in het pakket samenhangende maatregelen is de stelselwijziging ziektekostenverzekering en de daarmee gepaard gaande bestuurlijke vernieuwing, zo stelt de overheid in de Nota "Werken aan zorgvernieuwing" van 1990.[2] Deze Nota kondigt een ingrijpende modernisering aan van de AWBZ, waarnaar vanaf 1992 de voorzieningen van de Ziekenfondswet stapsgewijze worden overgeheveld. In 1995 wordt dan de Wet op de Zorgverzekering ingevoerd, onder gelijktijdige intrekking van de relevante bestaande wetten. Deze 'Zorgwet' is een verzekering van rechtswege met een wettelijk vastgelegd basispakket van aanspraken. Het accent zal komen te liggen op onderlinge solidariteit en een bedrijfsmatige aanpak.

De bestuurlijke vernieuwing komt vooral tot uitdrukking in het meer op afstand functioneren van de overheid: keuzes rond de organisatie van de zorg worden meer bij de direct betrokken partijen gelegd, opdat de besluitvorming over te verlenen zorg beter bij bestaande behoeften kan aansluiten. Beheersing van capaciteiten wordt, voorzover het geen kostbare of zeldzame voorzieningen betreft, aan 'het veld' overgelaten. De regering beschouwt hierbij overeenkomsten tussen aanbieders en verzekeraars als een belangrijk instrument, zonder deze verplicht te willen stellen. Met de opheffing van de bestaande contracteerplicht in het kader van de

1 Handelingen Tweede Kamer, zittingen 1986-1987 en 1987-1988, 19 945, respectievelijk de nrs. 4-5, 19 en 27-28.

2 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2.

wettelijke ziektekostenverzekeringen krijgen verzekeraars een grotere invloed op de doelmatigheid van het stelsel en wordt een meer bedrijfsmatige aanpak mogelijk.

De huidige Modelovereenkomsten in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ kunnen, door een vermindering van het aantal bepalingen gericht op dwingendrechtelijk in individuele overeenkomsten te regelen aspecten, terugtreden ten gunste van individuele overeenkomsten en van overeenkomsten tussen groepen verzekeraars en verschillende categorieën zorgverleners.[3] Het door de regering geschetste toekomstbeeld is er een van 'functionele decentralisatie'[4], waarbij zich multifunctionele organisaties kunnen vormen, 'zorgconcerns', die een bijdrage kunnen leveren aan circuitvorming in de zorg.[5] De ruimte hiervoor wordt geboden doordat verschillende aan te bieden zorgfuncties, behoudens wettelijke voorschriften terzake, niet meer aan een bepaalde beroepsbeoefenaar, c.q. instelling gebonden zullen zijn. De vraag wie de zorg verleent wordt primair overgelaten aan het veld. De huidige voorzieningen-gerichtheid van het stelsel maakt plaats voor een functiegerichte benadering. De Ziekenfondsraad wijst er in dit verband op, dat een goede synchronisatie van het wet- en regelgevingsproces noodzakelijk is om te voorkomen dat met het loslaten van de relatie voorziening-functie een vacuüm ontstaat ten aanzien van de vraag wie de zorg dient te verlenen.[6]

De functionele omschrijving van de aanspraken van het basispakket in zorgfuncties maakt ook een meer bedrijfsmatige aanpak mogelijk, aangezien meerdere aanbieders eenzelfde zorgfunctie 'op de markt' kunnen brengen.[7] Omdat de wet de aanspraken (aard, inhoud en omvang) omschrijft behoudt de regering de mogelijkheid niet-effectieve vormen van zorg van het basispakket uit te sluiten.[8] Marktwerking aan de aanbodzijde wordt verder nog nagestreefd door de introductie van een aanvullend verzekeringspakket voor niet onder de zorgverzekering vallende voorzieningen. Vergeleken met eerdere, op het advies van de Commissie Dekker aansluitende, voornemens van de regering zal het aanvullend pakket vanuit concurrentieoogpunt minder betekenis krijgen: de essentiële zorgonderdelen zullen, mede vanwege internationale verplichtingen, vrijwel alle in het basispakket van de verplichte zorgverzekering worden opgenomen, waardoor substitutie optimaal mogelijk wordt.[9]

De Sociaal Economische Raad ziet overigens in plaats van een functionele pakketomschrijving als andere mogelijkheid om substitutie te bevorderen de opneming in de toekomstige Wet op de Zorgverzekering van een algemeen substitutie-artikel. Dit zou patiënt/verzekerde, hulpverlener en verzekeraar de mogelijkheid moeten bieden om tot een door alle partijen gewenste vorm van hulp te komen, die effec-

3 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 357, nr. 3 en 21 592, nr. 3.
4 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2.
5 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 236 en p. 321.
6 Ziekenfondsraad, Advies verandering verzekerd, Amstelveen, 1989, nr. 449. Bijlage I, p. 15.
7 Notitie Marktelementen in de voorgestelde wijziging van het verzekeringssysteem, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 474, nr. 1.
8 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989, 20 620, nr. 4, p. 26.
9 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 592, nr. 8 p. 9.

tiever of goedkoper wordt geacht dan de verstrekking op basis van het wettelijke verstrekkingenpakket.[10]

Het huidige budgetteringssysteem per voorziening in het kader van de WTG wordt losgelaten en vervangen door maximumtarieven. Voorts wordt uitgegaan van norm-uitkeringen aan en budgettering van verzekeraars, die hun gelden ontvangen uit de Centrale Kas. De hoogte van deze uitkering wordt bepaald door geobjectiveerde risico-kenmerken van de bij de verzekeraar aangesloten verzekerden (met name leeftijd, geslacht en regio). De verzekeraars behoeven in de toekomstige Zorgwet toelating en krijgen een wettelijke acceptatieplicht van en een 'zorgplicht' voor verzekerden opgelegd. De nieuwe zorgverzekering zal grotendeels, naar verwachting voor 78%,[11] gefinancierd worden uit een inkomensafhankelijke premie, die in de Centrale Kas wordt gestort. Voor de overige kosten zal financiering plaatsvinden via een nominale premie, die door de verzekeraar kan worden bepaald en die hem rechtstreeks toevloeit. Deze kan, in overleg met de verzekerde in het kader van de verzekeringsvoorwaarden, geheel of gedeeltelijk vervangen worden door een eigen risico aan de voet en/of een specifiek eigen risico ten aanzien van bepaalde vormen van zorg, welke bij algemene maatregel van bestuur worden aangegeven.[12] Verzekeraar en verzekerde leggen deze en andere voorwaarden vast in een verzekeringspolis, waarvan de duur bij algemene maatregel van bestuur aan een bepaalde tijdsduur (gedacht wordt aan twee jaar) kan worden gebonden.

Deze modaliteiten bieden, aldus de overheid, de vraagzijde meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de werking van het stelsel en de kostenbeheersing. Andere daartoe voorgestelde instrumenten zijn de introductie van een restitutiemogelijkheid (in de overgangsperiode al in de AWBZ), het heffen van eigen bijdragen voor bepaalde, bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen, voorzieningen en informatie aan patiënten/consumenten over de te hanteren tarieven.

Ook ten aanzien van de kwaliteit van de zorg en de respectievelijke verantwoordelijkheden van de overheid en het 'veld', alsmede de juridische vormgeving in dat verband, wordt door de overheid een andere koers voorgestaan.[13] Kwaliteitsnormering ten aanzien van de toelating tot en de uitoefening van de zorgverlening zal met betrekking tot individuele beroepsbeoefenaren plaatsvinden in het kader van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Motieven voor regeling van het beroep bij wet zijn de behoefte aan het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid om 'voorbehouden' (voor de patiënt risicovolle) handelingen te verrichten, evenals de behoefte aan een publiekrechtelijke tuchtrechtregeling. Voor de op basis van de wet te regelen beroepen geldt, dat er behoefte bestaat aan een publiekrechtelijke opleidingsregeling, aan publieksvoorlichting en aan toepassing van de

10 Sociaal Economische Raad, Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen, 's Gravenhage, 1990, p. 68-69.
11 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 592 nr. 14.
12 Handelingen Eerste Kamer, zitting 1989-1990, 21 592, nr. 298.
13 Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Sociaal en cultureel beleid en het recht, 's Gravenhage, 1989, p. 24.

bepaling in de Wet BIG betreffende delegatie van voorbehouden handelingen aan de desbetreffende beroepsgroep zonder dat toezicht of tussenkomst van de zelfstandig bevoegde opdrachtgever verder vereist is (zie verder paragraaf 2).[14]

Ingevolge de Nota 'Kwaliteit van zorg' zullen instellingen worden onderworpen aan wettelijke eisen voor door hen aangeboden zorg, welke in de vorm van directe en indirecte bepalingen worden neergelegd in de toekomstige Kwaliteitswet.[15] Het huidige erkenningenstelsel komt te vervallen. Kwaliteitsnormering en -bewaking van instellingen via de Kwaliteitswet zullen, evenals in de Wet BIG, los staan van de financieringsbron. Met instellingen worden bedoeld alle organisatorische verbanden, ongeacht de juridische vormgeving daarvan, dus zowel natuurlijke personen als rechtspersonen en bijvoorbeeld maatschappen. De wet zal hiervoor het begrip 'zorgaanbieder' introduceren. Ten aanzien van de kwaliteit van de concrete zorgverlening zal een belangrijke wettelijke voorwaarde zijn, dat deze op verantwoorde wijze plaatsvindt. Dit houdt ook in dat instellingen de zorgverlening onderling op elkaar afstemmen. Evenals het wetsvoorstel BIG zal ook de Kwaliteitswet een 'noodklepbepaling' kennen in de vorm van een bevoegdheid tot overheidsingrijpen ingeval het veld niet tot nadere concretisering van de wettelijke norm overgaat, dan wel deze op een te laag niveau invult. Tevens zal de wet de nodige geheimhoudings- en verschoningsbepalingen bevatten. Verder wordt wettelijke normstelling voorzien met een meer procedureel karakter, zoals de voorwaarde dat instellingen een intern kwaliteitsbeleid in stand houden en gegevens bijhouden over de zorgverlening.

Ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -bevordering krijgen de provincies een belangrijke, voor hen overigens nieuwe, rol. Het is de bedoeling dat patiënten/consumenten-organisaties op dat niveau ondersteuning krijgen. Ook de klachtenbehandeling, welke apart zal worden geregeld in de toekomstige Klachtwet, zal, na een eerste interne fase, op provinciaal of grootstedelijk niveau plaatsvinden en zal zich, zo is de bedoeling, zowel tot instellingen als tot individuele beroepsbeoefenaren uitstrekken. De Provincie (Gedeputeerde Staten) krijgt een toezichthoudende functie, waaraan in samenwerking met de Inspectie gestalte moet worden gegeven. Regionale 'Zorginspecties' nieuwe stijl behouden de huidige taken: het handhaven van wettelijke voorschriften, het adviseren van de minister en het verrichten van onderzoek naar aanleiding van klachten en van calamiteiten/misstanden. Als nieuwe taak krijgen zij de bevoegdheid om, in gevaarlijke situaties, een instelling een bevel te geven met een beperkte geldingsduur. Dit moet onmiddellijk worden opgevolgd en kan, zonodig, gevolgd worden door een aanwijzing van G.S.

In dezelfde lijn heeft de regering in het wetsvoorstel BIG de mogelijkheid opgenomen van een tuchtrechtelijke spoedbehandeling (art. 80 lid 4) en een bevoegdheid voor regionale tuchtcolleges om een onmiddellijk werkende maatregel op te leggen (art. 63 lid 7 jo art. 94 lid 5).[16] Daarmee wordt beoogd te voorkomen dat, zoals onder het huidige tuchtrecht het geval is, een individuele beroepsbeoefenaar de

14 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 19 522, nr. 17.
15 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.
16 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 19 522, nr. 21.

inwerkingtreding van een opgelegde maatregel kan opschorten door hoger beroep in te stellen. De Inspectie krijgt overigens, anders dan in de voorgenomen Kwaliteitswet, niet de bevoegdheid zelf een spoedmaatregel te treffen.

De overheid onderkent en onderstreept de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieders van zorg voor wat betreft de kwaliteitsnormering en -bewaking ten aanzien van de concrete zorgverlening.[17] Betrokkenen moeten zelf de eisen van de Kwaliteitswet inhoud en vorm geven. Dat in eventuele toekomstige contracten met verzekeraars de kwaliteit regionaal of per beroepsbeoefenaar enigszins kan uiteenlopen, hetgeen ook nu reeds het geval is, acht de regering niet bezwaarlijk, mits aan de door de wetgever of op basis van zelfordening geformuleerde normen is voldaan.[18] De wetgever baseert de eigen terughoudendheid ten aanzien van de concrete zorgverlening op de verwachting dat zelfordening meer mogelijkheden biedt voor 'zorg op maat' en dat, door de eigen betrokkenheid bij de normstelling, deze ook beter wordt nageleefd.[19] De Ziekenfondsraad stelt in dit verband voor om in de medewerkersovereenkomst bepalingen op te nemen omtrent 'goed medewerkerschap' met als centrale elementen kwaliteits- en doelmatigheidscriteria.[20]

Voor kwaliteitsbewaking en -bevordering denkt de regering, in navolging van de Commissie Dekker, onder andere aan de mogelijkheid van certificatie.[21] Bij certificatie wordt door een onafhankelijke instantie kenbaar gemaakt dat bepaalde activiteiten voldoen aan van te voren opgestelde normen. Wil certificatie adequaat functioneren, dan dient zij, aldus onder andere de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, aan bepaalde voorwaarden te voldoen, zoals openbaarheid en controleerbaarheid van de resultaten, duidelijkheid over aan certificatie te verbinden gevolgen en de mogelijkheid van beroep voor betrokkene.[22] De 'Zorginspecties' zullen, zo is de bedoeling, een adviserende rol kunnen vervullen ten aanzien van certificatie, al blijft het opzetten van certificatiesystemen primair een zaak van het veld.

Consumenten kunnen op de kwaliteit van de zorg eveneens meer invloed krijgen door de invoering van klachtenregelingen, waarbij de uniformiteit kan worden bevorderd door deze regelingen een gezamenlijk wettelijk kader te geven in de toekomstige Klachtwet, aldus de overheid.[23]

17 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28.
18 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 357, nr. 3, p. 17-18.
19 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 545, nr. 7.
20 Ziekenfondsraad, Advies contracteerverplichting, nr. 430, 1988. Zie voor de mogelijke eisen, waaraan een goed medewerker zou moeten voldoen het rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Kwaliteitseisen/goed medewerkerschap, Zoetermeer, 1990.
21 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28.
22 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport certificatie van beroepsbeoefenaren, Zoetermeer, 1989. Zo ook F.T. Schut, Mededelingsbeleid in de gezondheidszorg, VUGA, 's Gravenhage, 1989, p 29.
23 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 16 771, nr. 31 en Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.

Inmiddels zijn meerdere wetsvoorstellen ingediend om bovengenoemde voornemens in daden om te zetten. Het voorstel van Wet BIG, dat in de eerdere delen van dit onderzoek reeds ter sprake kwam, was al voor de stelselwijziging, namelijk in het voorjaar van 1986, bij de Tweede Kamer ingediend.[24] Van de bij wet te regelen beroepsbeoefenaren wordt het deskundigheidsgebeid omschreven. Voor hen geldt een systeem van titelbescherming en constitutieve registratie: het voeren van de titel zonder inschrijving in het register is strafbaar. Van de op basis van de wet te regelen beroepen kunnen de opleidingseisen (wettelijke bescherming opleidingstitel) en het deskundigheidsgebied bij algemene maatregel van bestuur geformuleerd worden. Bepaalde, voor de patiënt risicovolle, handelingen worden voorbehouden aan daartoe bij wet bevoegd verklaarde beroepsbeoefenaren. Het wetsvoorstel onderwerpt ook verpleegkundigen aan het wettelijke tuchtrecht en bevat voor alle beroepsbeoefenaren een geheimhoudingsplicht. Strafbepalingen zullen gelden voor het geval iemand kennelijk buiten de grenzen van het eigen deskundigheidsgebied treedt en de patiënt daarmee schade berokkent.[25]

Voor in of op basis van de Wet BIG te regelen beroepen kan bij algemene maatregel van bestuur een systeem van periodieke registratie worden ingevoerd. Aan herregistratie kunnen dan nadere voorwaarden worden verbonden, zoals recente praktijkervaring en/of het bijwonen van na- en bijscholingsactiviteiten. Het vijfde hoofdstuk van de Wet BIG zal voor de overheid de bevoegdheid bevatten om in te grijpen mocht zelfordening op het gebied van ondermeer intercollegiale toetsing, super- en intervisie, en de registratie van patiëntengegevens onvoldoende tot stand komen ('noodklepbepaling'). Erkenning en registratie van specialismen wordt aan de beroepsgroep, mits voldoende representatief, overgelaten. Dit kan bekrachtigd worden door aantekening in het wettelijk register. Een dergelijke regeling moet onder andere de mogelijkheid bevatten van beroep tegen in dat kader te nemen beslissingen. Indien de noodzaak daartoe aanwezig wordt geacht kan regulering van specialismen voor bepaalde beroepsgroepen ook bij algemene maatregel van bestuur plaatsvinden.

Op 20 november 1991 is het wetsvoorstel om de contracteerplicht voor verzekeraars ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren op te heffen door de Eerste Kamer aangenomen (Stb. 584).[26] Voor instellingen zal de contracteerplicht nog niet worden afgeschaft, aangezien deze gezien moet worden in relatie tot het nog vigerende erkenningen- en planningsstelsel.[27] Voor die instellingen, die bij de overgang naar de AWBZ 'nieuwe stijl' functioneel omschreven zorg zullen leveren, zoals de wijkverpleging en de gezinsverzorging (zie hierna) zal de contracteerplicht

24 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1986-1987 en volgende t/m 1991-1992, 19 522, nrs. 1 t/m 22.
25 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.
26 Zie ook Handelingen Eerste Kamer, zitting 1990-1991, 21 357, nr. 124.
27 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 357, nrs. 3, p. 6.

wel worden afgeschaft en komt de individuele erkenning te vervallen.[28] In de overgangsfase tot de in werking treding van de Kwaliteitswet voor instellingen dienen de kwaliteitsnormen opgenomen te worden in de met verzekeraars te sluiten overeenkomsten. Deze vinden hun basis in de Modelovereenkomsten. Modelovereenkomsten voor instellingen zullen minimale kwaliteitsnormen omvatten en bepalingen aangaande de vorm van de te verlenen hulp. Zij kunnen bij algemene maatregel van bestuur worden aangevuld. De Modelovereenkomsten voor individuele beroepsbeoefenaren blijven eveneens vooralsnog gehandhaafd. Zij beperken zich tot een omschrijving van de vorm van de te verlenen hulp, die in overeenstemming moet zijn met de wettelijk omschreven aanspraak, en tot algemene kwaliteitsvoorwaarden. Tevens kan een voorziening worden opgenomen voor het geval de individuele overeenkomst van de Modelovereenkomst afwijkt. De Commissie voor de beoordeling van geschillen tussen verzekeraars en medewerkers kan behouden blijven dan wel worden ingesteld.

De wet (Stb. 584, 1991) brengt tevens een wijziging aan in de WTG (art. 1) in die zin, dat een lager tarief dan het COTG-tarief in rekening kan worden gebracht. Daardoor kunnen de tarieven regionaal verschillen. Indien de minister overgaat tot het vaststellen van een restitutiebesluit ten aanzien van aanbieders van zorg, die niet tot het sluiten van overeenkomsten willen overgaan, zal een door verzekeraars en aanbieders van zorg in te stellen commissie een restitutietarief vaststellen. Voor die vormen van zorg wordt het dan verboden een tarief in rekening te brengen, dat hoger is dan het door de commissie vastgestelde tarief (Stb. 584 en 585, 1991). Een restitutiebesluit wordt overigens eerst overwogen wanneer onvoldoende overeenkomsten zouden worden gesloten, zodat de aanspraken van verzekerden op zorg in gevaar dreigen te komen.[29] Voorts wordt een nieuwe WTG-bepaling van kracht (art. 2a), op basis waarvan aanbieders van overheidswege verplicht kunnen worden hun tarieven aan de patiënt kenbaar te maken.

Nadat in 1988 (Stb. 610) als eerste stap in de stelselwijziging een gedeeltelijke nominale premie voor de ziekenfondsverzekering werd geïntroduceerd en begonnen is met de inkomstenbudgettering van de ziekenfondsen, heeft de Eerste Kamer op 20 november 1991 het wetsvoorstel voor de tweede, voor verzekerden meer ingrijpende, fase van de stelselwijziging aangenomen (Stb. 587, 1991). De wet bevat een nieuwe formulering van artikel 6 van de AWBZ, gericht op een functionele omschrijving van de aanspraken. AWBZ-verzekerden krijgen aanspraak op 'zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging, waaronder begrepen die tot behoud, herstel of bevordering van arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening'. Het basis-pakket zal, voorover het de eerstelijnszorg betreft, worden uitgebreid met huisartsenhulp, gezinszorg, thuiszorg en met geestelijke gezondheidszorg, waarbij de functioneel omschreven aanspraken

28 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800, XVI, nr. 126.
29 Handelingen Eerste Kamer, zitting 1990-1991, 21 357, nrs. 124d en 124f.

bij algemene maatregel van bestuur zullen worden geregeld en ingevoerd. Dit zal deels plaatsvinden in de vorm van 'voldoende operationeel te achten zorgclusters',[30] waarvoor als eerste dat voor de thuiszorg in functionele termen is omschreven. Het is daarbij de bedoeling, dat de verzekeraar vanuit een oogpunt van kostenbeheersing invloed kan uitoefenen op alle partijen binnen het zorgcluster.[31] (zie verder hoofdstuk 2).

Ziekenfondsen krijgen de vrijheid bij het kiezen van hun werkgebied en het momenteel op hen rustende verbod om een eigen instelling te exploiteren zal geleidelijk worden opgeheven.

Bij de aanneming van het wetsvoorstel inzake de stelselwijziging tweede fase heeft de Tweede Kamer bedongen dat de regering bij de nadere uitwerking ervan de zogeheten 'voorhangprocedure' zal hanteren (Stb. 587, 1991, AWBZ art. 6 lid 8). Daarmee heeft het Parlement de mogelijkheid om algemene maatregelen van bestuur op basis waarvan aanspraken naar de AWBZ 'nieuwe stijl' worden overgebracht, als een formele wet te behandelen, indien de meerderheid van een der Kamers zulks vordert. Voorts heeft de regering de Eerste Kamer toegezegd, dat in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering een splitsing wordt aangebracht in maatregelen welke per 1 januari 1992 en die welke per 1 januari 1993 zullen ingaan.[32] De laatste worden in de loop van 1992 bij algemene maatregel van bestuur aan het Parlement voorgelegd, hetgeen een aparte behandeling mogelijk maakt. Ten aanzien van de overgang van geneesmiddelen naar de AWBZ, wat met ingang van 1992 plaatsvindt, is overigens geen gebruik gemaakt van een behandeling 'op wetsniveau'.

3 'Witte vlekken'

Gezien het stadium van operationalisatie bestaan er ten aanzien van het toekomstige stelsel nog wel onduidelijkheden en onzekerheden. Zo biedt bijvoorbeeld de keuzemogelijkheid voor een restitutie- of naturasysteem, gecombineerd met de onzekerheid over het in de praktijk continueren van het overeenkomstenstelsel en zo ja, de nadere invulling daarvan, nog weinig houvast. Ook zijn de voorstellen ten aanzien van het kwaliteitstoezicht door Provincie en Inspectie nog niet nader uitgekristalliseerd, lopen de handhavings- en sanctiemogelijkheden uit hoofde van de Wet BIG en de voorgenomen Kwaliteitswet niet synchroom en bestaat nog weinig duidelijkheid over de totstandkoming en inrichting van certificeringssytemen.[33]

30 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 592, nr. 3, p. 26.
31 Ziekenfondsraad, Advies verandering verzekerd, op. cit. achtergrondstudie I, p. 12.
32 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 22 409, nr. 1. Zie voor het Besluit zorgaanspraken Stb. 590, 1991.
33 Staatssecretaris Simons over kwaliteit, Medisch Contact, 1990, nr. 27/28, p. 875-877.

De mate waarin (onderdelen van) de maatschappelijk dienstverlening bij de operatie betrokken zullen worden, zowel in kwalitatief alsook in financieel opzicht (substitutie) staat nog niet geheel vast.[34]

Vanuit het gezondheidsrecht zijn inmiddels meerdere voorstellen aangereikt voor een nadere invulling van het toekomstige stelsel. Zo ziet Roscam Abbing een mogelijke rol van certificatie weggelegd voor verzekeraars en consumenten. Deze is daarin gelegen dat certificering, afhankelijk van de verzekeraar, een voorwaarde wordt voor beroepsbeoefenaren en instellingen om een contract te krijgen, dan wel te behouden, respectievelijk voor verzekerden om voor vergoeding van de verstrekte zorg door verzekeraars in aanmerking te komen.[35] Een dergelijk 'kemakeur' zou de consument inzicht kunnen geven in het functioneren van instellingen en beroepsbeoefenaren,[36] zoals het voeren van een titel op basis van de Wet BIG aanwijzingen geeft over de opleiding en bekwaamheden van een individuele beroepsbeoefenaar. De consument zou, door zijn keuze voor een bepaalde aanbieder (mede) op certificering te baseren, de werking van certificeringsstelsels in positieve zin kunnen beïnvloeden.

Hubben pleit in zijn préadvies van 1991 voor de Vereniging van Gezondheidsrecht[37] voor een Kwaliteitswet, waarin niet alleen kwaliteitsnormen voor het functioneren van instellingen, maar ook van individuele beroepsbeoefenaren worden opgenomen, aangezien de beroepsuitoefening een steeds meer instelling-overschrijdend karakter krijgt en de kwaliteitsbewaking in het toekomstige stelsel zich eerder op zorg-functies dan op voorzieningen (instellingen en/of beroepsbeoefenaren) zal richten. Dit betekent dat hoofdstuk V van de toekomstige Wet BIG (kwaliteit van de beroepsuitoefening) voor voorzieningen die zullen vallen onder de werkingssfeer van de toekomstige Kwaliteitswet geen betekenis zal hebben en, volgens hem, derhalve beter kan komen te vervallen. Ook bepleit hij een grotere nadruk op certificering en meer aandacht voor 'output' dan, zoals nu, voor 'input'.

Periodieke openbare verslagen van het functioneren van interne kwaliteitssystemen zouden het toezicht van de Inspectie meer op afstand en beter gericht kunnen doen zijn.

34 Sociaal Economische Raad, Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen, op. cit. p. 67.

35 H.D.C. Roscam Abbing, Kwaliteitsbewaking en -bevordering in de gezondheidszorg: een evenwicht tussen wetgeving en zelfordenen, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1990, nr. 17, p. 865-869.

36 H.D.C. Roscam Abbing, Recht op kwaliteit in een veranderend stelsel van zorg, Medisch Contact, 1991, nr. 1, p. 15-17.

37 J.H. Hubben, Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg, préadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Utrecht, 12 april 1991.

Hoofdstuk 2

Het nieuwe stelsel en de regulering van de eerstelijnszorg

1 Inleiding

De door de huidige kerndisciplines binnen de eerste lijn aangeboden zorg kan, overeenkomstig het advies van de Commissie Dekker en de Nota 'Verandering verzekerd' worden 'vertaald' naar de functies preventieve zorg, behandeling, verpleging, verzorging en psycho-sociale hulp. Met 'psycho-sociale hulp' wordt, zoals gezien,[1] gedoeld op hulp bij relationele en met ziekte verbonden psychische problemen met een niet-psychiatrisch karakter. In het laatste geval is verwijzing naar specialistische hulp, zoals ondermeer de RIAGG deze biedt, aangewezen. Onder de functie 'verzorging' vallen, overeenkomstig de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gehanteerde definitie, zowel de huishoudelijke als de lichamelijke verzorgingsactiviteiten.[2]

2 Kwaliteit

2.1 Toegang tot de zorgverlening

Eerstelijnszorgverleners als (huis)artsen, (wijk)verpleegkundigen, klinisch psychologen en psychotherapeuten, verkrijgen na invoering van de Wet BIG, toegang tot de beroepsuitoefening op basis van constitutieve registratie. Dat betekent dat zij, alvorens hun beroepstitel te mogen voeren, in een door de minister beheerd register staan ingeschreven. Aan de registratie van artsen wordt de wettelijke voorwaarde verbonden dat zij het artsexamen met goed gevolg hebben afgelegd, terwijl verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten moeten beschikken over een bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen getuigschrift.

Van de binnen de eerste lijn werkzame verpleegsters, die op het tweede (MBO-) deskundigheidsniveau funktioneren en waartoe de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zowel de huidige MBOV-opgeleiden alsook de ziekenverzorgsters wil rekenen, zal de titel niet wettelijk worden beschermd. Wel kunnen bij algemene

1 Zie de omschrijving in de Inleiding bij dit proefschrift. Uit onderzoek blijkt dat vooral ten aanzien van deze niet-gecompliceerde hulp naast de maatschappelijk werker vele aanbieders op de markt zijn, zoals de vrij gevestigde psycholoog en het RIAGG, terwijl in deze ook de huisarts bepaalde taken op zich neemt. G.J. Visser, Eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1988, nr. 9, p. 273-276.

2 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, Zoetermeer, 1990.

maatregel van bestuur opleidingseisen worden geformuleerd.[3] In tegenstelling tot eerdere voornemens (Deel II hoofdstuk 3) zal de in-service opleiding voor verpleegkundigen worden gehandhaafd. Naast financiële redenen is een dreigend tekort aan gekwalificeerd personeel een belangrijk motief.[4]

Op EG-niveau is een richtlijn in voorbereiding voor de onderlinge erkenning van beroepsopleidingen op lager dan HBO-niveau. Wanneer deze in werking is getreden hebben verpleegsters en verzorgsters, die in andere lidstaten zijn opgeleid en voldoen aan de terzake geformuleerde eisen, in principe rechtstreeks toegang tot de verlening van eerstelijnszorg in Nederland.[5]

Opleiding en registratie van huisartsen blijft een, in de Wet BIG ingekaderde, aangelegenheid voor de LHV/KNMG. Omdat de Wet BIG zich tot de gezondheidszorg beperkt zal het beroep van maatschappelijk werker daarin niet worden geregeld. De overheid heeft dienaangaande ook geen plannen voor regelgeving bekend gemaakt.

Met de toegezegde Kwaliteitswet zorginstellingen komt het erkenningenstelsel in het kader van de AWBZ te vervallen. Met de stapsgewijze invoering van de functionele omschrijving van aanspraken, die in de eerstelijnszorg door instellingen worden verleend (kruisorganisatie) komen de individuele erkenningen te vervallen en moeten, hangende de invoering van de Kwaliteitswet, algemene kwaliteitsvoorwaarden ten aanzien van de te verlenen hulp in de Modelovereenkomst en, daarop aansluitend, in de individuele overeenkomst worden opgenomen.

Hoewel de Kwaliteitswet zorginstellingen een brede reikwijdte zal krijgen en ook van toepassing zal zijn op voorzieningen, die functies verlenen, welke niet uit hoofde van de wettelijke ziektekosten-verzekering zullen worden bekostigd is nog onduidelijk of de wet alle zorginstellingen in de eerste lijn zal omvatten.

2.2 Zorgverlening

Met betrekking tot de concrete zorgverlening door de (huis)arts en de (wijk) verpleegkundige wordt het deskundigheidsgebied in de Wet BIG omschreven als respectievelijk het 'verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst' (art. 18) en 'het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging en het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden' (art. 49).[6]

3 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 19 522, nr. 18. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies wettelijke voorziening tweede deskundigheidsniveau verpleging, 1987 en Rapport reacties advies verpleegkundig beroepsprofiel, 1988.

4 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1988-1989 en 1989-1990, 20 961, nrs. 1-4.

5 Voorstel van de Commissie van de EG tot aanvulling van de richtlijn 89/48, Brussel, 6 augustus 1990 COM(90)389 def.

6 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 522, nr. 10 en zitting 1991-1992 19 522, nr. 22.

Ook het deskundigheidsgebied van psycholoog en psychotherapeut wordt in de Wet BIG omschreven, al is nadere aanvulling bij algemene maatregel van bestuur mogelijk. Indien voor verpleegsters en verzorgsters bij algemene maatregel van bestuur opleidingseisen worden geformuleerd, zal bij dezelfde maatregel het gebied van deskundigheid worden omschreven.

Psychotherapeuten en (wijk-)verpleegkundigen zullen, evenals de (huis-)arts, aan het wettelijk tuchtrecht van de wet BIG worden onderworpen. Ingeval een verpleegkundige, zonder over de nodige bekwaamheid te beschikken, voorbehouden handelingen verricht, dan wel zich niet houdt aan andere daaraan bij wet te verbinden voorwaarden, is zij op grond van de Wet BIG tuchtrechtelijk aansprakelijk. Uit onderzoek is overigens gebleken dat registratie als verpleegkundige op grond van een HBOV-diploma weinig zegt over de mate van bekwaamheid ten aanzien van voorbehouden handelingen.[7]

De Kwaliteitswet zal, zoals gezien, voor concrete zorgverlening vanwege instellingen naar verwachting qua normstelling niet gedetailleerd zijn en zich, waar het de eerste lijn betreft, in ieder geval richten tot 'zorgaanbieders', zoals de waarnemings/huisartsengroep, de kruisorganisatie, de gezinsverzorging, de (nu nog) particuliere thuiszorgbureaux, gezondheidscentra, home-teams, etc.[8]

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid noemt een aantal kwaliteitskenmerken voor de thuiszorg,[9] overigens zonder aan te geven of, c.q. in hoeverre deze in regelgeving moeten worden neergelegd. Het betreft de doeltreffendheid van de zorg, welke kan worden getoetst door de resultaten te vergelijken met de vooraf gestelde doelen, en de doelmatigheid, waarbij wordt nagegaan of met thuiszorg een goede kwaliteit wordt behaald zonder dat overbodige kosten zijn gemaakt. Andere aspecten zijn de continuïteit in personen die de hulp leveren en de patiëntgerichtheid, welke vorm krijgt door de patiënt te betrekken bij het opstellen en uitvoeren van het zorgplan en door de zorg te laten aansluiten op de mogelijkheden en eisen van de patiënt en diens directe omgeving. Voor dat laatste acht de Raad de mogelijkheid om de patiënt tijdelijk in een verpleeghuis of ziekenhuis op te nemen een wezenlijke randvoorwaarde omdat dit de bereidheid om iemand thuis te verzorgen kan vergroten. Een andere kwaliteitseis is de duidelijkheid die de patiënt moet worden geboden over de intake, de beoordeling en het honoreren van de hulpvraag.

Dat 'het veld' de handschoen op het gebied van kwaliteitsnormering heeft opgepakt blijkt uit afspraken, die financiers, aanbieders en patiënten hebben gemaakt over de taken en verantwoordelijkheden van ieder van hen ten aanzien van de hier genoemde kwaliteitsaspecten.[10] Ingevolge deze afspraken zorgen de beroepsbeoefenaren voor de totstandkoming van gedragsregels, standaarden, protocollen

7 E. Balg, Een goed begin is het halve werk, einddoctoraalscriptie Verplegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1990.

8 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.

9 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, op. cit.

10 Afspraken over kwaliteitsbeleid, Medisch Contact, 1990, nr. 27/28, p. 872-875.

en richtlijnen. Dit vindt, zoals gezien, in huisartsenkring plaats in de vorm van NHG-standaarden ten aanzien van het eigen vakgebied, van KNMG-gedragsregels en -richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts, ook in het kader van intercollegiale waarneming, en in de ontwikkeling van samenwerkingsprotocollen met andere extra- en intra-murale voorzieningen.[11] Het opstellen van beroepsprofielen, een andere taak van de beroepsgroep, is gericht op de voor een bepaald beroep vereiste deskundigheid, inclusief de opleidingseisen.[12] Een dergelijke profiel is in 1987 bijvoorbeeld ontwikkeld voor de maatschappelijk werker. Op grond daarvan dient de betrokken maatschappelijk werker minimaal over een HBO-diploma te beschikken,[13] een voorwaarde die inmiddels ook voor de registratie als maatschappelijk werker geldt (zie Deel II, hoofdstuk 5). De verdere ontwikkeling van kwaliteitsnormen zal, afhankelijk van hun technische, dan wel maatschappelijke (attitude, organisatie) gerichtheid, in meer of mindere mate, binnen de respectievelijke hulpverlenersgroep zelf, dan wel in overleg met de partners worden gerealiseerd.[14]

De door de eerstelijnszorg te ontwikkelen kwaliteitssystemen hebben een interne en een externe component. Tot het interne systeem behoren instrumenten als intercollegiale en interinstitutionele toetsing en na- en bijscholing, zoals de LHV deze momenteel ontwikkelt en wil koppelen aan herregistratie als huisarts (Deel II, hoofdstuk 2). Tot de externe systemen behoren onder andere de onafhankelijke klachtenbehandeling, die voor meerdere eerstelijnsdisciplines functioneert (Deel II, hoofdstuk 1) en in de toekomst mogelijkerwijze de certificatie.

Periodieke openbare verslaglegging is voorwaarde voor de externe toetsing van eerstelijnszorg. Dit geeft onder andere inzicht in de doelmatigheid van de organisatie van de zorg. Daarbij hebben verzekeraars belang, omdat zij op grond van kwaliteit zullen contracteren en tevens in dat kader op doelmatigheid en doeltreffendheid zullen letten. Aldus kan kwaliteit van de eerstelijnszorg een competitie-element worden tussen verzekeraars,[15] die via kwaliteit dingen naar de gunst van aspirant-verzekerden.

Vanuit zorginhoudelijk oogpunt geeft de overheid vooral prioriteit aan kennis- en vaardigheden op eerstelijnsniveau ten aanzien van vroegtijdige diagnostiek en de verzorging en behandeling van chronisch zieken.[16] De bekostiging van de verschillende kwaliteitssystemen vindt plaats in het kader van de ziektekostenverzekeringen en is daardoor een aangelegenheid voor aanbieders en verzekeraars. Dit

11 FOZ 1991, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 114. Zie ook Deel II, hoofdstuk 2.
12 Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid, Ministerie van WVC, 1989, p. 44.
13 Projectgroep beroepsvraagstukken maatschappelijkwerk, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, op. cit.
14 Afspraken over kwaliteitsbeleid, Medisch Contact, 1990, op. cit.
15 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, op. cit.
16 Basisdocument bij het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid, op. cit. pp. 22 en 45 en de Nota werken aan zorgvernieuwing, op. cit. p. 18-19.

geldt ook voor (de toegang tot) specialisaties, zoals de huisartsenopleiding, die per 1 januari 1990 onder de AWBZ/WFV-financiering is gebracht (Deel II, hoofdstuk 2).

Initiatieven voor kwaliteitsbewaking en -bevordering bij het algemeen maatschappelijk werk laat de overheid over aan de Vereniging voor Nederlandse Gemeentes.

3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

In geografisch en functioneel opzicht worden de bereikbaarheid en beschikbaarheid een aangelegenheid voor hulpverleners en verzekeraars. De wetgever treedt ook hier terug. Het Vestigingsbesluit voor huisartsen op grond van de WVG wordt ingetrokken.[17] Teneinde de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg te waarborgen, is de aanwezigheid van een bepaalde capaciteit aan zorgaanbod wel noodzakelijk, zo stelt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.[18] De overheid verwacht dat verzekeraars en aanbieders dit aanbod zullen realiseren en zullen afstemmen op de in een bepaalde regio aanwezige behoefte. De verzekeraar is wettelijk gehouden voldoende aanbod te verzekeren. Voorwaarde is wel, dat het verzekeringsstelsel zodanig wordt ingericht, dat de aanbieders en verzekeraars zelf belang hebben bij zelfordening in dit opzicht.[19] Uit onderzoek van de Bakker komt overigens naar voren dat de onderlinge afstemming tussen de eerstelijnsvoorzieningen nog verre van optimaal is.[20] Ook bleek het percentage huisartsen dat structureel met andere eerstelijnsdisciplines samenwerkt in 1989 nog geen kwart van het totaal aantal huisartsen te bedragen.[21] De Nationale Raad voor de Volksgezondheid noemt een integraal aanbod van meerdere zorgfuncties, die onderling goed op elkaar zijn afgestemd, op elkaar aansluiten en één geheel vormen, een voorwaarde voor een doeltreffende thuiszorg.[22] De Ziekenfondsraad adviseert om in de Zorgwet de bepaling op te nemen, dat de zorgverzekeraar in de overeenkomst met de aanbieders vastlegt wie verantwoordelijk is voor de coördinatie en de organisatie van de thuiszorg, ook indien het betreft vrijwilligershulp. De coördinatie van de door vrijwilligers geboden 'praktische thuishulp' wordt overigens vanaf 1991 op basis van de AWBZ gesubsidieerd.[23]

17 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 115.
18 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, op. cit.
19 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 1-2, p. 26 e.v.
20 D.H. de Bakker, Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties: een onderzoek naar de mate waarin werkgebieden en doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijnszorg samenvallen en naar de pogingen, die worden ondernomen om de afstemming te verbeteren, NIVEL, Utrecht, 1988, p. 121-128.
21 FOZ 1991, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 114.
22 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, op. cit.
23 Ziekenfondsraad, Advies Funktiegerichte omschrijving aanspraken op verzorging en verpleging, nr. 485 en Advies Praktische thuishulp, nr. 495, 1990.

De overheid verwacht dat de functionele benadering zal leiden tot de vorming van zorgcircuits, waarbinnen de eerstelijnsfuncties zich blijven richten op het handhaven van patiënten in de thuissituatie en in de daarvoor aangewezen gevallen gespecialiseerde zorg zullen inschakelen.[24]

In de Nota 2000 werd door de overheid nog gepleit voor een 'integraal' wijkmodel.[25] Volgens dit model zou binnen een bepaald geografisch kader wijkzorg worden geboden aan zo'n 10.000 tot 20.000 inwoners. Het hart van de zorg zou worden gevormd door de vier kerndisciplines, die in een geformaliseerd samenwerkingsverband met elkaar zouden samenwerken. Het lijkt of met de overstap naar een functionele benadering het geografische model is verlaten. De van rijksoverheidswege opgelegde regio-indelingen ter bevordering van een goede spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen hebben overigens over het algemeen weinig vruchten afgeworpen.[26] Ziekenfondsen (als 'Zorgverzekeraars' verenigd in de VNZ) en huisartsen staat een overeenkomstenstelsel voor ogen dat zal bestaan uit landelijke, regionale en individuele overeenkomsten.[27] Op landelijk niveau vindt normstelling plaats ten aanzien van het totale volume van huisartsenzorg en van de instroom, waarbij met de grensoverschrijdende bewegingen van (a.s.) huisartsen binnen de EEG rekening moet worden gehouden. Landelijk wordt eveneens de spreiding en de praktijkomvang van huisartsen vastgelegd, terwijl de regionale overeenkomst, waarbij overleg plaatsvindt met patiënten/consumentenplatforms, een regiovisie zal bevatten met daarin de schets van de in de regio gewenste omvang, spreiding en aard van de huisartsenhulp, waaronder de aanwezigheid van bijvoorbeeld 'alternatieve' huisartsen. De waarnemingsgroep heet in de toekomst de 'huisartsengroep', die naast waarneming ook andere taken op zich zal nemen, zoals intercollegiale toetsing en het verstrekken van intensieve thuiszorg. Het is deze groep die, evenals dat het geval was voordat de Vestigingsregeling ex WVG in werking trad, een nieuwe kandidaat-huisarts selecteert. De huisartsengroep wordt ook in het tussen de LHV en de particuliere verzekeraars gesloten accoord een aanspreekpunt. In dat accoord wordt namelijk niet de individuele huisarts, maar de huisartsengroep verantwoordelijk voor de implementatie van het gehele (LHV)-Basistakenpakket (Deel II, hoofdstuk 2), gedurende 24 uur per dag en 7 dagen per week.[28]

24 Handelingen Tweede kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 321 en Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2, p. 18.

25 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, p. 245 e.v.

26 Zij hebben op sommmige plaatsen eerder tot een lappendeken van regio's geleid. Zo kent de provincie Zuid-Holland, afhankelijk van het te regelen gezondheidszorgonderwerp, nu eens 12 (WGR), dan weer 7 (Wet ambulancevervoer), 9 (Wet Collectieve preventie, kent geen regio-indeling voor de GGD) of 6 (WZV) regio's. D.J. Brauckmann, Gezondheidszorgregio's, Bestuurswetenschappen, 1990, nr. 7, p 497-502.

27 Zie de brief van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de LHV aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid van 19 maart 1990.

28 LHV en particuliere verzekeraars sluiten akkoord, De Huisarts, december 1990 p.21-22. Dit accoord is op 6 december 1990 gesloten tussen LHV, KLOZ en KPZ.

De individuele medewerkers-overeenkomst zal, zo is de bedoeling van VNZ en LHV, een nadere uitwerking bevatten van de aard en omvang van de per huisarts te leveren hulp en aan het begrip 'goed medewerkerschap' nadere inhoud geven.

Vooralsnog ziet de overheid geen reden om aan de hier bedoelde landelijke, op vrijwillige basis tussen partijen gesloten, overeenkomst, een wettelijke status te verlenen. Dit biedt lokale partijen de vrijheid om bereikbaarheids- en beschikbaarheidsnormen anders in te vullen dan in een dergelijke raamovereenkomst is afgesproken.[29]

Ook de realisatie van een voor de patiënt in tijd continu bereikbare en beschikbare eerstelijnszorg blijft in handen van 'het veld'.[30] Om daarin verbetering aan te brengen suggereert de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een centrale, direct bereikbare, meldingspost, en een groter gebruik van semafoons en portofoons door de hulpverleners.[31] De Commissie Dekker stelt dat de eerstelijnszorg 7x24 uur bereikbaar en beschikbaar moet zijn, wil zij een 'bruikbaar alternatief' vormen voor de tweedelijnszorg.[32] Mocht het veld hier onvoldoende in voorzien dan kan, aldus de overheid, van de 'noodklepbepaling' in de Kwaliteitswet gebruik worden gemaakt.[33]

4 Financiële toegankelijkheid

4.1 Aanbodzijde

De financiering van de huisarts zal vanaf 1993, zo is het voornemen, ten laste komen van de AWBZ. Bij die gelegenheid wordt ook het tarief aangepast. Dit zal bestaan uit een combinatie van een abonnementstarief (beschikbaarheidscomponent), een algemene consultprijs en een prijs per specifiek omschreven verrichting.[34] Tot de laatste kunnen tevens verrichtingen behoren die nu door de specialist, maar in de toekomst, in het kader van het substitutiebeleid, ook door de huisarts kunnen worden gedaan. De individuele medewerkersovereenkomst, die in de toekomst voor verzekeraars niet meer verplicht zal zijn, zal steeds voor een beperkte periode gelden en kan uit doelmatigheidsoverwegingen bepalingen bevatten over het verwijs- en voorschrijfgedrag van de huisarts. Ingeval van conflict over de uit de overeenkomst voortvloeiende verplichtingen en een eventuele beëindiging van het contract zullen huisarts en verzekeraar, behalve op de Commissie voor

29 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 545, nr. 7.
30 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 1-2, p. 36.
31 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Visie op zorgverlening vanuit de eerste lijn en Aanzetten voor een structuur van de eerste lijn, Zoetermeer, 1987.
32 Rapport Bereidheid tot verandering, op. cit. p. 77.
33 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1987-1988, 19 945, nrs. 1-2 p. 36 jo Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 22 113, nrs. 1-2.
34 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 592, nr. 3, p. 27.

de Rechtspraak (Deel II, hoofdstuk 2), zijn aangewezen op de burgerlijke rechter.[35]

Tussen de gezinsverzorging en kruisorganisaties worden budgetverbindingen gerealiseerd.[36] Een nieuwe vorm van financiering van verzorging en verpleging in de thuissituatie kan het cliëntgebonden budget worden. Dit is vooralsnog alleen voorzien voor met de huidige AAW-voorziening (Deel II, hoofdstuk 4) vergelijkbare situaties. Een verantwoording van de besteding ex post tegenover de verzekeraar zou volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een voorwaarde moeten zijn en teneinde kostenvergelijking mogelijk te maken, zouden de (deel)functies van de eerstelijnszorg eerst van een prijskaartje moeten worden voorzien.[37]

4.2 Aanspraken verzekerden

De aanspraken van verzekerden op eerstelijnszorg worden in functionele termen omschreven. In september 1991 stelde de regering voor dat voor functies als geneeskunde en verpleging de inhoud en omvang van de aanspraak zou worden bepaald door de 'algemeen aanvaarde standaard'.[38] Behalve het oordeel van de beroepsgroep over het vakmatig (bekwaamheid) en beroepsmatig (attitude) handelen kan dan ook het oordeel van verzekeraars worden meegewogen, zo is de bedoeling. Tevens kunnen op deze wijze discussies over grensvragen worden vermeden en vallen bijvoorbeeld experimentele geneeswijzen en alternatieve geneeswijzen, voorzover niet algemeen aanvaard, buiten het basispakket.

De aanspraken, zoals de regering deze in het Besluit zorgaanspraken[39] wil formuleren omvatten ondermeer de aanspraak op 'hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, volgens de algemeen aanvaarde standaard, verloskunde daaronder niet begrepen' (huisartsenhulp), verzorging, inclusief huishoudelijke hulp en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in verband met ziekte, gebrek, herstel, invaliditeit en psycho-sociale nood (gezinsverzorging), verpleegkundige hulp in verband met ziekte, gebrek, herstel of invaliditeit, volgens de algemeen aanvaarde standaard (wijkverpleging), evenals psycho-sociale hulp (advisering, behandeling of begeleiding van psycho-sociale, psychologische, ortho-pedagogische of medisch-maatschappelijke aard), voorzover met de vorige hulpvormen verbonden en niet bekostigd op grond van de Welzijnswet.

Opneming van deze aanspraken in de AWBZ is voorzien voor 1 januari 1993. In de loop van 1992 zal hiervoor een algemene maatregel van bestuur worden

35 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 357, nr. 3, p. 7-8.
36 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2, p. 121.
37 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies kwaliteit, organisatie en financiering thuiszorg, op. cit.
38 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800 XVI, nr. 126.
39 Stb. 590, 1991, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 22 409, nr. 1 en Handelingen Eerste Kamer, zitting 1991-1992, 21 592, nr. 52o.

ingediend, hetgeen een parlementaire discussie en eventueel een behandeling volgens de 'voorhangprocedure' (zie hoofdstuk 1) mogelijk maakt.[40]

De door de regering in het najaar van 1991 voorgestelde omschrijving van huisartsenhulp wijkt af van de door de Ziekenfondsraad voorgestane formulering. De Raad is van mening dat de aanspraak op huisartsenhulp uit een oogpunt van kwaliteitswaarborging discipline-gebonden omschreven moet worden als 'door huisartsen te verlenen geneeskundige hulp op algemeen niveau volgens de algemeen binnen die beroepsgroep aanvaarde standaard', zodat koppeling aan inschrijving in het huisartsenregister behouden blijft. Een functionele omschrijving zou slechts enkele substitutiemogelijkheden bieden, in het bijzonder tussen de verpleeghuis- en de huisarts. Deze zouden echter, gezien de aard van de zorg en de daarvoor vereiste deskundigheid, niet bijdragen aan een kwalitatief betere of doelmatiger zorg,[41] zo stelt de Ziekenfondsraad. Op het EG-perspectief (Deel II, hoofdstuk 2) gaat de Raad niet in.

Psycho-sociale hulp afkomstig van instellingen van algemeen maatschappelijk werk (Welzijnswet) komt dus niet voor financiering in het kader van de AWBZ in aanmerking. Hoewel de VIVAM in 1990 nog een tot verzekeraars en cliënten gericht aanbod voor psycho-sociale hulp deed uitgaan[42] heeft de overheid, in navolging van het advies van de Ziekenfondsraad, geopteerd voor psycho-sociale hulp in samenhang met verzorging en verpleging en voor een afzonderlijke aanspraak op geestelijke gezondheidszorg, eveneens functioneel omschreven.[43] De aanwezigheid van de noodzaak tot acute psychiatrische interventie beschouwt de Ziekenfondsraad als een contra-indicatie voor psycho-sociale hulp in de eerste lijn.[44]

De verzekerde zal, om zijn aanspraak te kunnen realiseren, over een indicatie moeten beschikken. Deze omvat, aldus de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, een indicatie voor de vereiste soort zorg, evenals voor de omvang, de samenstelling en de duur daarvan.[45] De Ziekenfondsraad is van oordeel,[46] dat indicatiestelling wettelijk moet worden vastgelegd met het oog op de rechtszekerheid van verzekerden. De regering is voornemens de indicatiestelling aldus in het Besluit zorgaanspraken te verwoorden: 'de aanspraak op zorg kan slechts tot gelding worden gebracht voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt

40 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 22 409, nr. 1

41 Ziekenfondsraad, Advies inzake functionele omschrijving huisartsenhulp en inzake tariefstruktuur huisartsen, nr. 521, 1991.

42 VIVAM, Verzeker U van het AMW, het algemeen maatschappelijk werk in de funktie van psychosociale hulpverlening, op. cit.

43 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800, XVI, nr. 126 en Ziekenfondsraad, Advies ontwerp-besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, 1991, nr. 527.

44 Ziekenfondsraad, Advies Functiegerichte omschrijving aanspraken op verzorging en verpleging, op. cit.

45 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota indicatiestelling, Zoetermeer, 1990.

46 Ziekenfondsraad, Advies Functiegerichte omschrijving aanspraken op verzorging en verpleging, op. cit.

van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen'.[47]

Nadere afspraken over de omvang van bijvoorbeeld de thuiszorg kunnen per verzekeraar anders ingevuld worden, aldus de Ziekenfondsraad,[48] en zo één van de instrumenten vormen voor onderlinge concurrentie tussen verzekeraars ten aanzien van de met verzekerden af te sluiten verzekeringspolissen. De Raad van State wijst er in dit verband overigens op dat vermeden moet worden dat de uiteindelijk inhoud van het zorgpakket in te grote mate afhankelijk zou worden van de onderhandelingen tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Rechtszekerheid en rechtsgelijkheid vereisen dat geen te grote verschillen in de basisverzekering zullen ontstaan.[49]

Het in de AWBZ te introduceren restitutiesysteem zal, zo is de bedoeling, ondermeer betrekking kunnen hebben op de huisartsenhulp.[50] Eigen bijdragen kunnen op basis van een algemene maatregel van bestuur van de verzekerde worden gevraagd, dit met inachtneming van internationale verplichtingen. Zo is op grond van de ILO-verdragen een eigen bijdrage niet mogelijk voor medische hulp bij moederschap.[51] De nu geldende eigen bijdragen voor gezinsverzorging en wijkverpleging worden geharmoniseerd.[52]

De mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur, naast de wettelijk verankerde mogelijkheid van een eigen risico aan de voet, nog een specifiek eigen risico voor huisartsenhulp te heffen wordt door de Ziekenfondsraad afgewezen, aangezien dit de toegankelijkheid van deze hulp zou kunnen belemmeren en de huisarts een poortfunctie vervult binnen het gezondheidszorgstelsel als zodanig.[53] De regering is overigens van plan om verpleging en verzorging zonder opneming als voorzieningen aan te wijzen waarvoor het mogelijk is een specifiek eigen risico te heffen.[54]

Voor verzekerden, die in beroep willen gaan tegen een beslissing van hun verzekeraar, blijft vooralsnog de verplichte adviesprocedure bij de Ziekenfondsraad gehandhaafd voordat een beroep op de rechter mogelijk is. De in de toekomstige Algemene wet bestuursrecht (AWB) opgenomen bezwaar- en beroepsprocedure zal namelijk gedurende de eerste drie jaar na de inwerkingtreding van deze Wet, voorzien

47 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800, XVI, nr. 126 en Stb. 590, 1991.
48 Ziekenfondsraad, Advies Functiegerichte omschrijving aanspraken op verzorging en verpleging, op. cit.
49 Advies van de Raad van State over de Wet stelselwijziging tweede fase van 9 maart 1990, Handelingen Tweede kamer, zitting 1989-1990, 21 592, B.
50 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 592, nr. 3, p. 40.
51 Namelijk de door Nederland mede gesloten verdragen in het kader van de Internationale Arbeidsorganisatie, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 592, nr. 3, p. 222-223.
52 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 545, nrs. 1-2.
53 Ziekenfondsraad, Advies invoering specifiek eigen risico, Amstelveen, 1991, nr. 528.
54 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800, XVI, nr. 126.

voor 1993, niet op de in de ZFW (art. 74) en AWBZ (art. 58) geregelde adviesprocedure van toepassing zijn.[55]

5 Aandachtspunten

Voorzover de voor de eerstelijnszorg voorgenomen regelgeving nu bekend is kunnen enkele aandachtspunten worden gesignaleerd, waarvan sommige ook voor andere delen van de (gezondheids)zorg relevant kunnen zijn.

De wettelijke vormgeving van het *kwaliteitsbeleid* laat nog enkele vragen open. Zo is het toekomstige kwaliteitsregime voor het algemeen maatschappelijk werk nog niet beschreven. Het overgangsregime is evenmin duidelijk. Punt van aandacht is bijvoorbeeld de afschaffing van het individuele erkenningsvereiste voor extramurale verpleging en verzorging vóór invoering van de Kwaliteitswet. Het is de vraag of het overeenkomstenstelsel, zoals dat nu wordt voorzien, kwaliteit van zorg voldoende kan garanderen.

Een ander punt van aandacht is de mogelijke samenloop van de Kwaliteitswet zorginstellingen met de Wet BIG op het punt van eisen ten aanzien van de concrete hulpverlening. Ook de handhavings- en sanctiemogelijkheden vragen om bezinning: de 'getrapte' bevoegdheden in de Kwaliteitswet (Inspectie, lagere overheden) kunnen leiden tot verschillen in sanctiebeleid. De Inspectie heeft in de toegezegde Kwaliteitswet meer mogelijkheden tot direct ingrijpen dan in de Wet BIG. De binnen het kader van de Wet BIG te ontwikkelen zelfordening ten aanzien van het specialisme huisartsen, met inbegrip van periodieke registratie, moet voorts de toets der kritiek van de in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens neergelegde vereisten van procedurele rechtsbescherming kunnen doorstaan.

Of de ten aanzien van de *bereikbaarheid en beschikbaarheid* van de eerstelijnszorg in het kader van het nieuwe stelsel geformuleerde verwachtingen bewaarheid zullen worden hangt in hoge mate af van het veld zelf. Uit dit onderzoek is gebleken dat initiatieven dienaangaande, gezondheidscentra daargelaten, tot nu toe nauwelijks tot ontplooiing zijn gekomen. In het verlengde hiervan past de opmerking dat het nog onvoorspelbaar is of de sinds 1987 bereikte, tamelijk evenwichtige, spreiding van de huisartsgeneeskunde over Nederland na de intrekking van het Vestigingsbe-

55 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1989-1990, 21 221, nrs. 1-3 jo Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 22 495 nrs. 1-2 (voltooiing eerste fase herziening rechterlijke organisatie), onderdeel 6, art. IV, lid 1 sub d en e. Zie ook H. Bolt, De betekenis van het voorontwerp Algemene Bepalingen Bestuursrecht voor de sociale ziektekostenverzekeringen in Rechtsbescherming in de zorgverzekering, nu en in de toekomst, Kluwer, Deventer, 1989, p. 67-88. D. Allewijn en A.F.M. Brenninkmeijer denken aan een algemene bezwaarprocedure voor medische geschillen, welke ook voor andere medische zaken, bijvoorbeeld in het kader van de AAW, zou gelden. Nederlands Tijdschrift voor Bestuursrecht, 1988, nr. 4, p. 111-118.

sluit behouden blijft, hoewel het overeenkomstenstelsel, zoals de VNZ en de LHV dat beogen, dienaangaande wel enige garanties zou kunnen bieden.

Een volgend aandachtspunt vormt de aan de integratie tussen wijkverpleging en gezinsverzorging potentieel verbonden grootschaligheid van een toekomstige thuiszorginstitutie. De daarmee gepaard gaande bureaucratisering maakt de hulp voor de patiënt wellicht minder toegankelijk. Het kan bovendien monopoliserend werken, waardoor de met het nieuwe stelsel beoogde onderlinge concurrentie tussen aanbieders en keuzevrijheden voor de verzekerde niet tot stand zullen kunnen komen.

Ten aanzien van de *aanspraken van verzekerden* zou de rechtsongelijkheid tussen verzekerden groter kunnen worden, naarmate verzekeraars meer vrijheid krijgen bij de concrete invulling van de wettelijke verstrekking. Dit kan onder omstandigheden vanuit een oogpunt van rechtszekerheid tot onaanvaardbare situaties leiden. Het in september 1991 gelanceerde voorstel om de aanspraak op (huis)artsenhulp en (wijk)verpleging in termen van 'algemeen aanvaarde standaard' te omschrijven is, gelet op de daaraan door de regering gegeven uitleg, voor discussie vatbaar voor wat betreft de aan verzekeraars toegekende rol van 'medebepaler' vooraf van hetgeen hieronder moet worden verstaan.

Een ander aandachtspunt is dat een functionele omschrijving van geneeskundige hulp op eerstelijnsniveau tot een versnippering van geneeskundige hulp in de toch al vrij verbrokkelde eerste lijn zou kunnen leiden. De op eerstelijnsniveau te bieden, tot nu toe generalistisch georiënteerde, hulp zou in het kader van een functionele omschrijving van de huisartsenhulp in theorie 'verdeeld' kunnen worden over bijvoorbeeld een basisarts (o.a. consultatiebureauarts), een verpleeghuisarts en een specialist en dat ook nog zonder dat sprake is van coördinatie van de geneeskundige hulp door de huisarts.

De introductie van nieuwe vormen van eigen risico's in de basisverzekering vraagt ook de aandacht. Dit met name omdat min(der) vermogenden (zoals bejaarden, chronisch zieken) die op de kosten willen besparen, voor (een) eigen risico(s) zullen kiezen en (mede) daardoor de hulp van bijvoorbeeld de huisarts (te) laat zullen inroepen.

6 Samenvattende conclusie

Het in het vooruitzicht gestelde nieuwe stelsel stoelt op een andere verhouding regelgeving-zelfordening dan thans. Meer dan nu wordt de invulling van het stelsel aan zelfordening overgelaten, hetgeen de doelmatigheid en doeltreffendheid van de eerstelijnszorg kan bevorderen.

De patiënt/verzekerde krijgt, met name waar het de thuiszorg betreft, een grotere keuzevrijheid en meer invloed op prijsstelling en kostenbeheersing. De wet moet daarbij wel dusdanige garanties bieden, dat de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg niet in gevaar komt en dat rechtszekerheid en rechtsgelijkheid voorop blijven staan. Ongewenste neveneffecten van de nieuwe benadering moeten worden voorkomen. Dit is een aandachtspunt voor de wetgever. Tevens moet de wet de rechter een eenduidig kader bieden voor toetsing. Dat vraagt ondermeer om een duidelijke omschrijving van aard, inhoud en omvang van aanspraken op eerstelijnszorg in regelgeving. Het verdient uit een oogpunt van flexibiliteit en zorg op maat aanbeveling om deze omschrijving meer op de hulpvraag van de patiënt/verzekerde te richten en minder op hetgeen aan aanbodzijde als 'standaard' wordt gepresenteerd, een en ander uiteraard binnen de marges van de doelstellingen van het stelsel.

Kwaliteitswetgeving dient eveneens voldoende eenduidig te zijn, ook waar het bijvoorbeeld de reikwijdte van de Kwaliteitswet betreft en de relatie van deze wet tot de Wet BIG.

Bij grotere nadruk op zelfordening zijn een adequaat stelsel van sancties en een goed functionerend signaleringssysteem ingeval van misstanden van groot belang. De mogelijkheid van diverse spoedmaatregelen bij voor de patiënt gevaarlijke situaties is een vooruitgang ten opzichte van nu. Omdat echter de sanctiebevoegdheden in verschillende handen worden gelegd (regionale en landelijke zorginspecties, tuchtcolleges, Provinciale Staten) en uiteenlopen is er een risico van doublures en van uiteenlopend (sanctie)beleid. Bovendien is er alle aanleiding de handhavings- en sanctiebepalingen uit hoofde van de Wet BIG en de toekomstige Kwaliteitswet onderling af te stemmen.

DEEL IV

Samenvattende conclusies en voorstellen voor regulering van de eerstelijnszorg

Inleiding

Op basis van de Grondwet en van internationale verdragen heeft de overheid de taak om de gezondheid en de maatschappelijke ontplooiing van de inwoners van Nederland te bevorderen.

Dit onderzoek spitst zich toe op de overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van de eerstelijnszorg. De centrale vraag is of regelgeving na 1974 heeft geleid tot de realisatie van de in de Struktuurnota van dat jaar voor het eerst geformuleerde beleidsoptie 'versterking van de extra-murale gezondheidszorg' en of beleid, regelgeving en praktijk in dat opzicht parallel hebben gelopen.

In Deel II heeft een beschrijving en analyse plaatsgevonden van beleid, regelgeving en praktijk zoals deze ondermeer uit jurisprudentie, rapporten en nota's naar voren komen. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen de overheidsverantwoordelijkheid inzake de kwaliteit, de bereikbaarheid en beschikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Tevens is aandacht besteed aan de positie van de patiënt binnen het eerste echelon.

Ook in het toekomstige stelsel blijft de centrale positie van de eerstelijnszorg gehandhaafd, in het bijzonder wat betreft de thuiszorg. Op de toekomst gericht beleid en voorgenomen regelgeving zijn in Deel III besproken.

In dit vierde deel worden, na een korte historische terugblik op de ontwikkelingen in de periode voor en na 1974 en een korte beschouwing over de ten aanzien van gesignaleerde knelpunten door de regering sinds 1988 in gang gezette wijzigingen van het stelsel (hoofdstuk 1), mogelijkheden aangereikt voor een juridisch kader waarbinnen de eerstelijnszorg zich optimaal zou kunnen ontwikkelen. Op onderdelen kan dit ook voor andere delen van de regulering van de gezondheidszorg van betekenis zijn (hoofdstuk 2). Gelet op het accent dat in het toekomstige stelsel op zelfordening wordt gelegd zal de verhouding tussen overheidsregulering en zelfordening bij de voorstellen als 'rode draad' dienen.

e ontwikkelingen in kaart gebracht

Kwaliteit

1 Overheidsregulering

1.1 Toegang tot de zorgverlening

e eerstelijnskerndiscipline, die als eerste van de gezondheidsvoorzieningen voor gulering van overheidswege in aanmerking kwam was de huisartsgeneeskunde. e Verordeningen van 1804 en de daaropvolgende regelingen met de eerste voorlo- ers van een klacht- en tuchtrecht, zoals wij dat nu kennen, bleken hun kwaliteits- ewakende rol echter onvoldoende waar te kunnen maken en werden in 1865 ervangen door de Wet Uitoefening Geneeskunst (bevoegdheidsbescherming). ndsdien hebben alle huisartsen vóór de toegang tot de beroepsbeoefening een niversitaire artsenopleiding genoten. Vanaf 1973 is het volgen van de huisartsenop- iding een wettelijk vereiste. Door inschrijving in het huisartsenregister als voor- aarde te stellen voor het sluiten van een medewerkerscontract op basis van de iekenfondswet heeft de wetgever immers, zij het indirect, de huisartsenopleiding s voorwaarde voor de uitoefening van het beroep geformuleerd. Opleiding, exami- ering en registratie van (aanstaande) huisartsen bleven in handen van de beroeps- rganisatie, de LHV/ KNMG, een praktijk welke ook in het toekomstige kader an de Wet BIG gehandhaafd blijft. De uitvoering van de huisartsenopleiding berust nds 1990 bij de Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts en financiering vindt plaats i het kader van de WFV/ AWBZ. De overheid beoogt met de huisartsenopleiding, aast kwaliteitswaarborging als zodanig, tevens de positie van de huisarts ten opzich- van de specialist te versterken.

egulering van de toegang tot de beroepsbeoefening voor de andere eerstelijnsfunc- onarissen kwam met ingang van 1921 tot stand. In dat jaar werd voor de verpleeg- undige met de Wet ter bescherming van het diploma ziekenverpleging gekozen oor een wettelijke titelbescherming. Bevoegdheidsbescherming werd afgewezen angezien de controle op een eventuele bevoegdheidsoverschrijding bij verpleegkun- igen nog moeilijker te constateren zou zijn dan bij artsen reeds gebleken was. lovendien zouden daardoor diegenen, die onderdelen van de verpleging voor hun ekening namen, daarvan moeten worden uitgesloten, terwijl er al een tekort aan erplegend personeel bestond. De aantekening wijkverpleging, geïntroduceerd in 923, was één van de eerste verpleegkundige 'specialisaties' en vormde onderdeel an de subsidievoorwaarden voor het personeel van het kruiswerk en, na 1981,

van de erkenningseisen op basis van de AWBZ. Sinds 1977 worden ook HBOV-opgeleiden tot de wijkverpleging toegelaten. Naast verpleegkundigen zijn binnen de eerstelijnszorg ziekenverzorgsters werkzaam, wier titel sinds 1963 eveneens wettelijke bescherming geniet. Bij toegang tot de eerstelijnszorg dienen zij een applicatiecursus te volgen, een voorwaarde die is neergelegd in het Erkenningenbesluit voor kruisorganisaties op basis van de AWBZ. De in dit Besluit gehanteerde vrij strakke normering laat niet toe, dat MDGO-verzorgenden (gezins- en bejaardenverzorgsters) worden ingezet, alhoewel dat voor bepaalde onderdelen van de praktische thuiszorg wenselijk zou zijn. De in 1991 met de LVT in het kader van de AWBZ afgesloten Modelovereenkomst biedt hiervoor overigens wel een eerste opening.

Voorts bestaan de MBOV- en de MDGO-Vp-opleiding, waarvan het in de bedoeling ligt, dat zij toegang zullen geven tot verpleging op het tweede deskundigheidsniveau. Deze 'verple(e)g(st)ers' zullen werkzaam zijn onder de directe verantwoordelijkheid van een (HBO-)verpleegkundige. Naast deze full-time opleidingen blijven, vanwege het tekort aan personeel en uit financiële overwegingen, de in-service opleidingen voor de verpleegkundige beroepen gehandhaafd. Deze beperken zich overigens vrijwel geheel tot de intramurale sector. Ook instellingen voor gezinsverzorging en sommige particuliere verpleeg- en thuiszorgbureaus bieden hun personeel de mogelijkheid om zich tot 'helpster' en vervolgens tot 'verzorgster' te laten scholen, al dan niet via het leerlingwezen.

Ten aanzien van thuiszorgbureaus bevat bestaande regelgeving geen voorwaarden betreffende de (her)scholing van personeel.

Bij de gezinsverzorging werd van 1955 tot 1971 kwaliteitswaarborging nagestreefd door de tot instellingen gerichte subsidienorm, dat deze evenveel dagen gezinsverzorging als gezinshulp moesten verstrekken. Hoewel dit tot hoge kosten (dure gezinsverzorgsters moesten worden ingezet voor vrij eenvoudige huishoudelijke werkzaamheden) en tot een verminderde flexibiliteit bij het inspelen op de per regio uiteenlopende hulpvragen bleek te leiden, werd een soortgelijke bepaling na 1974 ook voor de wijkverpleging van kracht. In het Erkenningenbesluit voor kruisorganisaties van 1981 werd namelijk voor het gehele kruiswerk het aantal ziekenverzorgenden per wijkverpleegkundige gefixeerd op 1:3.

De kwaliteitswaarborging ten aanzien van de toegang tot het huisartsenberoep en de verplegende en verzorgende beroepen binnen de eerstelijnszorg heeft, zo blijkt, de nodige aandacht van de wetgever gehad. Wel is sprake van een grote variëteit in opleidingen en deskundigheidsniveaus en kunnen enkele negatieve neveneffecten van regelgeving worden gesignaleerd.

Voor het algemeen maatschappelijk werk voorzag de Subsidieregeling van 1955 eveneens in kwaliteitsregulering. Deze regeling en een sterke toename van overheidssubsidies hebben er in de periode voor 1974 voor gezorgd, dat deze kerndiscipline zich krachtig heeft geprofileerd. Aan de uitoefening van de verschillende functies waren, al naar gelang de verantwoordelijkheden, verschillende opleidings-

eisen verbonden. De in regelgeving vereiste grote betrokkenheid van vrijwilligers bij deze zorg werd overigens in de praktijk niet gerealiseerd.

Meerdere wetsontwerpen van voor 1974 en wetsvoorstellen van na dat jaar hadden het oogmerk van een centrale kwaliteitsnormering voor deze eerstelijnsvoorziening. Zij zijn echter nooit tot wet verheven (KSW) of reeds in een vroeg stadium blijven steken (WVGM). In 1988, toen het algemeen maatschappelijk werk onder het regime van de Welzijnswet werd gebracht, kwamen de tot dan toe voor instellingen van algemeen maatschappelijk werk van overheidszijde aan de functies verbonden opleidingseisen te vervallen. Deze hebben nu een plaats gekregen in de jaarlijks af te sluiten CAO die door de wetgever tot op heden steeds algemeen verbindend is verklaard. Dit neemt niet weg, dat de instellingen over onvoldoende geschoolde maatschappelijk werkers beschikken.

Voor toelating tot de beroepsbeoefening in de eerste lijn zal de Wet BIG het toekomstige wettelijke kader bieden. Ingevolge het wetsvoorstel BIG worden ondermeer het beroep van verpleegkundige, van arts, van klinisch psycholoog en van psychotherapeut in de wet opgenomen. Voor hen geldt een systeem van constitutieve registratie: voeren van de bij het beroep behorende titel is eerst toegestaan na inschrijving in het van overheidswege beheerde register. Aan de toegang tot het beroep van 'verpleegster', zullen bij algemene maatregel van bestuur op basis van de Wet BIG opleidingseisen kunnen worden verbonden. De door deze beroepsgroep in dat kader te voeren titel heeft betrekking op de gevolgde opleiding en heeft een administratief karakter. Voor de verzorgende beroepen is in het BIG-kader geen regeling voorzien, evenmin als voor dat van de maatschappelijk werker. Opname van het laatste beroep in de Wet BIG wordt niet overwogen omdat de deskundigheid van maatschappelijk werkers (nog) onvoldoende is omlijnd en zij niet overwegend in de gezondheidszorg werkzaam zijn.

Voor de toegang tot de eerstelijnszorg van het personeel werkzaam bij instellingen zal de in het kader van de stelselwijziging toegezegde Kwaliteitswet een wettelijk kader bieden.

Bij de toelating tot de eerstelijnszorg speelt naast deze nationale regelingen ook het recht van de Europese Gemeenschappen een rol. Op basis van EG-richtlijnen staat de eerstelijnszorg open voor huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers uit andere lidstaten, die een op EG-niveau erkende universitaire, respectievelijk HBO-opleiding, al dan niet in combinatie met stages, hebben voltooid. Voor de toegang van lager opgeleiden, zoals zieken- en gezinsverzorgsters is een EG-richtlijn in voorbereiding voor de onderlinge erkenning van vergelijkbare MBO-opleidingen. Dat sprake is van een zekere wisselwerking tussen het nationale en het communautaire recht blijkt onder andere uit de procedure, die een in België opgeleide Nederlandse arts instelde tegen de Huisartsenregistratiecommissie van de KNMG. Deze vormde een belangrijke aanleiding voor de totstandkoming van een specifieke EG-richtlijn voor huisartsen, terwijl deze richtlijn op haar beurt weer de aanzet vormde voor de verlenging van de huisartsenopleiding in Nederland van 1 naar 2 jaar.

1.1.2 Concrete zorgverlening

Wat de kwaliteit van de concrete zorgverlening binnen de eerste lijn betreft lopen de wettelijke kaders eveneens uiteen.

Voor de concrete zorgverlening door wijkverpleegkundigen en ander personeel van kruisorganisaties en door de gezinsverzorging is de kwaliteitsnormering tot op heden instellingsgericht en neergelegd in, overigens uiteenlopende, financieringsregelingen. Zo vereist het AWBZ-Erkenningenbesluit voor kruisorganisaties naast de inzet van kwalitatief voldoende geschoold personeel ook verpleegmateriaal, dat kwantitatief en kwalitatief voldoet. In de praktijk blijken zich hier problemen voor te doen. Het materiaal is niet overal in voldoende mate aanwezig, op onderdelen verouderd en voor de patiënt soms onveilig gebleken. Een MIP-commissie (vroeger FONA-commissie geheten) kent het kruiswerk niet.

De financieringsregelingen voor de gezinsverzorging (sinds 1980) en het kruiswerk (sinds 1981) bevatten tevens op de positie van de patiënt gerichte kwaliteitsbepalingen, zoals het functioneren van een klachten- en een privacy-regeling. De realisatie daarvan door de kruisorganisatie heeft, mede door de interne, sterk gebureaucratiseerde, besluitvormingsstruktuur ongeveer zes jaar in beslag genomen. Bij de gezinsverzorging heeft de klachtenregeling kennelijk tot kwaliteitsverbetering geleid.

Van de mogelijkheid welke patiënten hebben om wegens een gebrek aan kwaliteit een civielrechtelijke procedure tegen een van de eerstelijnsvoorzieningen aan te spannen is tot nu toe nauwelijks of geen gebruik gemaakt.

Aangezien particuliere verpleeg- en thuiszorgbureaux buiten het AWBZ-erkenningensysteem vallen zijn zij niet onderwerpen aan op het bureau gerichte wettelijke kwaliteitsnormering.

De in het kader van de stelselwijziging voorgenomen Kwaliteitswet voor zorginstellingen zal in de geschetste situatie verandering brengen. Deze wet zal namelijk, voorzover thans bekend, onafhankelijk van de financieringsbron functioneren en van toepassing zijn op alle zorginstellingen in de eerste lijn, ongeacht de juridische vormgeving daarvan (home-team, gezondheidscentrum, huisartsengroep, thuiszorgbureau). Zowel de Kwaliteitswet als de Wet BIG zullen bepalingen bevatten aangaande geheimhouding, intercollegiale toetsing en gegevensverzameling (intern kwaliteitsbeleid), hetgeen overigens wel tot doublures kan leiden. Voorts zal de Kwaliteitswet de meer algemene plicht bevatten om 'verantwoorde zorg' te verstrekken, evenals een 'noodklepbepaling' met een bevoegdheid voor normstelling door de overheid ingeval op basis van zelfordening onvoldoende kwaliteitsnormering tot stand komt (zie paragraaf 1.2).

Ingeval een patiënt ontevreden is over de huisartsenhulp heeft hij een in de Ziekenfondswet verankerd recht om van huisarts te veranderen. Dat de patiënt/verzekerde aan deze keuzevrijheid behoefte heeft komt naar voren uit de vele procedures die hierover zijn gevoerd. In de gerechtelijke uitspraken blijkt deze vrijheid ook steeds zwaarder te wegen, in het bijzonder wanneer het de keuze voor een 'alternatieve' huisarts betreft. Voor de andere eerstelijnsdisciplines bestaat nog geen wette-

lijke vrijheid van keuze van hulpverlener. Wel kan de patiënt uiteraard in geval van ontevredenheid over de hulpverlening gebruik maken van het klachtrecht. Hiertoe wordt een wet voorbereid.

Iets wat in de praktijk van de eerstelijnszorg veel voorkomt is de delegatie van medisch-technische handelingen door de huisarts aan de daartoe niet bevoegde wijkverpleegkundige. De in de jurisprudentie ontwikkelde 'verlengde arm'-constructie heeft het aan dergelijke handelingen voor verpleegkundigen verbonden strafrechtelijk karakter ontnomen. Deze constructie zal in de Wet BIG wettelijk vorm krijgen via de mogelijkheid van een functioneel zelfstandige bevoegdheidsverklaring. De verpleegkundige beroepsgroep wordt, evenals onder andere artsen en psychotherapeuten, aan wettelijk tuchtrecht onderworpen.

1.1.3 Toezicht en sancties

De huisarts is als enige eerstelijnsdiscipline sinds 1928 onderworpen aan wettelijk tuchtrecht. Terwijl klachten tot aan de jaren zestig sporadisch werden ingediend, vooral afkomstig waren van collegae en samenhingen met al dan niet vermeende vormen van oneerlijke concurrentie, is in de periode na 1974 het aantal tuchtrechtelijke procedures toegenomen en meestal aanhangig gemaakt door patiënten. Naast de toenemende mondigheid van patiënten speelt ook de versterking van hun procedurele positie binnen het tuchtrecht sinds 1972 een rol.

Materieel gezien betreffen de klachten voornamelijk experimentele en alternatieve behandelingen, diagnostisch onderzoek, verwijzing naar en samenwerking met de specialist en het huisbezoek, met name in waarnemingssituaties.

Het *toezicht* van de Inspectie op de eerstelijnszorg heeft zich na de eerste bemoeienissen met de huisartsgeneeskunde vanaf 1875 ook uitgestrekt tot de kruisorganisaties, bij de totstandkoming waarvan de Inspecteur van Noord-Holland zelfs een initiërende rol heeft gespeeld. Dit toezicht omvat, naar men mag aannemen, ook de gezinsverzorging sinds dit in 1989 onder de AWBZ-financiering is gebracht. Het toezicht van de Inspectie op de naleving van kwaliteitsnormering (erkenningseisen) is tekort geschoten: de, veelal voorwaardelijke, erkenningen van kruisorganisaties werden steeds, al dan niet collectief, verlengd zonder dat aan de gestelde eisen (klachtenregeling, privacyregeling, 7x24-uurs beschikbaarheid indien nodig) was voldaan.

Voor het algemeen maatschappelijk werk is een centraal, onafhankelijk, kwaliteitstoezicht, waarvoor reeds in de Knelpuntennota van 1974 werd gepleit, nooit tot stand gekomen. Dit toezicht is met de Welzijnswet geheel gedecentraliseerd naar de gemeenten, die zichzelf daar echter niet voldoende voor toegerust achten.

De *sanctie-mogelijkheden* ingeval van onvoldoende kwaliteit hangen nauw samen met de soort van regeling, waarin de kwaliteitsnormering is neergelegd. Naast denkbare maatregelen in het kader van CAO's (maatschappelijk werk, gezinsverzor-

ging) betreft het de intrekking van de erkenning en de daaraan verbonden korting op, c.q. stopzetting van de AWBZ-financiering en van subsidies. Van deze mogelijkheden is, mede gelet op het effect daarvan voor de patiënt/verzekerde, geen gebruik gemaakt. Meer in het algemeen bleek dit instrumentarium te grof om adequaat gehanteerd te kunnen worden.

Ook hierin zal de voorgenomen kwaliteitswetgeving verbetering brengen. Het erkenningenstelsel zal komen te vervallen. Nieuw zijn voorts de voorstellen om in het kader van de Wet BIG tegen beroepsbeoefenaren een spoedprocedure voor het tuchtcollege te starten en hen een onmiddellijk werkende tuchtmaatregel op te leggen. De voorgestelde spoedmaatregelen voor instellingen in de Kwalititeitswet zullen enigszins anders zijn en bestaan in een bevel van de Zorginspectie, zonodig gevolgd door een aanwijzing van de Provincie (G.S.).

1.2 Zelfordening

Voorafgaand aan en in aansluiting op regelgeving hebben ten aanzien van de kwaliteit van de eerstelijnszorg de nodige ontwikkelingen plaatsgevonden. Met name op het gebied van de concrete zorgverlening worden kwaliteitswaarborging en -ontwikkeling gezien als een aangelegenheid voor het veld zelf. Zo hebben verzekeraars op grond van ZFW/AWBZ-bepalingen op landelijk niveau *Modelovereenkomsten* gesloten met de LHV, de LVT (voorheen de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging) en de LVG waarin ondermeer kwaliteitsbepalingen ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid, waarneming, kwaliteit van het instrumentarium en voorlichting van patiënten zijn opgenomen.

De op Universitair en HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg hebben eigen *beroepsorganisaties* in het leven geroepen, welke zich eveneens bezig houden met de kwaliteit van de zorg, die door de bij hen aangesloten leden wordt verstrekt. De (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) van 1849 en de daarbij aangesloten Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) van 1946 kennen in dit opzicht overigens wel een langere traditie dan de Landelijke Vereniging voor Maatschappelijk Werkers (LVMW), wiens voorgangers uit 1963 dateren, en de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV) van 1988, inmiddels tezamen met de Vereniging voor Verplegenden en Verzorgenden opgegaan in de Nieuwe Unie '91. Deze beroepsorganisaties hebben alle gedragsregels of een code ontwikkeld waarin ten overstaan van de patiënt (respect, geheimhouding, informed consent) en collegae (intercollegiale toetsing, verwijzing, waarneming) te betrachten normen zijn opgenomen. De aansluitingsgraad bij deze organisaties loopt sterk uiteen. In mei 1991 was bijna 90% van de huisartsen aangesloten bij de LHV, ongeveer 20% van de maatschappelijk werkers bij de LVMW en slechts 8% van de verpleegkundigen bij de NMV. Alleen de KNMG hanteert een intern tuchtrecht. Wel heeft de LVMW besloten het onder

haar voorgangers van 1963 tot 1978 geldende interne tuchtrecht in aangepaste vorm met ingang van 1992 te hernemen.

De LHV ontwikkelt momenteel een *certificatie- en bijscholingssysteem*. Hieraan zullen in de toekomst de nodige consequenties worden verbonden in die zin dat een huisarts, die onvoldoende bijscholing heeft genoten, niet meer voor de door de LHV vereiste vijfjaarlijkse herregistratie als huisarts in aanmerking komt. Voor maatschappelijk werkers wordt een vergelijkbaar systeem ontwikkeld door de Stichting Beroepsregister van maatschappelijk werkers. Ook de LVG kent, naast kwaliteitskenmerken voor gezondheidscentra (intervisie, intercollegiale toetsing), een model *klachtenreglement* en het algemeen maatschappelijk werk beschikt sinds 1989 eveneens over een klachtenregeling. De KNMG heeft in 1987 zowel om redenen van doublure met het wettelijk tuchtrecht, alsook uit financiële overwegingen de klachtingang voor patiënten bij het interne tuchtrecht afgesloten.

Klachtenbehandeling zal, zo is de bedoeling, zowel voor instellingen als voor individuele beroepsbeoefenaren, in een aparte Klachtwet worden geregeld, waarbij de provincie als (hoogste) klachtenbehandelende instantie zal fungeren.

Het nieuwe stelsel voorziet in meer ruimte voor zelfordening. Daarbij wordt gedacht aan kwaliteitswaarborging, c.q. -bevordering via certificeringsstelsels, via kwaliteitsbepalingen in de (Model)overeenkomsten tussen verzekeraars en medewerkers/instellingen en aan polisvoorwaarden. In de periode, die ingaat op het moment dat de individuele erkenningen van kruisorganisaties vervallen, hetgeen conform de huidige voornemens zal samenvallen met het afschaffen van de contracteerplicht voor verzekeraars, tot aan de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet voor zorginstellingen rekent de overheid op kwaliteitswaarborging door verzekeraars via de (Model)overeenkomsten.

1.3 Samenvattende conclusie

Met de in het kader van de stelselwijziging voorgenomen kwaliteitswetgeving zal het bestaande, uiteenlopende en op onderdelen lacunaire, wettelijke kader voor de eerstelijnszorg worden gecompleteerd en gestroomlijnd. Kwaliteitswaarborging wordt onafhankelijk van de financiering en, met name waar het de concrete zorgverlening betreft, in eerste instantie een aangelegenheid voor 'het veld'. De eindverantwoordelijkheid van de overheid op grond van artikel 22 van de Grondwet krijgt vooral gestalte in de in kwaliteitswetgeving op te nemen 'noodklepbepaling' en in de wettelijke regeling van toezicht en sanctionering. De te creëren bevoegdheid tot snel ingrijpen is zinvol met het oog op in de eerstelijnszorg gesignaleerde, voor de patiënt soms gevaarlijke, situaties (zie ook paragraaf 2.1). Doordat de sanctiebevoegdheden in uiteenlopende handen worden gelegd bestaat echter wel een risico van doublures en van uiteenlopend (sanctie)beleid. Bovendien zijn de mogelijkheden van de Inspectie tot onmiddellijk ingrijpen op basis van de Wet BIG en de toegezegde Kwaliteitswet voor instellingen niet van dezelfde aard.

Onduidelijk is nog of de Kwaliteitswet zich ook zal uitstrekken tot het algemeen maatschappelijk werk. Een wettelijk kader voor de individuele beroepsuitoefening van de maatschappelijk werker ontbreekt eveneens. Ten aanzien van de Kwaliteitswet voor instellingen is nog niet bekend of en in hoeverre de daarin op te nemen bepalingen zich richten tot de kwaliteit van (het personeel van) een instelling bij toegang tot de eerstelijnszorg.

Het beroep op hulpverleners om tot normstelling op kwaliteitsgebied te komen is vooral beantwoord door huisartsen (NHG/LHV) en gezondheidscentra. Zelfordening komt, waar het de kwaliteit van zorg betreft, bij de andere eerstelijnsdisciplines minder snel op gang. Innerlijke verdeeldheid binnen de beroepsgroep (verpleegkundigen), een lage aansluitingsgraad bij beroepsorganisaties (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers), andere prioriteiten (integratie thuiszorg) en de afwezigheid van stimuli (decentralisatie algemeen maatschappelijk werk) kunnen als voornaamste oorzaken hiervoor worden aangewezen. Het hiermee gepaard gaande voor een groot deel ontbreken van technisch-professionele standaarden en van andere kwaliteitsnormen kan interne, alsook externe toetsing in de toekomst bemoeilijken. Het feit dat in de regelgeving voor onderdelen van de positie van de patiënt (klachtenregeling, privacyreglement, continue bereikbaarheid- en beschikbaarheid) sprake is van indirecte, tot de aanbodzijde gerichte, normstelling (erkenningseisen, subsidievoorwaarden) heeft de patiënt relatief in het nadeel gesteld. De WPR en de Klachtwet zullen, naar men mag verwachten, de positie van de patiënt in dat opzicht verbeteren.

2 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

2.1 Overheidsregulering

Hoewel overheidstoezicht op de vestiging van huisartsen al sinds de Verordeningen van 1804 een feit is, werd een daadwerkelijke bemoeienis van de wetgever met de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg eerst aan het begin der jaren zeventig van deze eeuw noodzakelijk bevonden. Nadat de bestaande huisartsentekorten grotendeels waren weggewerkt bleek namelijk dat de huisartsgeneeskunde zich ongelijkmatig over Nederland verspreidde. Ook het interne LHV-vestigingsbeleid kon niet verhinderen dat op sommige plaatsen over- en op andere ondercapaciteit optrad. De LHV betoonde zich dan ook voorstander van een wettelijke regeling. Het in 1986 op basis van de WVG in werking getreden Vestigingsbesluit voor huisartsen heeft aan haar doel, een gelijkmatiger en doelmatiger spreiding van de huisartsgeneeskunde over Nederland, beantwoord. Tevens kregen patiëntengroeperingen en andere eerstelijnsdisciplines met dit besluit invloed op de keuze van de aan te stellen huisarts. Omgekeerd is dit niet gebeurd, aangezien de WVG(M), in welk kader ook de andere eerstelijnsvoorzieningen als eerste voor nadere strukturering in aanmerking zouden komen, nooit in werking is getreden.

Reeds in 1987 werd duidelijk dat de Vestigingsregeling voor huisartsen, tezamen met de WVG, uit dereguleringsoverwegingen en met het oog op het nieuwe stelsel weer zou worden ingetrokken. Daarom werd aanpassing van de regeling niet overwogen, ondanks dat zij vooral in de beginperiode voor sommige gezondheidscentra, home-teams en groepspraktijken negatieve financiële neveneffecten had. Deze mochten namelijk bij regionale overcapaciteit een vertrekkende huisarts niet vervangen en kwamen vervolgens wegens een te laag aantal huisartsen, niet (meer) voor stimuleringssubsidies in aanmerking. Het Vestigingsbesluit voorziet ondermeer in het aantal inwoners per huisarts (de normpraktijk). Voor de wijkverpleging is een gelijksoortige norm (aantal inwoners per wijkverpleegkundige) in het Erkenningenbesluit van 1981 neergelegd, die overigens eerst in 1985 werd bereikt. Gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk kennen in dit opzicht geen directe normstelling. De aanwezigheid, spreiding en volume van het algemeen maatschappelijk werk is een gemeentelijke aangelegenheid, die al dan niet in samenwerking met andere gemeenten op WGR-basis wordt aangepakt

Aangezien noch de WVG, noch de bijgestelde en met maatschappelijke dienstverlening uitgebreide editie daarvan, de WVGM, (geheel) in werking zijn getreden heeft de met deze wetgeving beoogde regulering van de bereikbaarheid, beschikbaarheid en een grotere samenhang bij de eerstelijnszorg, op die basis althans, niet plaats kunnen vinden. Alleen in Almere zijn op experimentele grondslag in het kader van de WVG juridische voorwaarden geformuleerd, waaronder een wijksgewijze opzet en coördinatie van de eerstelijnszorg.

Integratie tussen de sterk versnipperde, grotendeels op basis van uiteenlopende levensovertuigingen functionerende, eerstelijnsvoorzieningen, werd door de overheid vooral nagestreefd door een incentive-beleid in de vorm van extra subsidiëring. Een eerste stap werd in 1967 gezet voor de integratie van instellingen voor gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk. Dit beleid bleek succesvol: reeds in 1974 was het totale aantal instellingen tot éénderde teruggebracht, en voor een groot deel samengegaan in de zogeheten 'A-instellingen'. Ook de sinds 1974, eerst voor gezondheidscentra en later ook voor home-teams ontworpen, stimuleringsregelingen bleken hun vruchten af te werpen. Aan het eind van de jaren tachtig verschoof het accent in overheidsbeleid naar integratie tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. De redenen daarvoor zijn gelegen in de gedeeltelijke overlap in het hulpaanbod van beide voorzieningen en in de ontwikkeling van de thuiszorg, als alternatief voor opname in een ziekenhuis- of bejaardenhuis. De ingezette integratie moet uitmonden in de totstandkoming van ongeveer 70 grootschalige thuiszorgorganisaties verspreid over Nederland, waarbij zoveel mogelijk de WGR-indeling zal worden gevolgd.

Tegelijk met de intrekking van het Vestigingsbesluit voor huisartsen wordt in 1992, zo is de bedoeling, de sinds 1941 in de Ziekenfondswet verankerde contracteerplicht voor ziekenfondsen met huisartsen afgeschaft en, bij de overgang van de wijkverpleging en gezinsverzorging naar de AWBZ 'nieuwe stijl', voorzien voor 1993 (zie paragraaf 3.2.1), eveneens die ten aanzien van kruisorganisaties.

Regulering van de toegankelijkheid, de structuur en de omvang van de eerstelijnsvoorzieningen wordt in de toekomst in eerste instantie aan 'het veld' overgelaten. Samenwerking en onderlinge afstemming van eerstelijnsvoorzieningen zullen overigens mede begrepen zijn in het vereiste van 'verantwoorde zorg' in het kader van de Kwaliteitswet voor instellingen.

Aan regulering van de *bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg in tijd* was in de periode voor 1974 niet veel behoefte, aangezien de huisarts meestal bij zijn praktijk woonde en de wijkverpleegkundige in het wijkgebouw. De door de LHV gehanteerde gedragsregel dat de huisarts/waarnemer, al dan niet via tussenkomst van zijn assistente, telefonisch steeds bereikbaar moet zijn en de patiënt zonodig binnen 15 minuten thuis moet kunnen bezoeken wordt ook door de tuchtrechter gehanteerd.

Voor de kruisorganisatie werd de voorwaarde van een directe bereikbaarheid en beschikbaarheid van de hulp (indien noodzakelijk) in 1981 vastgelegd in het Erkenningenbesluit, een eis waaraan eerst in 1990 (vrijwel) alle kruisorganisatie voldeden. Ten aanzien van de met de wijkverpleging nauw verwante en deels overlappende hulp van de gezinsverzorging wordt hulp gedurende de avond, nacht of in het weekend in subsidieregelingen als een uitzondering bestempeld. De voor de realisering van 7x24-uurs diensten bij het algemeen maatschappelijk werk geldende stimuleringsregeling van 1986 was slechts twee jaar van kracht. Zij heeft niet aan haar doel kunnen beantwoorden omdat de gemeenten, gezien hun eigen beperkte middelen, niet over de nodige gelden beschikten om de in de regeling vereiste adequate opleiding voor de bereikbare maatschappelijk werker aanvullend te bekostigen.

2.2 Zelfordening

De KNMG en later de LHV voeren al van oudsher een vestigingsbeleid met als voornaamste voorwaarden dat een huisarts zich gedurende twee jaar niet mag vestigen in een gebied, waar hij een huisarts heeft vervangen of waar hij als assistent heeft gewerkt. De toekomstige collegae van de huisartsengroep hebben inspraak bij de keuze van de kandidaat. Op veel plaatsen is deze LHV-regeling naast, c.q. voorafgaand aan de toepassing van de WVG-Vestigingsregeling gehandhaafd, hetgeen tot vertraging bij uitvoering van laatstbedoelde regeling heeft geleid.

De LHV en de VNZ hebben het voornemen geuit om, ter vervanging van het Vestigingsbesluit, in het kader van een hernieuwd overeenkomstenstelsel, de *instroom en spreiding* van huisartsen te regelen op dusdanige wijze, dat regionaal een gevarieerd huisartsenaanbod (inclusief alternatieve geneeswijzen) ontstaat. Bedoeld overeenkomstenstelsel zou uit drie 'lagen' (landelijk, regionaal en individueel) bestaan.

Het initiatief uit 1985 van de koepelorganisaties van de vier kerndisciplines om gezamenlijk een *geïntegreerd hulpaanbod* aan te bieden (ATIS) is al in 1988 gestrand

op een verschil van inzicht met vooral de LHV. Deze ontzegde toen verdere medewerking omdat zij een functionele integratie voorstond en niet de bestuurlijke integratie, waarvoor de andere drie eerstelijnsdisciplines opteerden. De LHV is bovendien meer op de lijn huisarts-specialist, dan op samenwerking met de andere eerstelijnsdisciplines gericht. De VIVAM heeft haar eerdere kandidatuur voor de LVT ingetrokken en zich in 1991 aangesloten bij de VOG, koepelorganisatie voor de gepremieerde en gesubsidieerde sector.

Op veel plaatsen wordt door de wijkverpleging (geplande avondzorg), de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk met *wachtlijsten* gewerkt, ook zonder dat eerst de urgentiegraad van de hulpvraag is vastgesteld. De LVG propageert voor de bij haar aangesloten gezondheidscentra een directe bereikbaarheid, de afwezigheid van wachtlijsten en een beperking van de tijd welke niet aan directe zorgverlening (overleg) wordt besteed.

Bij *patiënten* heerst onvrede over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg in haar totaliteit. Het niet (op tijd) bezoeken van de patiënt thuis door de huisarts of diens waarnemer heeft in enkele gevallen zelfs fatale gevolgen gehad. Door de NHG en de LHV worden standaarden en protocollen ontwikkeld die hierin verbetering moeten brengen.

In het toekomstige stelsel blijft het waarborgen van een directe toegankelijkheid en adequate bereikbaarheid en beschikbaarheid van eerstelijnszorg in eerste instantie in handen van 'het veld'.

2.3 Samenvattende conclusie

Beleid, regelgeving en praktijk hebben waar het gaat om het waarborgen van een direct toegankelijke eerstelijnszorg niet parallel gelopen. De op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de eerstelijnszorg gerichte regelgeving is sterk uiteenlopend, kent geen integrale benadering en is op onderdelen lacunair. Zelfordening functioneert niet steeds adequaat. Uit jurisprudentie blijkt dat patiënten door de huisarts soms te laat worden bezocht met alle, soms fatale, gevolgen van dien. Voor andere onderdelen van eerstelijnszorg (verpleging, verzorging, psycho-sociale hulp) worden patiënten op wachtlijsten geplaatst nog voordat indicatiestelling heeft plaatsgevonden. Hoewel in het nieuwe stelsel zelfordening (gedragsregels en standaarden, protocollering, certificering, overeenkomsten) voorop blijft staan biedt de voorgenomen kwaliteitswetgeving de mogelijkheid om sneller en effectiever (o.a. bevel Zorginspectie) dan tot op heden in te grijpen indien de directe toegankelijkheid van de eerstelijnszorg, één van haar hoofdkenmerken, in gevaar dreigt te komen.

Tot een strukturering van de eerstelijnszorg op grond van regelgeving is het niet gekomen. Wel is een integratiebeleid op basis van buitenwettelijke instrumenten (subsidies, circulaires) gevoerd. Het accent dat daarbij werd gelegd veranderde in de loop der jaren: integratie tussen maatschappelijk werk en gezinsverzorging (A-instellingen) met de daaraan verbonden gerichtheid op psycho-sociale hulp maakt plaats voor integratie tussen gezinsverzorging en wijkverpleging in het kader

van de thuiszorg. De, ook van overheidswege gestimuleerde, tendens naar de totstandkoming van grootschalige thuiszorgbureaux draagt het risico in zich van bureaucratisering, wat de toegankelijkheid voor en de keuzevrijheid van de patiënt kan verminderen.

Of de door het Vestigingsbesluit bereikte, tamelijk evenwichtige, spreiding van huisartsenhulp over Nederland zich na intrekking van dat besluit zal handhaven is onvoorspelbaar. Het door de VNZ en LHV beoogde overeenkomstenstelsel kan wel enige garanties in dat opzicht bieden. Het kan echter ook, afhankelijk van de inrichting ervan tot verstarring leiden, hetgeen alsdan op gespannen voet kan komen te staan met de flexibiliteit, welke het nieuwe stelsel beoogt.

3 Financiële toegankelijkheid

3.1 Overheidsregulering

3.1.1 Aanbodzijde

De financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg vindt grotendeels haar oorsprong in de Armenwet van 1912. Hulp van de huisarts was het eerste onderdeel van de eerstelijnszorg, dat voor een wettelijk geregelde *financiering* in aanmerking kwam. Dit vond plaats in het Ziekenfondsenbesluit van 1941 en de latere Ziekenfondswet van 1964, waarin ook specialistische hulp en een ziekenhuisopname wettelijk werden geregeld. De door het Parlement bij de aanneming van de AWBZ in 1967 reeds geuite vrees dat van de wettelijk gefinancierde ziekenhuis- en verpleeghuissector een aanzuigende werking uit zou gaan is bewaarheid geworden. Als een van de oorzaken kan de voorzieningen-gebonden omschrijving van de verstrekkingen in het wettelijk ziektekostenstelsel worden aangewezen. De overgang van het gesubsidiëerde kruiswerk, met een aanbod dat zowel preventieve als curatieve en zowel bejaarden- als peuter-en kleuterzorg beslaat, naar de AWBZ-financiering heeft meer dan tien jaar (van 1970 tot 1980) in beslag genomen. De keuze voor de AWBZ (in plaats van de Ziekenfondswet) als wettelijk financieringskader werd ingegeven door het feit, dat de toegang tot deze eerstelijnsvoorziening voor de gehele bevolking gegarandeerd moest worden. Al bij de behandeling van de AWBZ in het Parlement stelde de regering dat, mocht de noodzaak daartoe aanwezig worden geacht, ook de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk in deze Wet onderdak zouden kunnen vinden. Voor de gezinsverzorging heeft de overgang naar AWBZ-financiering plaatsgevonden in 1989, zij het vooralsnog niet in de vorm van een verstrekking, maar van gesubsidieerde hulp.

Hoewel de plannen met het algemeen maatschappelijk werk eerst eveneens in de richting van de AWBZ wezen werd in 1988 alsnog voor inkadering in de Welzijnswet gekozen, ook al omdat de gemeenten dreigden anders hun bijdrage aan de financiering van deze kerndiscipline te onthouden. Op basis van de Armenwet en later ook de Financiële Verhoudingenwet en het Financiële Verhoudingenbesluit werd het algemeen maatschappelijk werk namelijk deels door gemeenten en deels

door het rijk gesubsidieerd. Deze systematiek van 'dubbele financiering' was overigens in de periode voor 1974 bij de wijkverpleging en de gezinsverzorging eveneens gangbaar.

Particuliere verpleegbureaux, die al van het eind van de negentiende eeuw dateren, zijn de laatste jaren sterk in aantal toegenomen. Dit is een gevolg van het feit dat sinds 1989 de *'intensieve' thuiszorg*, als aanvulling op de reguliere eerstelijnszorg, wordt gefinancierd in het kader van, zij het uiteenlopende, stimulerings- en subsidieregelingen (WTZ, ZFW en AWBZ) en binnenkort ook nog op basis van de WBO. Wel zijn aan deze financiering voorwaarden verbonden, welke per regeling kunnen verschillen. Enkele voorbeelden zijn dat de patiënt over een indicatie beschikt voor een ziekenhuis- of een verpleeghuisopname en dat de hulp voor maximaal 2 of 3 maanden wordt verstrekt. Ook wordt wel verlangd dat tussen de hulpverleners een gestructureerd samenwerkingsverband bestaat of dat in ieder geval wijkverpleging en gezinsverzorging bij de hulp betrokken zijn.

De *honorering* van huisartsen vindt, in overeenstemming met het tussen ziekenfondsen en huisartsen in de negentiende eeuw gegroeide gebruik, plaats in de vorm van een vast bedrag per ziekenfondspatiënt (abonnementshonorarium). Deze, onvoldoende op de werkelijke inspanningen en gemaakte kosten afgestemde, wijze van honorering heeft met terugkerende regelmaat tot conflicten tussen huisartsen en ziekenfondsen geleid. De overheid heeft getracht aan deze problematiek een einde te maken door met de LHV in 1985 een Convenant te sluiten. Niet-nakoming daarvan door de overheid leidde overigens tot de nodige gerechtelijke procedures tussen de LHV en de Staat.

Voor particuliere patiënten is op basis van de WTG een tarief per verrichting vastgesteld, evenals dat bij specialistische hulp gebruikelijk is.

Hoewel de overheid het al sinds 1974 als haar plicht ziet om erop toe te zien, dat patiënten niet in een hoger echelon dan noodzakelijk worden behandeld en verzorgd, biedt dit tarief- en honoreringssysteem de huisarts geen prikkel om de patiënt in het eerste echelon te behandelen, terwijl de specialist, die per verrichting wordt betaald, de neiging heeft de patiënt vast te houden. De in 1991 door de LSV en de VNZ geïntroduceerde korte verwijskaart kan in dat opzicht wel verbetering bieden.

Indien de particulier verzekerde zelf de huisarts per bezoek/verrichting betaalt, bestaat de neiging om doorverwijzing te vragen, omdat specialistische hulp in de regel wel particulier verzekerd is.

Met de overgang van de huisartsgeneeskunde naar AWBZ-financiering, nu voorzien voor 1993, verdwijnen de particuliere tarieven en wordt een gevarieerd tariefsysteem geïntroduceerd. Dit zal bestaan uit een vast bedrag per ingeschreven patiënt voor de bereikbaarheid- en beschikbaarheidsfunctie en een betaling per verrichting, waaronder waarschijnlijk ook verrichtingen, welke nu door specialisten worden verricht. Het afschaffen van de contracteerplicht met de huisarts biedt verzekeraars

de mogelijkheid om door middel van in de overeenkomst op te nemen bepalingen een grotere doelmatigheid bij verstrekking van zorg na te streven, ondermeer waar het de verwijzing naar gespecialiseerde zorg betreft.

In de jaren zeventig was bij de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk de overschrijding van de rijksbegroting een regelmatig voorkomend verschijnsel. Bovendien werd voor hulp van de gezinsverzorging nog gebruik gemaakt van de 'open-eind' financiering van de Bijstandswet, doordat de kosten van hulp, die niet vanuit de instellingen geboden kon worden, op de Bijstandswet werden afgewenteld. Hieraan kwam een einde toen met ingang van 1977 alleen nog de instellingen en niet meer de gemeenten de hoogte van de retributie mochten bepalen. De onbeheersbaarheid van de aan gezinsverzorging verbonden uitgaven vormde overigens een belangrijke reden waarom deze hulp in de jaren zeventig niet onder de AWBZ-financiering werd gebracht.

Om de jaarlijks terugkerende begrotingsoverschrijdingen een halt toe te roepen werd zowel bij de gezinsverzorging (1972) als bij het algemeen maatschappelijk werk (1976) via de toen gebruikelijke weg van de circulaire een personeelsstop ingevoerd. Later werd binnen de eerstelijnszorg budgettering van de aanbodzijde het meer gangbare beheersinstrument. Dit vindt voor het kruiswerk sinds 1984 en voor de gezinsverzorging sinds 1990 plaats op basis van richtlijnen in het kader van de WTG. Bij de vaststelling van de budgetten wordt rekening gehouden met personele kosten, waarvoor de op basis van de WAGGS in het kader van CAO's overeengekomen voorwaarden een belangrijk gegeven vormen, evenals met materiele kosten. De gekozen budgetteringssystematiek heeft geleid tot een grote mate van beheersbaarheid van de kosten voor deze drie kerndisciplines.

Nadat de financiering van het algemeen maatschappelijk werk met de RMD in 1981 geheel naar de gemeenten was gedecentraliseerd, hebben meerdere instellingen AROB-procedures gevoerd met betrekking tot de door gemeentes aan de subsidiering verbonden voorwaarden of daarop aangebrachte kortingen, evenwel zonder veel succes. De RMD en de latere Welzijnswet regelen uitsluitend de relatie tussen rijk en gemeente. Instellingen kunnen zich op de daarin neergelegde bepalingen niet beroepen. Gemeenten zijn tot korting of zelfs stopzetting van de subsidiëring gerechtigd, zolang hun handelen in overeenstemming blijft met in een eventuele gemeentelijke verordening neergelegde voorwaarden. Met de door de instelling als werkgever aangegane (interne) financiële verplichtingen (CAO-afspraken en salariskosten) hoeft de gemeente bij subsidiëring geen rekening te houden.

Het is de bedoeling, dat dit 'rijk geschakeerde' beeld van uiteenlopende financieringsregelingen vanaf 1993 wordt vervangen door één gemeenschappelijke financieringsbron, de AWBZ. Alleen de financiering van het algemeen maatschappelijk werk blijft, zo is de bedoeling, een gemeentelijke aangelegenheid, gefinancierd op basis van de Welzijnswet.

3.1.2 Vraagzijde

Vanuit de vraagzijde wordt voor de verzekering van rechtswege voor huisartsenhulp en hulp van een kruisorganisatie op basis van respectievelijk de Ziekenfondswet en de AWBZ een, grotendeels inkomensafhankelijke, *premie* betaald. Voor hulp van het kruiswerk en van de gezinsverzorging zijn sinds het ontstaan van deze disciplines in respectievelijk 1875 en 1895 *eigen bijdragen* gebruikelijk. Bij de huisartsenhulp werd hiervan afgezien om reden dat voor minder draagkrachtigen, zoals bejaarden en chronisch zieken, geen drempel opgeworpen mag worden voor het verkrijgen van hulp. Bovendien hebben ziekenfondspatiënten een verwijzing van de huisarts nodig voor het ontvangen van specialistische hulp. Voor de wijkverpleging en de gezinsverzorging golden deze argumenten niet en bleef, ook al om financiële motieven, de eigen bijdrage gehandhaafd. Deze verschilt per discipline: voor hulp van het kruiswerk geldt een vast bedrag per gezin en voor de gezinsverzorging een retributie, die afhankelijk is van de gezinsgrootte en het inkomen.

Tot een eigen bijdrage voor hulp van het algemeen maatschappelijk werk, zoals dat de overheid in 1970 uit een oogpunt van kostenbewustzijn van cliënten voor ogen stond, is het nooit gekomen. De reden daarvan is dat het cliëntenbestand voor meer dan de helft uit weinig draagkrachtige uitkeringsgerechtigden bestaat.

De gekozen financieringskaders hebben ertoe geleid, dat de ziekenfondspatiënt van rechtswege verzekerd is voor huisartsenhulp en dat alle inwoners van Nederland recht hebben op hulp van een kruisorganisatie (wijkverpleging). Beide verstrekkingen bevatten naast curatieve ook preventieve eerstelijnszorg en worden 'in natura' verstrekt. De verzekeraar staat tegenover de verzekerde in voor de te leveren zorg. De omvang van de *aanspraken* wordt in het respectievelijke (ZFW en AWBZ)Verstrekkingenbesluit bepaald door 'hetgeen gebruikelijk is' in huisartsenkring en kruiswerk. Deze omschrijving biedt weliswaar het voordeel dat de verstrekking aan nieuwe ontwikkelingen kan worden aangepast maar kan ook tot onduidelijkheden aanleiding geven. Zo blijkt uit jurisprudentiële uitleg van het gebruikelijkheidscriterium dat antroposofische en homeopathische huisartsenhulp wel tot de wettelijke verstrekking behoren maar door een huisarts uitgevoerde acupunctuur en toegepaste Moermantherapie niet. Ook maken dag- en nachtverpleging geen deel uit van hetgeen kruisorganisaties plegen te bieden, maar hulp op de 'werkplek' weer wel.

Op gezinsverzorging en psycho-sociale hulp op eerstelijnsniveau bestaat geen in rechte afdwingbare aanspraak. Wel bieden de reeds eerder genoemde klachtenregelingen enig soelaas. Het hulpaanbod van de gezinsverzorging staat beschreven in (een bijlage bij) de AWBZ-subsidieregeling. Dat van het algemeen maatschappelijk werk is nergens vastgelegd en verschilt dan ook per instelling en/of gemeente. De grote variëteit in dit aanbod, namelijk hulp bij financiële problemen, (schuldsanering, uitkeringen), begeleiding (o.a. randgroepjongeren) en hulp bij psycho-sociale hulpvragen (relationele en met ziekte verbonden psychische problemen met een niet-psychiatrisch karakter) heeft in het verleden meermalen tot onduidelijkheden geleid bij overheid en cliënten. Hier doet zich tevens een afstemmingsprobleem voor met de RIAGG. Met name beter opgeleide patiënten wenden zich namelijk

via de huisarts tot de AWBZ-gefinancierde, gespecialiseerde, RIAGG voor psycho-sociale hulp, die voor een gedeelte ook door het algemeen maatschappelijk werk of een psycholoog op eerstelijnsniveau gegeven had kunnen worden. Buiten de wettelijke financieringskaders om kan men voor psycho-sociale hulpverlening binnen de eerste lijn op sommige plaatsen ook terecht bij zelfstandig gevestigde psychologen en maatschappelijk werkers.

Het is de bedoeling dat geneeskundige hulp, huishoudelijke hulp (HDL), hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), en verzorging en verpleging, inclusief psycho-sociale hulp en geestelijke gezondheidszorg, ook indien deze functie op eerstelijnsniveau wordt aangeboden, met ingang van 1993 als aanspraken in de AWBZ worden opgenomen. Daarmee zullen de inwoners van Nederland een in rechte afdwingbare aanspraak verkrijgen op de huidige eerstelijnszorg, hulp van het algemeen maatschappelijk werk uitgezonderd. Vooruitlopend op de Wet op de Zorgverzekering, zullen deze aanspraken in het kader van de AWBZ 'nieuwe stijl' in functionele termen worden omschreven. Aard, inhoud en omvang van de functie worden voor geneeskunde en verpleging in termen van 'algemeen aanvaarde standaard' wettelijk vastgelegd, hetgeen de verzekerde overigens minder duidelijkheid en rechtszekerheid biedt dan het huidige gebruikelijkheidscriterium. Ook de indicatiestelling wordt wettelijk vastgelegd, terwijl de beslissing over waar en door wie de hulp wordt verleend aan verzekeraar en verzekerde worden overgelaten. Dat heeft voor de patiënt het voordeel dat hij voor het betrekken van eerstelijnszorg niet meer uitsluitend is aangewezen op de huidige 'reguliere' eerstelijnsdisciplines, maar voor onderdelen daarvan ook terecht kan bij particuliere zorg- en verpleegbureaus. Dit bevordert de keuzevrijheid en autonomie van de patiënt. Een soortgelijk effect wordt beoogd met het cliëntgebonden budget, waarmee in het kader van de thuiszorg wordt geëxperimenteerd. De verzekerde kiest dan niet meer voor hulp in natura, maar voor een vast bedrag per dag waarvoor hij de door hemzelf (c.f. door zijn 'case-manager') aangetrokken zorg betaalt.

Over de omvang van de preventieve eerstelijnszorg staat nog niet veel vast. De verzekeraar behoudt in het toekomstige stelsel zijn zorgplicht en kan derhalve worden aangesproken op het verstrekken van voldoende eerstelijnszorg. Naast het natura-systeem kan deze ook een restitutiesysteem met de verzekerde afspreken. De verzekerde krijgt meer invloed op de kosten van (eerstelijns-)zorg doordat hij, afhankelijk van de gekozen verzekeraar/ verzekeringspolis kan kiezen voor een eigen risico aan de voet, dan wel voor een eigen risico voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van (eerstelijns-)zorg, zoals verpleging en verzorging, ter vervanging van het nominale premiegedeelte. Tevens bestaat de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur een eigen bijdrage te heffen. De eigen bijdragen zullen daarbij worden geharmoniseerd. Voor huisartsenhulp kan overigens op grond van de ook door Nederland ondertekende ILO-verdragen geen eigen bijdrage worden geheven.

De hier geschetste AWBZ 'nieuwe stijl' is de eerste stap op weg naar het nieuwe zorgstelsel waarbij, volgens de huidige planning in 1995, de AWBZ en de Zieken-

fondswet op zullen gaan in één Wet op de Zorgverzekering. Deze Wet zal worden gekenmerkt door solidariteit ten aanzien van premies, leeftijd, ziekte en gezondheid, toegang tot de verstrekkingen voor iedereen en een meer bedrijfsmatige aanpak, te realiseren door een grotere vrijheid van en verantwoordelijkheden voor het veld. Ingevolge deze Zorgwet zullen alle inwoners van Nederland verzekerd zijn voor genoemde eerstelijnsfuncties. Op het functioneren van de verzekering zal toezicht worden gehouden door een Raad op de Zorgverzekering.

Als enige eerstelijnsvoorziening hanteert de gezinsverzorging op grond van achtereenvolgende subsidieregelingen sinds 1976 een systeem van *indicatiestelling* voor de toewijzing van zorg. Het systeem wordt echter niet door alle instellingen eensluidend geïnterpreteerd en gehanteerd. Bovendien is gebleken dat de indicatiestelling soms wordt vertroebeld doordat deze niet alleen betrekking heeft op de hulpvraag, maar mede wordt beïnvloed door de mogelijkheden van de indicerende instelling. Ingeval van een tekort aan hulpaanbod bij de gezinsverzorging bestaat de mogelijkheid om, onder bepaalde voorwaarden en mits geïndiceerd door de instelling zelf, een beroep te doen op gezinszorg als 'voorliggende voorziening' in het kader van de AAW of de Bijstandswet. In dat geval kan de cliënt/patiënt de hulp ook van een familielid betrekken, hetgeen bij herindicatie vaak tot problemen leidt, omdat dan rekening wordt gehouden met de aanwezige 'mantelzorg'. Het niet of onvoldoende aanwezig zijn van mantelzorg is een voorwaarde voor hulp die ook door het kruiswerk, overigens zonder wettelijke grondslag, wordt gehanteerd. De indicatiestelling bij de gezinsverzorging vindt vrijwel altijd monodisciplinair plaats, ook indien mede-indicatiestelling door huisarts en/of wijkverpleging aangewezen zou zijn. Sinds 1991 behoort geïntegreerde indicatiestelling voor thuiszorg door gezinsverzorging en wijkverpleging gezamenlijk tot de van overheidswege via AWBZ-subsidiëring gestimuleerde mogelijkheden. Zoals gezien zal ook het indicatievereiste wettelijk worden verankerd.

3.2 Zelfordening

Zelfordening op het gebied van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnszorg krijgt ondermeer vorm in de verschillende, tussen verzekeraars een aanbieders gesloten, *Modelovereenkomsten*. De eerste Standaardregeling voor huisartsen van 1954 kende reeds een *geschillenprocedure*, maar verdween in 1955 al weer van het toneel omdat ziekenfondsen en huisartsen het in deze periode en nog lang daarna niet eens konden worden over een aan de inspanningen van de huisarts aangepaste financieringswijze. De eerstvolgende (VNZ-LHV) Modelovereenkomst, die van 1983 dateert, bevat opnieuw een geschillenprocedure ingeval van niet betaling of niet nakoming van overeengekomen voorwaarden. Hiervan wordt overigens nauwelijks gebruik gemaakt. Dat de totstandkoming van deze overeenkomst tot 1983 heeft geduurd vond mede zijn oorzaak in het feit dat eerst een oplossing gevonden moest worden voor de binnen de LHV gebruikelijke goodwill-som voor overname van een huisartsenpraktijk. De met het kruiswerk en de LVG gesloten overeen-

komsten bevatten soortgelijke geschillenregelingen, welke tot nu toe onbenut zijn gebleven.

Het toekomstige stelsel voorziet in meer vrijheid voor verzekeraars en aanbieders om een effectief functionerend tarief- en honoreringsstelsel te realiseren en bepaalde financiële sturingsinstrumenten worden in handen van verzekeraars en verzekerden gelegd, doordat zij, zoals gezien, in de verzekeringspolis een eigen risico aan de voet en specifieke eigen risico's in de plaats van (een gedeelte van) het nominale premiegedeelte kunnen overeenkomen.

3.3 Samenvattende conclusie

Het voorgestelde wettelijke financieringskader biedt een andere verhouding wetgeving-zelfordening dan tot nu toe. Verzekeraars krijgen met het afschaffen van de contracteerpicht de mogelijkheid de doelmatigheid van het zorgstelsel te bevorderen en de substitutiemogelijkheden worden daarbij vergroot nu de eerstelijnszorg, waaronder ook geestelijke gezondheidszorg, uit dezelfde (AWBZ-) bron wordt gefinancierd.

Wel kan het te introduceren verrichtingen-tarief voor huisartsen tot een toename van het aantal verrichtingen in de eerste lijn leiden, zonder dat tegelijkertijd van een afname in de specialistische sector sprake hoeft te zijn. De instrumenten, welke gekozen zijn om een grotere invloed van de patiënt op het kosten-niveau te bewerkstelligen (eigen risico, eigen bijdragen) kunnen de toegang tot de eerstelijnszorg in gevaar brengen en zijn om die reden tot nu toe juist uit het verzekeringsstelsel geweerd (huisarts). Harmonisatie van eigen bijdragen zal worden nagestreefd.

De binnenkort wettelijk te verankeren AWBZ-aanspraak op vrijwel de gehele eerstelijnszorg geeft verzekerden meer rechtszekerheid en bevordert de gelijke toegang tot eerstelijnszorg, in het bijzonder voor wat betreft de gezins-, de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

De indicatiestelling is, voorzover zij wordt gehanteerd, met name monodisciplinair gericht en komt multidisciplinair, ook in daarvoor aangewezen gevallen, 'spontaan' maar moeizaam opgang. De toepassing van landelijk geformuleerde indicatierichtlijnen blijkt in de praktijk niet uniform plaats te vinden, wat tot rechtsongelijkheid kan leiden. Bovendien vindt indicatiestelling (bepalen van soort en omvang eerstelijnszorg) met name afhankelijk van de (mogelijkheden aan) aanbodzijde plaats en niet zozeer van hulpvraag van de patiënt. Overigens is bij de wel wettelijk omschreven aanspraken (kruisorganisatie) een vergelijkbare tendens zichtbaar. In dat kader aan aanbodzijde aangebrachte beperkingen (maximaal 3 x 50 minuten als 'gebruikelijke' wijkverpleging) worden ook door de rechtspraak gevolgd, dit ten nadele van verzekerden.

De voorgestelde functionele omschrijving van aanspraken kan hier voor patiënten/verzekerden verbetering in brengen, mits aard, inhoud en omvang daarvan wettelijk voldoende eenduidig worden vastgelegd. Een omschrijving van de functionele aanspraken in termen van 'aanvaarde standaard' kan verbetering betekent,

mits het niet leidt tot inhoudelijke uniformering en standaardisering, aangezien dat niet in het belang van de individuele verzekerde hoeft te zijn.

Hoofdstuk 2

Een schets voor de regulering van de eerstelijnszorg

1 Inleiding

Hoewel het niet eenvoudig is om bij de in gang gezette herziening van de regulering van het zorgstelsel een optimaal juridisch kader voor de eerstelijnszorg te schetsen gelden, ongeacht de wijze waarop het stelsel nader wordt ingevuld, bepaalde uitgangspunten ingevolge de in artikel 22 van de Grondwet geformuleerde taakstelling.

Vanuit consumentenzijde bezien is de overheid verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van de voor verzekerden noodzakelijke (eerstelijns)zorg en voor de waarborging van de financiële toegankelijkheid daarvan. De eerstelijnszorg dient kwalitatief van voldoende gehalte te zijn. De rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van patiënten/verzekerden moeten, mede gelet op het in artikel 1 van de Grondwet neergelegde gelijkheidsbeginsel, gewaarborgd worden en solidariteit van gezonde met zieke medeburgers blijft een te respecteren beginsel.

Voor de overheid vormt kostenbeheersing een belangrijk uitgangspunt. Deze zal in samenspel met 'het veld' (aanbieders, verzekeraars en verzekerden) tot stand moet worden gebracht. Juist in dat opzicht kan de eerstelijnszorg haar bijzondere positie binnen het stelsel waarmaken. Effectief, efficiënt en kwalitatief verantwoord handelen op eerstelijnsniveau, zowel bij de eigen hulpverlening, alsook waar het de verwijzing naar meer gespecialiseerde hulp of meer complexere zorgvormen betreft, is daarvoor een belangrijke voorwaarde.

Regulering van het stelsel van gezondheidszorg en van de eerstelijnszorg als een integraal onderdeel daarvan is alleen daarom al complex, omdat tegelijkertijd twee ogenschijnlijk tegengestelde doeleinden moeten worden verwezenlijkt. Enerzijds zal kostenbeheersing plaats moeten vinden, waardoor prioriteiten gesteld en keuzes gemaakt moeten worden, anderzijds dient de toegankelijkheid van het steeds groeiende hulpaanbod, voorzover (medisch) noodzakelijk, te worden zekergesteld. Dit stelt hoge eisen aan de wetgever. Niet alleen moeten niet beoogde neveneffecten van regelgeving worden onderkend en gemitigeerd (bijvoorbeeld hogere kosten voor intensieve thuiszorg dan voor een opname in een verpleeg- of verzorgingstehuis), maar ook moeten incentives worden ingebouwd om de gestelde doelen, waaronder versterking van de eerstelijnszorg, te realiseren.

De overheidsverantwoordelijk voor een effectief functionerende eerstelijnszorg zal in het toekomstige stelsel in een grotere mate van wisselwerking tussen zelfordening en overheidsregulering gestalte krijgen dan tot nu toe. De eindverantwoordelijkheid van de overheid zal daarbij, indien bepaalde aangelegenheden, die nu nog voorwerp van overheidsregulering zijn, primair aan het veld worden overgelaten,

met name vorm krijgen in een repressieve mogelijkheid tot ingrijpen. Gelet op eerdergenoemde uitgangspunten zal een dergelijke, wettelijk te verankeren, bevoegdheid ondermeer zijn aangewezen ten aanzien van tarieven en honoraria (kostenbeheersing), ten aanzien van de continue bereikbaarheid en in dat kader voldoende hulpverleners (toegankelijkheid eerstelijnszorg, rechtszekerheid en rechtsgelijkheid) en ten aanzien van de totstandkoming van samenhang en continuïteit in het aanbod (kwaliteit eerstelijnszorg).

Vanwege vorenbedoelde uitgangspunten blijft voor bepaalde onderdelen van de eerstelijnszorg wetgeving geboden. Dit betreft bijvoorbeeld de aanspraken op eerstelijnszorg (toegankelijkheid, rechtszekerheid en rechtsgelijkheid), de van verzekerden te heffen eigen bijdragen en de eigen risico's (financiële toegankelijkheid, solidariteit), en de toegang van aanbieders tot de zorgmarkt (kwaliteit).

Ten aanzien van andere onderdelen zal het accent vooral op zelfordening kunnen liggen, al dan niet gestuurd via regelgeving. Partijen krijgen binnen de wettelijke randvoorwaarden een grotere vrijheid ten aanzien van het volume, de spreiding, tarieven, honoraria en prijzen en de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars kunnen in polisvoorwaarden vastleggen waar en van wie in het kader van de aanspraken eerstelijnszorg kan worden verkregen, evenals de administratieve voorwaarden waaronder dat kan gebeuren (verwijzing, toestemming e.d.). Zij kunnen tevens een relatie leggen tussen nominale premie, eigen bijdrage en eigen risico. Goed verzekeraarschap en goed medewerkerschap blijven doorslaggevende criteria. De geboden ruimte en flexibiliteit bieden partijen ondermeer de gelegenheid de gedachte van een integrale eerstelijnszorg in de praktijk vorm te geven.

Het hierna te schetsen juridische kader voor de eerstelijnszorg, dat overigens niet pretendeert uitputtend te zijn, is, met inachtneming van vorenbedoelde uitgangspunten, gebaseerd op de knelpunten, zoals die bij het onderzoek naar voren zijn gekomen en houdt rekening met de voornemens voor het nieuwe stelsel, voorzover deze nu bekend zijn. De schets beoogt een kader te bieden waarbinnen, met inachtneming van criteria voor regelgeving, de eerstelijnszorg en de specifieke positie daarvan binnen het zorgstelsel als zodanig beter tot ontwikkeling kunnen komen. Deze positie dient tot uitdrukking te worden gebracht in een juridische kader, waarbij meer dan tot nu toe de eerstelijnszorg een integraal onderdeel van een samenhangend zorgstelsel vormt. Ook de in internationaal WHO-verband ('Health for all by the Year 2000') ondertekende verklaringen vereisen dat dit concept in nationaal beleid tot uitdrukking wordt gebracht.

Als algemene randvoorwaarde daarbij geldt dat zorg, mits kwalitatief en financieel verantwoord, op het laagst mogelijke niveau wordt aangeboden (subsidiariteit), hetgeen om een generalistische benadering van de hulpvraag op eerstelijnsniveau vraagt. Versterking van de eerstelijnszorg blijft dan ook een essentiële subdoelstelling voor een doelmatig functionerend stelsel. Samenvattend gaat het om een samenhangend, direct toegankelijk, kwalitatief verantwoord, hulpaanbod, zonder te hoge financieringsdrempels, dicht bij de patiënt thuis dat, met in achtneming

van de keuzevrijheid van patiënten, een reëel alternatief kan bieden voor een opname en op het functioneren waarvan de patiënt invloed kan uitoefenen.

2 Een integraal stelsel en toegankelijkheid

2.1 Aanspraken, indicatiestelling en voldoende aanbod

2.1.1 Inhoudelijk

Uitgaande van de gedachte van een hulpaanbod op het laagst mogelijk verantwoorde niveau, inclusief substitutie van duurdere door goedkopere zorg, is een aanspraak op een zo volledig mogelijk eerstelijnspakket essentieel. De voornemens van de overheid om in eerste instantie geneeskundige hulp, verpleging en verzorging, inclusief psycho-sociale hulp, en geestelijke gezondheidszorg als functioneel omschreven aanspraken in de AWBZ vast te leggen, (ook) indien deze door de eerste lijn worden geboden, moeten positief worden beoordeeld. Het biedt niet alleen meer mogelijkheden voor een integraal beleid, maar vooral ook wordt patiënten een grotere keuzemogelijkheid geboden, hetgeen van belang is in relatie tot de meerwaarde die de verpleging en verzorging thuis voor veel patiënten vertegenwoordigt (Deel II, hoofdstuk 1). Daarmee kan onder andere ook voor bepaalde onderdelen van psycho-sociale hulp en geestelijke gezondheidszorg een verschuiving van hulp op gespecialiseerd niveau, zoals de RIAGG, naar de eerste lijn (maatschappelijk werker, psycholoog) worden bewerkstelligd.

Het voornemen om individuele preventieve zorg als onderdeel van het basispakket van de zorgverzekering te behouden, verdient eveneens ondersteuning. Vooral op eerstelijnsniveau kan dit een integrale benadering van de hulpvraag, die veelal zowel curatieve als preventieve aspecten omvat, bevorderen en kan vanwege de gezondheidsbeschermende functie ervan een beroep op curatieve zorg worden voorkomen. Dit biedt tevens de mogelijkheid om de binnen de eerste lijn in dit opzicht opgebouwde expertise verder te ontwikkelen.

Een omschrijving van de inhoud en omvang van (delen van) eerstelijnszorg in termen van 'algemeen aanvaarde standaard', zoals de regering in het najaar van 1991 aangeeft,[1] zou verzekeraars de mogelijkheid geven om de aanspraken niet alleen qua toepassing achteraf, maar ook inhoudelijk vooraf te toetsen. Het 'medebeoordelen' van wat de algemeen aanvaarde standaard zou omvatten, zou neerkomen op een 'medebepalingsrecht', ook waar het de vaktechnische inhoud betreft. Dat zou de nodige bezwaren met zich meebrengen, zoals onvoldoende vaktechnische deskundigheid zijdens de verzekeraar, en kunnen leiden tot inflexibiliteit, terwijl de 'professionele standaard' als zodanig juist een zekere variatiebreedte kent en in die zin patiënt-gericht is. De nu voorgestelde figuur kan in dat opzicht ten nadele werken van de patiënt en tot rechtsongelijkheid leiden. Rechtsonzekerheid ontstaat

1 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1990-1991, 21 800, XVI, nr. 126 en Besluit Zorgaanspraken, Stb. 590, 1991.

indien verzekeraars in deze een onderling verschillend beleid voeren in hun afspraken met de huisarts.

Het gebruikelijkheidscriterium, waar overigens in het huidige stelsel ook nadelen aan zijn verbonden (Deel II, hoofdstuk 2 en 3), vervult momenteel meerdere functies. De eerste is die van een 'binnengrensfunctie' tussen huisartsenhulp (geneeskunde op algemeen niveau) en specialistische hulp. Begrippen als 'gebruikelijk' of 'in de beroepskring aanvaarde standaard', zoals het voorstel van de Ziekenfondsraad luidt, zullen in dit opzicht echter in het nieuwe stelsel in een andere context moeten worden bezien. Zo mogen zij niet (langer) substitutiebelemmerend werken. Dat betekent onder andere dat bepaalde vormen van specialistische hulp ook door een huisarts gegeven kunnen worden, mits het betreft vormen van specialistische hulp die binnen de huisartsenopleiding vallen en voorzover de huisarts terzake over de vereiste vakbekwaamheid beschikt. De binnengrensfunctie zal derhalve minder geprononceerd zijn dan tot nu toe. Een volgende functie van het gebruikelijkheidscriterium is om die hulp van het verzekeringspakket uit te sluiten, die nog in een experimentele fase verkeert of (nog) niet door de desbetreffende beroepsgroep geaccepteerd is. De hier bedoelde 'buitengrensfunctie' zal ook in het nieuwe stelsel zijn waarde behouden, omdat deze de grens aangeeft vanaf welke hulp door een huisarts niet meer door verzekeraars wordt vergoed. Weer een andere functie van het gebruikelijkheidscriterium heeft betrekking op het honoreringsaspect, namelijk het onderscheid tussen dat wat onder het reguliere (abonnements-)tarief valt (pilconsult, zie Deel II, hoofdstuk 2) en derhalve geen aparte vergoeding behoeft en datgene wat apart gefinancierd wordt. Deze functie speelt ook in het nieuwe stelsel een rol, en wel bij de tariefafspraken tussen verzekeraars en medewerkers/instellingen (zie ook paragraaf 2.3). Afspraken daarover in medewerkersovereenkomsten regarderen echter, zoals ook in dit onderzoek bleek (Deel II, hoofdstuk 1), de verzekerde niet.

Handhaving in de wet van het gebruikelijkheidscriterium of, meer aansluitend bij het technische onderdeel van de professionele standaard, zoals deze in de tuchtrechtspraak naar voren komt, 'overeenkomstig de inzichten zoals deze in wetenschap en praktijk ontwikkeld zijn'[2] kan, mits flexibel gehanteerd, in het nieuwe stelsel de verzekerde meer zekerheid bieden dan de door de regering voorgestelde 'algemeen aanvaarde standaard' in de daarbij gegeven uitleg. Uiteraard zal ook in de toekomst rechterlijke toetsing de precieze grenzen nader moeten aangeven.

Ten aanzien van de omschrijving van de wettelijke aanspraak op huisartsenhulp geldt formeel-juridisch dat op basis van het EG-recht de lidstaten vanaf 1995 verplicht zijn om de uitoefening van de werkzaamheden van de arts als huisarts in het kader van het sociale zekerheidsstelsel afhankelijk te stellen van de voltooiing van de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde (Rl 86/457, Deel II, hoofdstuk 2). De strekking hiervan is dat de omschrijving van de aanspraak op huisartsenhulp in ieder geval niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van zorg, doordat een verzekeraar bijvoorbeeld voor eerstelijnszorg met een net afgestudeerde basis-

2 J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, Kluwer, Deventer, 1991, p. 258.

arts in zee zou gaan in plaats van met een gekwalificeerde huisarts (zie ook paragraaf 3). Gelet op de beperkte mogelijkheden van substitutie van huisartsenhulp door geneeskundige hulp, verstrekt door andere bevoegde artsen, en de beoogde versterking van de eerstelijnszorg, lijken er geen overwegende bezwaren aanwezig om, nu al in de pas lopend met het straks geldende EG-recht, te opteren voor het vereiste dat de geneeskundige hulp op algemeen niveau verstrekt wordt door een huisarts. Dit temeer waar in de loop der tijd de algemene bevoegdheid als arts te functioneren in het licht van de toegenomen specialisatie sterk in betekenis is afgenomen. Ook het voorstel van Wet BIG, dat nog steeds van dit algemene principe uitgaat (zie paragraaf 3), kent meer gewicht toe aan specialismen, waaronder de huisarts. De consultatieve functie van de verpleeghuisarts blijft voor de eerstelijnszorg overigens van onverminderde waarde.

Ongeacht de wijze waarop de wettelijke aanspraken geformuleerd zullen worden geldt dat zorgaanbieders ook voor het overige overeenkomstig de professionele standaard dienen te handelen. Dit betekent, naast 'vak-technisch' bekwaam en zorgvuldig handelen, dat alleen die geneeskundige en verpleegkundige hulp wordt verstrekt, die zinvol en geïndiceerd is. Gelet op de gesignaleerde knelpunten (Deel II, hoofdstuk 2) zou intercollegiale toetsing (zie paragraaf 3) aan de ontwikkeling van standaarden in dit opzicht waardevolle bijdragen kunnen leveren met wellicht tevens een kostenbesparend effect. Standaarden en protocollen dienen hoe dan ruimte te laten om er in het individuele geval, mits genoegzaam gemotiveerd, van af te kunnen wijken.

Ook is het nodig dat, teneinde de flexibiliteit in het zorgaanbod te vergroten en waar mogelijk intra-murale zorg door eerstelijnszorg te vervangen, 7x24 uurs-zorg op eerstelijnsniveau het uitgangspunt wordt. De aanspraken op eerstelijnszorg zouden niet meer beperkt mogen worden in termen van maanden (thuiszorg), weekdagen (gezinszorg) of aantal keren (wijkverpleging). Ook hier zou een omschrijving in termen van 'algemeen aanvaarde standaard' tot verwarring aanleiding kunnen geven. Niet de mogelijkheden van zorgverleners, maar de behoefte van verzekerden moet in beginsel primair bepalend zijn voor omvang en frequentie van de eerstelijnszorg, waarbij de hulp uiteraard beperkt blijft tot datgene, wat op basis van de indicatiestelling geboden moet worden.

Naast een omschrijving van de aanspraken in functies, draagt een objectieve indicatiestelling bij aan het bieden van 'zorg op maat'. De indicatiestelling moet in eerste instantie los van de aanwezige zorgmogelijkheden worden geformuleerd (voor de patiënt noodzakelijke/aangewezen behandeling, verpleging, verzorging etc.). Pas daarna moet worden bezien door wie of waar de hulp kan worden verleend. Hoewel indicatiestelling voor hulpverlening op het eerstelijnsniveau in veel gevallen monodisciplinair zal kunnen plaatsvinden, kan bij ingewikkelder hulpvragen een multidisciplinaire beoordeling van de hulpvraag noodzakelijk zijn. Is de indicatie multidisciplinair gesteld, dan kan vervolgens monodisciplinair het voor de zorgverlening vereiste deskundigheidsniveau worden vastgesteld. Voor nog gecompliceerdere hulpvragen, bijvoorbeeld wanneer bij de indicatiestelling een afweging moet plaatsvinden tussen thuiszorg of een opname in een verzorgings- of verpleeghuis,

kan een indicatiecommissie, zoals de Commissie Dekker voorstelt, zijn aangewezen. Voorwaarde bij indicatiestelling is steeds dat de individuele hulpvraag zo objectief en deskundig mogelijk wordt beoordeeld. Is de benodigde zorg eenmaal vastgesteld, dan komt, zoals gezien, de vraag door wie, respectievelijk waar, deze geboden wordt. Dit is in eerste instantie een zaak van de zorgverzekeraars die daarbij kwaliteit en doelmatigheid in het oog moeten houden. Indien geïndiceerde zorg, ondanks de plicht van verzekeraars voor voldoende aanbod zorg te dragen, op eerstelijnsniveau bij herhaling niet in voldoende mate aanwezig blijkt te zijn, mag dit wegens diens wettelijke aanspraken niet op de individuele verzekerde worden afgewenteld (Deel II, hoofdstukken 4 en 5), maar dient een meer duurzame oplossing te worden nagestreefd. In incidentele gevallen kan een cliëntgebonden budget (zie paragraaf 2.3) uitkomst bieden.

2.1.2 Wetgeving en/of zelfordening

Het wettelijk vastleggen van aard, inhoud en omvang van de aanspraken op eerstelijnszorg biedt de patiënt de vereiste rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Ook het formuleren van de indicatiestelling (noodzakelijk/ aangewezen) is voorbehouden aan de wetgever, evenals mogelijke andere inhoudelijke voorwaarden waaronder de aanspraak moet worden gerealiseerd. Dit is nodig om de van rechtswege verzekerden een gelijke toegang tot de eerstelijnszorg te verschaffen, hen de nodige rechtszekerheid te bieden en rechterlijke toetsing mogelijk te maken.

Administratieve voorwaarden en de nadere invulling door wie, respectievelijk waar de zorg wordt verleend kunnen, op voorwaarde dat de kwaliteit van de hulp voldoende is gewaarborgd, aan verzekeraar en verzekerde worden overgelaten. De verzekeraar kan daartoe strekkende bepalingen in de polis opnemen, waarbij, bijvoorbeeld door in de polis het verwijzings- (van huisarts voor toegang tot specialist/EHBO-afdeling ziekenhuis), respectievelijk machtigingssyteem vast te leggen, toetsing van de indicatie kan worden ingebouwd.

Differentiatie ten aanzien van de hier bedoelde elementen in het kader van de polissen biedt verzekerden keuzemogelijkheden zonder dat de toegang tot de geïndiceerde (eerstelijns-)zorg in gevaar komt. Het gaat derhalve niet om inhoudelijke pakketdifferentiatie. Van belang is dat, ter voorkoming van rechtsonzekerheid en rechtsgelijkheid, de wetgever eenduidig aangeeft waar voor de verzekeraar in dit opzicht de grenzen liggen.

De verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van voldoende eerstelijnsaanbod wordt in het toekomstige stelsel primair bij verzekeraars (zorgplicht) gelegd. Gebleken is (Deel II, hoofdstukken 1 en 2), dat regulering van het eerstelijnsaanbod via wetgeving eerder effect zal sorteren bij overcapaciteit dan bij ondercapaciteit. De eerstelijnszorg kent vooral ondercapaciteit ten aanzien van de functies verpleging en verzorging. Een intensiever beroep op voorlichting, adequate financiering en incentives in de arbeidsvoorwaardensfeer zijn enkele instrumenten om dit onderaanbod tegemoet te treden. Ook zou gedacht kunnen worden aan werving in andere

EG-lidstaten, voorover die niet met hetzelfde probleem kampen. In ieder geval is normstelling (beroepskrachtenplanning) geboden, ook ten aanzien van het in de eerstelijnszorg benodigde aantal huisartsen, teneinde een op de behoefte afgestemde instroom bij de opleidingen te kunnen bewerkstelligen en om te kunnen beantwoorden aan de plicht van de verzekeraar zorg te dragen voor een voldoende hulpaanbod. Modelovereenkomsten tussen verzekeraars en aanbieders van zorg kunnen hiervoor het juridische kader vormen. Teneinde te kunnen voorzien in maatregelen voor het geval partijen onvoldoende zelfordening in dit opzicht waarborgen, zou de toekomstige verzekeringswetgeving in ieder geval de mogelijkheid tot ingrijpen door de overheid moeten bieden. Dit zou kunnen plaatsvinden door de plicht voor voldoende aanbod nader te concretiseren via de introductie van een normverhouding naar analogie van de thans in artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet vervatte mogelijkheid bij ontheffing van de contracteerplicht.

2.2 Financiële toegankelijkheid vraagzijde

2.2.1 Inhoudelijk

De financiële bijdragen aan de zorg van de kant van verzekerden kunnen, naast het betalen van de (deels inkomensafhankelijke, deels nominale) premie, bestaan uit een eigen risico aan de voet, specifieke risico's voor bepaalde voorzieningen, beide in ruil voor (korting op) het nominale premiedeel, alsook uit een eigen bijdrage voor bepaalde voorzieningen, indien de verzekerde daar daadwerkelijk gebruik van maakt. Risico's en eigen bijdragen hebben tot doel de vraag van verzekerden te remmen en te sturen teneinde een groter kostenbewustzijn en meer eigen verantwoordelijkheden ook aan die zijde te bevorderen en aldus bij te dragen aan kostenbeheersing. Gelden eigen risico's voor bepaalde, door de wetgever nader aan te geven, voorzieningen, een eigen risico aan de voet is met name van belang voor het eerste contact met de hulpverlening. Aangezien dit zich vrijwel altijd op eerstelijnsniveau afspeelt, kan in omstandigheden een dusdanige drempel worden opgeworpen, dat de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg in gevaar komt en daardoor een gezondheidsbedreigend effect optreedt, waardoor uiteindelijk meer kosten moeten worden gemaakt. Dit risico, tezamen met het solidariteitsbeginsel vormden de voornaamste motieven waarom de wetgever in het verleden voor huisartsenhulp (Deel II, hoofdstuk 2) nooit een eigen risico heeft willen introduceren. Anderzijds kan de mogelijkheid van een eigen risico aan de voet in plaats van (een gedeelte van) de nominale premie de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden onderstrepen en kunnen zij hun keuze van verzekeraar/verzekeringspolis mede op dit aspect bepalen.

Het heffen van een specifiek eigen risico voor (onderdelen van) eerstelijnszorg is alleen al uit toegankelijkheids- en uit substitutie-overwegingen af te wijzen, met name nu gebleken is dat dit kan leiden tot langere ziekenhuisopnames (Deel II, hoofdstuk 4). Het is eerder aangewezen om, teneinde een verschuiving van de

gespecialiseerde/intra-murale sector naar de eerste lijn te bewerkstelligen, juist voor (bepaalde onderdelen van) tweedelijnszorg een specifiek eigen risico te introduceren.

Ook eigen bijdragen kunnen in omstandigheden een belemmering betekenen voor de toegang tot de eerstelijnszorg en zouden, indien zij al moeten worden gevraagd, in ieder geval zodanig op elkaar dienen te worden afgestemd, dat een substitutiebevorderend effect wordt bereikt (hoger voor duurdere en lager voor goedkopere zorg). Eigen bijdragen voor zorgfuncties van een vergelijkbaar deskundigheidsniveau zullen hoe dan ook op elkaar afgestemd moeten zijn.

Een andere mogelijkheid voor kostenbeheersing aan de vraagzijde biedt het restitutiesysteem. Hierdoor kan het kostenbewustzijn van verzekerden worden verhoogd, hetgeen met name bij de ingang van het gezondheidszorgstelsel van belang is. De financiële toegangsdrempel wordt vermeden door de keuze te laten tussen een natura- en een restitutiesysteem en door boven een bepaald bedrag de verzekeraar rechtstreeks de rekening te laten betalen.

Een incentive om een verschuiving naar de eerste lijn te bewerkstelligen kan aan de vraagzijde worden ingebouwd door in het kader van de verzekeringspolis af te spreken dat verzekerden bij een rechtstreekse (zonder verwijzing huisarts) consultatie van een specialist, respectievelijk directe gang naar de ziekenhuis-EHBO, (een gedeelte van) de kosten zelf moeten betalen.

2.2.2 Wetgeving en/of zelfordening

De mogelijkheden (en grenzen) voor het heffen van een eigen risico aan de voet, van specifieke eigen risico's en van eigen bijdragen vereisen een wettelijke regeling omdat deze raken aan de omvang van aanspraken (rechtszekerheid), in relatie staan tot solidariteit en zonder wettelijk voorziening meerdere uitgangspunten van het toekomstige stelsel, in het bijzonder de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg, in gevaar kunnen brengen. Voor de wetgever betekent dit dat de regeling er op gericht moet zijn, dat deze toegankelijkheid niet in gevaar komt, dat deze incentives biedt voor een patiëntenstroom naar de eerstelijnszorg toe en dat verschijnselen zoals thans de leeftijdstoeslagen bij particulier verzekerden worden vermeden.

De verdere inrichting van het verzekeringsstelsel kan door partijen plaatsvinden, mits verandering van eenmaal gedane keuzes, zoals een eigen risico aan de voet, binnen redelijke grenzen mogelijk blijft. De wijze van vergoeding van de kosten (restitutie of natura) kan aan de keuzevrijheid van verzekerde en verzekeraar worden overgelaten. De introductie van een restitutiesysteem hoeft overigens aan een overeenkomstenstelsel niet in de weg te staan (zie paragraaf 3). Aangezien het niet ondenkbaar is dat partijen door de wijze waarop zij invulling geven aan de hen gegeven vrije ruimte ten aanzien van eigen bijdragen, eigen risico's e.d., de uitgangspunten alsnog in gevaar kunnen brengen, lijkt een wettelijke bevoegdheid

tot correctie via overheidsingrijpen aangewezen. Het solidariteitsbeginsel vereist immers dat ook 'slechte risico's' als bejaarden en chronisch zieken, die vanwege hun financiële positie wel eens zouden kunnen kiezen voor een lage nominale premie en meer eigen risico's, blijvend van een directe en goede toegang tot de eerstelijnszorg verzekerd zijn.

Het kan aan verzekerden en verzekeraars worden overgelaten om een regeling te treffen voor het geval de verzekerde zou opteren voor duurdere zorg in plaats van goedkopere, bijvoorbeeld indien de verzekerde de voorkeur geeft aan 7x24-uur thuiszorg boven een verpleeghuisopname, in geval voor dat laatste een indicatie aanwezig is en thuiszorg duurder zou zijn. Dergelijke afspraken kunnen onder andere de vorm aannemen van een bijbetaling per dag of onderdak vinden in een aanvullende verzekering op voorwaarde dat de thuiszorg verantwoord kan worden geregeld en dat tegemoet wordt gekomen aan de keuzevrijheid van verzekerden/patiënten, zonder dat de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen als zodanig in gevaar komt. Ook dit is een van de mogelijkheden voor verzekeraars om meer variatie in hun polisvoorwaarden aan te brengen en zich aldus van andere verzekeraars te onderscheiden.

2.3 Tarief en honoreringsstelsels

2.3.1 Inhoudelijk

Met name de tarief- en honoreringssystemen kunnen incentives bieden om de patiënt zoveel en zolang als verantwoord op het eerstelijnsniveau hulp te bieden. Hiertoe dienen onder andere de voorgenomen introductie van een combinatietarief voor huisartsenhulp (deels abonnement, deels verrichtingen) en het nieuwe tarief voor een 'korte' verwijskaart naar de specialist, evenals de (AWBZ-) vergoeding voor een verpleeghuisarts-consult aan de huisarts in het kader van de thuiszorg. Analoog aan het laatste zou een financiële tegemoetkoming voor het geven van adviezen door bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen en psychotherapeuten aan eerstelijnshulpverleners eveneens substitutiebevorderend kunnen werken.

Voorts kunnen ook de tarief- en honoreringssystemen in de gespecialiseerde, c.q. intra-murale sector incentives bieden voor een snelle(re) (terug)verwijzing naar de eerste lijn. Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling dat patiënten onverantwoord snel naar de eerste lijn worden doorgeschoven. Nader onderzoek naar tarief- en honoreringsystemen die een versterking van de eerstelijnszorg in het kader van de basisverzekering kunnen bewerkstelligen, verdient derhalve aanbeveling, met inbegrip van eventuele ongewenste neveneffecten.

Het cliëntgebonden budget kan, zij het in beperkte mate en mits kwalitatief verantwoord, een substitutie-bevorderend element zijn, doordat verzekerden met het hun door de verzekeraar toegemeten budget zelf zorg kunnen aantrekken en aldus een opname kunnen voorkomen of uitstellen.

2.3.2 Wetgeving en/of zelfordening

Het tot stand brengen van effectief functionerende tarief- en honoreringssystemen kan, binnen een globaal wettelijk kader (WTG in afgeslankte vorm), aan aanbieders en verzekeraars worden overgelaten, zoals dat overigens ook nu gebruikelijk is. Dit geldt temeer nu de positie van verzekeraars door het afschaffen van de contracteerplicht sterker zal worden en juist zij uit concurrentieoverwegingen belang hebben bij een verschuiving van gespecialiseerde naar eerstelijnszorg. Bevorderen van subsidiariteit en substitutie kan tot kostenbesparing leiden waardoor de verzekeraar de nominale premie kan verlagen, een concurrentie-element ten aanzien van andere verzekeraars. In hoeverre aanbieders medewerking zullen verlenen aan op kostenbesparing en substitutiebevordering gerichte tarief- en honoreringssystemen is, gelet op de ervaringen in het verleden (Deel II, hoofdstuk 2), overigens nog de vraag. Schut verwacht bijvoorbeeld dat beëindiging van de contracteerplicht niet zal leiden tot concurrentie, maar eerder tot een 'samenspanning' van de artsen als beroepsgroep, die gezamenlijk voor hen gunstige contracten zullen willen afsluiten.[3] Bovendien kunnen de financiële belangen van de ene groep (specialisten) conflicteren met die van anderen (huisartsen). Indien wordt gekozen voor een restitutiesysteem zonder de voorwaarde dat alleen hulp van een door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder wordt vergoed, zal de invloed van verzekeraars op de tarieven weliswaar via de polisvoorwaarden (Deel III) plaats kunnen vinden, maar minder direct zijn. Waakzaamheid van de wetgever blijft in ieder geval geboden.

Voor het geval ook het toezicht van het COTG, respectievelijk de Ziekenfondsraad (in een later stadium samen te voegen in een Raad op de Zorgverzekering), er niet toe kan bijdragen dat een doelmatig en efficiënt functionerend tarief- en honoreringsstelsel tot stand komt, dient de overheid, gelet op de noodzaak tot kostenbeheersing, over doeltreffende mogelijkheden tot wettelijk ingrijpen (WTG/WEM) te beschikken, ook indien het gaat om feitelijke prijsafspraken in het kader van zelfordening.

3 Kwaliteit van de eerstelijnszorg

3.1 Toegang tot de zorg en concrete zorgverlening

3.1.1 Inhoudelijk

Een van de primaire doelstellingen is om een kwalitatief verantwoorde eerstelijnzorg te garanderen. Daarvoor is het ondermeer van belang dat de bevoegd- en bekwaamheden van de respectievelijke hulpverleners worden onderkend en duidelijk worden gemaakt. Voor de consument dient dit zonder meer al inzichtelijk te zijn, maar ook voor de verzekeraar. Deze moet bijvoorbeeld weten welke deskundigheidsniveaus hij voor de realisatie van de aanspraken van zijn verzekerden op verpleging

3 F.T. Schut, Mededingingsbeleid in de gezondheidszorg, op. cit. p. 26-29.

en verzorging moet contracteren om zijn plicht tot 'goed verzekeraarschap' op verantwoorde wijze gestalte te geven. Ook de verschillende hulpverleners in de eerste lijn onderling en hulpverleners uit andere echelons dienen te weten voor welke deskundigheid door wie garant wordt gestaan. In dat kader is het ondermeer nodig dat verdere versnippering binnen de verpleegkundige beroepsgroep wordt voorkomen. Dit pleit voor het voorstel van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid om de verpleging te beperken tot twee 'beroepen' (deskundigheidsniveaus): verpleegkundige (HBO) en verple(e)g(st)er (MBO), de laatste met inbegrip van de huidige ziekenverzorgster. Voorts zullen herintredende beroepsbeoefenaren in de verpleging aan bijscholingseisen moeten beantwoorden, alvorens zij tot de eerstelijnszorg kunnen worden toegelaten en moeten de deskundigheden van eerstelijnshulpverleners op peil blijven door nascholingsactiviteiten, intercollegiale toetsing etc.

Verdere vaktechnische normontwikkeling is met name op het gebied der verpleegkunde noodzakelijk om ook de tuchtrechter het vereiste toetsingskader te kunnen bieden.

Voor het contracteren door verzekeraars van kwalitatief verantwoorde geneeskundige hulp op eerstelijnsniveau blijft de huisarts de eerst aangewezene. Niet voor niets is de centrale positie van de huisarts binnen het stelsel en de daarvoor benodigde extra opleiding ook internationaal erkend. Tevens zou de continuïteit van de geneeskundige zorg in gevaar kunnen komen indien de patiënt op grond van de verzekeringspolis gedwongen kan worden zich voor de respectievelijke onderdelen van huisartsenhulp nu eens tot een verpleeghuisarts, dan weer tot een basisarts te wenden. Overleg met de huisarts als centrale coördinator blijkt ook in jurisprudentie (Deel II, hoofdstuk 2) een voorwaarde voor kwalitatief verantwoorde specialistische, respectievelijk alternatieve, geneeskundige hulp, vanzelfsprekend voorzover de patiënt daar geen bezwaar tegen heeft. Vrije huisartsenkeuze en inschrijving op naam blijven vanuit consumentenperspectief belangrijke aandachtspunten.

Kwalitatief verantwoorde huisartsenhulp vraagt, gelet op de rechtszekerheid van patiënten, de gesignaleerde knelpunten (Deel II, hoofdstuk 2) en de specifieke positie van de huisarts in het stelsel om duidelijke, bij voorkeur afdwingbare, afspraken aangaande bereikbaarheid en waarneming en huisbezoek.

Mocht de LHV er toe overgaan om periodieke registratie van huisartsen te verbinden aan het behalen van (deel)certificaten en/of andere bijscholingseisen, dan vraagt bijscholing van huisartsen ook op EG-niveau de aandacht.[4] In het kader van de interne markt is het immers mogelijk dat een huisarts uit een andere lidstaat, zonder recente praktijkervaring, bijscholing etc., op basis van de bestaande EG-

4 Bijvoorbeeld in het kader van de door de Europese Commissie voorgestelde 'vocational training card', waarop behaalde kwalificaties kunnen worden aangetekend. A.C. Oosterman-Meulenbeld, The quality of professional health care practice in the European Community, some aspects of the interrelationschip between Community law, national law and self regulation, speech, congres Health Care in Europe after 1992, Erasmus Universiteit, 18 oktober, 1989.

regelingen, in principe toegang verleend moet worden tot de uitoefening van het huisartsenberoep. Hetzelfde geldt overigens voor verpleegkundigen.

Ook hulpverlening van het algemeen maatschappelijk werk vereist de nodige kwaliteitswaarborging, niet alleen omdat overheid en parlement daar al sinds 1974 op aandringen, maar vooral omdat de patiënt/cliënt zich in een afhankelijke positie bevindt en, mede door de aan het maatschappelijk werk voor te leggen hulpvraag veelal inherente psycho-sociale problematiek, niet steeds in staat mag worden geacht zelf de kwaliteit in voldoende mate te kunnen beoordelen.

Vanuit kwalitatief oogpunt is het voorts aangewezen de hulpvraag op een meer integrale wijze te benaderen. Daarvoor is een grotere mate van samenhang en samenwerking noodzakelijk dan tot nu toe tot stand is gekomen. Het mislukken van de initiatieven op landelijk niveau (ATIS, zie Deel II, hoofdstuk 1), pleit ervoor de incentives voor de realisatie van een samenhangend aanbod bij kleinschalige structuren te leggen. Samenwerking binnen heldere, ook voor 'buitenstaanders' als patiënten en hulpverleners uit andere echelons, herkenbare, strukturen kan de hulpverlening door de eerste lijn ten goede komen en aan bestaande oneffenheden, met name ten aanzien van de bereikbaarheid van deze sector en van de continuïteit in zorg, ook tussen de eerste en de tweede lijn, een einde maken.

Wachttijden en -lijsten op eerstelijnsniveau moeten vanwege de specifieke plaats van de eerstelijnszorg in het gezondheidszorgstelsel worden vermeden. Behalve dat dit in strijd is met de (toekomstige) plicht van de zorgverzekeraar voor voldoende aanbod zorg te dragen (zie paragraaf 2), is het plaatsen op een wachtlijst van een patiënt/verzekerde, die nog niet voor hulp is geïndiceerd, (Deel II, hoofdstuk 3 en 4) ongewenst, omdat daarmee de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg, een van haar hoofdkenmerken, op het spel komt te staan. Concurrentie vanuit de nu nog particuliere, maar binnenkort op basis van de AWBZ 'nieuwe stijl' gefinancierde, kleinschalige particuliere bureaux met de grootschalige, op dit moment (nog) tamelijk monopolistisch ingestelde, thuiszorginstituties (wijkverpleging/ gezinszorg) kan hierin overigens verbetering brengen.

3.1.2 Wetgeving en/of zelfordening

De regulering van de specifieke bekwaamheden en de vaktechnische normering bij de verpleging is primair een aangelegenheid voor de beroepsgroepen. De verantwoordelijk van de overheid zal onder andere tot uitdrukking komen in de in de Wet BIG op te nemen constitutieve registratie voor artsen en verpleegkundigen en in de invoering van het wettelijk tuchtrecht voor verpleegkundigen, hetgeen patiënt en verzekeraar de nodige kwaliteitsgaranties biedt. Aangezien zowel de geneeskunde als de verpleging van de betrokken beroepsbeoefenaar een aan de actuele ontwikkelingen aangepaste kennis en kunde vereisen, kan invoering van een algemene maatregel van bestuur voor periodieke registratie (art. 8) overwogen

worden. Dat geldt overigens alleen indien periodieke registratie met betrekking tot aan zelfordening overgelaten regeling van specialismen, in dit opzicht onvoldoende effect sorteert. De mogelijkheid dat de beroepsgroep overgaat tot het instellen van specialismen kan bijvoorbeeld van belang zijn voor de verpleegkundigen ten aanzien van de intensieve thuiszorg.

De uitwerking van bij- en nascholingseisen voor herintredende (wijk)verpleegkundigen en huisartsen kan aan zelfordening worden overgelaten. Wettelijke normstelling komt in dit opzicht eerst in aanmerking indien het veld, (werkgevers van) verpleegkundigen en verzekeraars, niet zelf de nodige stappen ondernemen.

Herregistratiesystemen die ten aanzien van specialismen op basis van zelfordening functioneren, zoals dat voor huisartsen bij de LHV, en, misschien op termijn, binnen de verpleegkundige beroepsgroep, moeten in het licht van het EVRM omgeven worden met voldoende procedurele rechtsbescherming. De huisarts die niet voor herregistratie in aanmerking komt zal daarmee immers formeel weliswaar niet een burgerlijk recht (namelijk de beroepsuitoefening als arts) verliezen, maar in de praktijk zal het daar wel op neerkomen, omdat hij geen medewerkersovereenkomst in het kader van het wettelijke ziektekostenstelsel meer zal krijgen, respectievelijk die niet zal houden, of zijn hulp niet voor restitutie in aanmerking zal komen. Hij behoudt dan overigens wel het recht om de titel arts te blijven voeren, behoudens toepassing van een algemene maatregel van bestuur op basis van de Wet BIG (art. 8). Gelet op de ontwikkeling in de richting van specialismen meer in het algemeen (zie paragraaf 2) kan overwogen worden of in plaats van een dergelijke maatregel een wettelijke ondersteuning van LHV-regelingen (bij- en na-scholing, gekoppeld aan de huisartsenregistratie) niet de voorkeur zou verdienen, ondermeer door de titel 'huisarts' een wettelijke bescherming te verlenen.

Waarborging van kwaliteit van concrete zorgverlening in het kader van de eerste lijn vereist wetgeving, al was het alleen al om sanctionering van overheidswege mogelijk te maken. Naast de Wet BIG (art. 56) zal ook de Kwaliteitswet voor instellingen de nodige bepalingen met betrekking tot kwaliteit van zorg bevatten. Teneinde het gehele 'veld' van de eerste lijn te dekken is het nodig om, zoals de regering ook beoogt, tot 'instellingen' in de Kwaliteitswetgeving ondermeer eerstelijnssamenwerkingverbanden, zoals home-teams, gezondheidscentra en thuiszorgorganisaties te rekenen, alsmede op de eerstelijnszorg georiënteerde instellingen van algemeen maatschappelijk werk. Teneinde in te staan voor 'kwalitatief verantwoorde zorg', zullen deze instellingen moeten waarborgen, dat de betrokken hulpverlener/werknemer over de voor de uitvoering van de zorg vereiste bekwaamheid beschikt, dat de eerstelijnszorg direct toegankelijk (beschikbaar) is (geen wachtlijst/wachttijden) en dat de continuïteit in zorg (nazorg etc.) wordt gewaarborgd. Aldus kan onder andere worden voorkomen, dat patiënten ontslagen worden zonder dat eerst thuis de nodige hulp gegarandeerd is en dat instellingen leerlingen/personeel inzetten voor taken waarop zij (nog) niet berekend zijn. De mogelijkheden voor het treffen van spoedmaatregelen (BIG, Kwaliteitswet) in geval van dringend gevaar voor de volksgezondheid beantwoordt aan de thans bestaande lacune. Wel

verdient het overweging de Inspectie uit hoofde van beide wetten gelijksoortige bevoegdheden toe te kennen.

De huidige individuele erkenning van instellingen (kruisorganisaties) kan tot de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet niet geheel worden vervangen door het overeenkomstenstelsel (Deel III), zoals dat nu wordt voorzien. Bij de inschakeling van particuliere bureaux hebben zich in dat opzicht reeds enkele problemen voorgedaan (Deel II, hoofdstukken 1 en 4). Bovendien betwijfelen sommigen of verzekeraars zich wel zo kwaliteitsbewust zullen opstellen. Zo denkt de Bakker dat verzekeraars hun onderhandelingen met de medewerkers in eerste instantie op meer direct kostenbesparende zaken zullen richten.[5] Overheidsbemoeiing blijft op grond van artikel 22 van de Grondwet noodzakelijk. Derhalve zou tot de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet en vooruitlopend op de daarin op te nemen normstelling, overwogen kunnen worden om het vereiste van 'kwalitatief verantwoorde zorg', aangevuld met enigszins specifieke voorwaarden die vervuld moeten zijn om aan deze eis te kunnen voldoen (bijvoorbeeld 'een op de uitvoering van de zorg berekend niveau van bekwaamheid'), voor de hier bedoelde instellingen (wijkverpleging, gezinsverzorging, particuliere bureaux) onderdeel te maken van de wettelijk te formuleren eisen ten aanzien van de inhoud van de Modelovereenkomsten. Daarmee hebben verzekeraars de nodige onderhandelingsvrijheid, kan enige ervaring worden opgedaan met de voorgenomen kwaliteitsnormering en behoudt de overheid mogelijkheden tot ingrijpen.

Zelfstandig gevestigde maatschappelijk werkers vallen buiten de reikwijdte van de voorgenomen kwaliteitswetgeving, terwijl deze groep wellicht een aantrekkelijke contractpartner is voor verzekeraars. Uit evaluatie van de uitspraken van de door de VOG/VIVAM en de LVMW ingestelde colleges en uit de werking en het effect van het Beroepsregister van, aldus 'gecertificeerde', maatschappelijk werkers (Deel II, hoofdstuk 5) zal moeten blijken of zelfordening hier voldoet of dat een wettelijke regeling alsnog noodzakelijk is. Bij de overwegingen dienen naast de ervaringen binnen de eerstelijnszorg ook die op andere gebieden, waarop maatschappelijk werkers werkzaam zijn (kinderbescherming, bedrijven, scholen, reclassering etc.), meegewogen te worden. Om dezelfde reden is de Wet BIG, haar reikwijdte (individuele gezondheidszorg) in aanmerking genomen, niet het geëigende kader hiervoor. Wel zou de daarin opgenomen systematiek (constitutieve, periodieke, registratie, gekoppeld aan titelbescherming en wettelijk tuchtrecht), gelet op de door de LVMW en de Stichting Beroepsregistratie ontwikkelde initiatieven en om wille van eenduidige regelgeving, model kunnen staan voor een wettelijke regeling van het beroep maatschappelijk werker.

5 D.H. de Bakker, Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties: een onderzoek naar de mate waarin werkgebieden en doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijnszorg samenvallen en naar de pogingen, die worden ondernomen om de afstemming te verbeteren, op. cit., p. 121-123.

Ten aanzien van de kwaliteitsbewaking en -bevordering is een belangrijke taak weggelegd voor het zelfordening. Het kan bijvoorbeeld gerechtvaardigd zijn dat een verzekeraar, indien een medewerker bepaalde, uit een oogpunt van rechtsgelijkheid bij voorkeur in de Modelovereenkomst opgenomen en nader in de individuele overeenkomst uitgewerkte, minimale kwaliteitsnormen niet nakomt, zoals tijdig huisbezoek, adequate verwijzing, directe bereikbaarheid en beschikbaarheid van de functies verpleging en verzorging en psycho-sociale hulp, de met de betrokken medewerker gesloten overeenkomst opzegt, eventueel na een voorafgaande waarschuwing.

Kwaliteitsbevordering en onderzoek op specifieke gebieden van eerstelijnszorg (jeugdgezondheidszorg, EHBO-functie huisarts, preventie en voorzieningen voor asthmatische en rheumapatiënten etc.) kunnen eveneens op instigatie van de verzekeraar(s), al dan niet via overeenkomsten of subsidies, worden bevorderd.

Voor de totstandkoming van gestruktureerde samenwerkingsverbanden is, gezien de regionale verschillen in Nederland, zelfordening het meest aangewezen. Hier ligt een taak voor aanbieders, gestimuleerd door verzekeraars, die uit kwaliteitsoverwegingen ('kwalitatief verantwoorde zorg') ervoor kunnen opteren alleen contracten af te sluiten met deelnemers aan een samenwerkingsverband. Verzekeraars zouden tevens door het aanbrengen van een tariefdifferentiatie (lager voor solistische werkers) de samenwerking in eerstelijnsverband kunnen bevorderen. Hier kunnen de Modelovereenkomsten een initiërende rol vervullen. Voorts zou deelneming aan een gestruktureerd eerstelijnssamenwerkingsverband als voorwaarde voor certificering kunnen gelden, indien en voorzover daartoe wordt overgegaan. Een dergelijk certificaat, voor de verkrijging waarvan ook aan andere kwaliteitsnormen kan worden gedacht, zoals een jaarlijkse visitatie door een commissie, waarin ook patiënten vertegenwoordigd zijn, deelname aan interinstitutionele toetsing etc., vormt vervolgens voor verzekeraar en verzekerde een richtsnoer bij de keuze van hulpverlener. In verzekeringspolissen kan aan deze keuze de nodige aandacht worden besteed en dient tevens de door verzekerden zo belangrijk bevonden vrije huisartsenkeuze tot uitdrukking te komen (Deel II, hoofdstuk 2).

Ook zonder dat loont het voor aanbieders de moeite om zich, zowel om redenen van kwaliteit, alsook uit concurrentie- en substitutie-overwegingen, te richten op een geïntegreerd aanbod van eerstelijnszorg vanuit een duidelijke structuur. Daarbinnen kunnen afspraken worden gemaakt over de bij multidisciplinaire indicatiestelling te hanteren procedures, over een gezamenlijk telefoonnummer dat 7x24 uur bereikbaar is en over de coördinatie van de zorg, ook waar het de voor- en nazorg bij een opname betreft. De juridische vormgeving van een dergelijk samenwerkingsverband zou zo gekozen kunnen worden, dat deze de horizontale handhaving van de afspraken door partijen zelf bevordert.

Mocht men er niet in slagen een integraal eerstelijnsaanbod tot stand te brengen, waardoor de continuïteit van de zorg voor de patiënt in gevaar komt, dan kan het nodig zijn alsnog de instrumenten van de Kwaliteitswetgeving (Wet BIG artikel

56, Kwaliteitswet) in te zetten, waarbij overlap en doublures overigens voorkomen dienen te worden. Een wettelijke bevoegdheid blijft noodzakelijk op basis waarvan de overheid zelf tot kwaliteitsnormering kan overgaan indien en voorzover het veld daar niet toe komt. Dit sluit aan bij de mening van sommigen, waaronder Borst-Eilers,[6] dat, mocht 'het veld' er zelf niet in slagen om voor de eerstelijnszorg een helder organisatiemodel te ontwikkelen, de mogelijkheid om een dergelijk model van buitenaf op te leggen niet mag worden uitgesloten.

3.2 Klachtenregelingen

3.2.1 Inhoudelijk

De eerstelijnszorg speelt zich veelal af in een individueel contact tussen hulpverlener en patiënt en betreft voor een groot deel vrij eenvoudige vormen van zorg, redenen om bij de regulering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg aandacht te schenken aan die instrumenten, die de patiënt van de nodige invloed op de kwaliteit kunnen verzekeren. Klachtenregelingen kunnen in dat opzicht een belangrijke signaalfunctie vervullen en doen dat reeds in de huidige situatie. Wel zijn de regelingen verbrokkeld en worden zij niet overal op gelijke wijze toegepast (Deel II, hoofdstuk 1).[7]

Met het oog op een integrale benadering verdient één klachtenregeling voor de gehele eerstelijnszorg de voorkeur, met een klachtenbehandeling in twee fasen: de eerste intern, op het niveau van instelling/ huisartsengroep/ eerstelijnssamenwerkingsverband en de tweede extern door een (beroeps)commissie, al dan niet op provinciaal niveau. Een onafhankelijke behandeling van de klacht in de eerste fase kan beroepsprocedures voorkomen. Het snelle, laagdrempelige karakter moet voorop (blijven) staan en zwaardere, bijvoorbeeld tuchtrechtelijke, klachten, dienen naar de daarvoor bestemde instanties te worden doorverwezen. Informatie van patiënten over de klachtenregeling is noodzakelijk (Deel I, hoofdstuk 1). Voor het verstrekken van gegevens van klåger aan de klachten-, c.q. beroepscommissie is om redenen van privacy-bescherming steeds de toestemming van klager vereist. De beroepscommissie zou tevens als beroeps-instantie voor de intra-murale sector kunnen fungeren en, afhankelijk van aard en inhoud van het beroep, (extra- en/of intra-muraal, somatische of psycho-sociale hulp) van samenstelling kunnen wisselen.

Aan de uitspraken van de beroepscommissie(s) zou om redenen van effectiviteit een bindend karakter moeten worden verleend. De (geanonimiseerde) publikatie van de uitspraken kan een algemeen kwaliteitsverhogend effect hebben op de eerstelijnszorg. De rechtszekerheid van betrokkenen vereist een zekere uniformiteit, hetgeen kan worden nagestreefd door landelijk een procedure te ontwikkelen om de uitspraken te evalueren. Te denken is bijvoorbeeld aan een regelmatige (jaarlijkse) bijeenkomst van de Voorzitters van de Beroepscommissies, die, bij voorkeur

6 Toespraak E. Borst-Eilers, De werkontwikkeling uit huis geplaatst, uitgesproken bij de beëindiging van ATIS (Deel II, hoofdstuk 1).

7 A.C. Oosterman-Meulenbeld, Een eerstelijns- of een tweederangsklachtenregeling?, op.cit.

in overleg met de Inspectie voor de Volksgezondheid, een bepaalde gedragslijn kunnen formuleren voor bepaalde, zich bij herhaling voordoende, situaties. Ook is inschakeling mogelijk van de bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in te stellen Raad voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, die aanbevelingen omtrent gedragsregels kan formuleren.[8]

3.2.2 Wetgeving en/of zelfordening

De in dit onderzoek gesignaleerde, aan zelfordening inherente, knelpunten ten aanzien van de onafhankelijkheid van beoordeling en uitspraak, de verbrokkeling van de regelingen, en de wens om de positie en invloed van de patiënt te versterken maken dat een wettelijke regeling, zoals voorgenomen in de Klachtwet, de voorkeur verdient boven een meer vrijblijvende regeling, zoals dit bijvoorbeeld zou kunnen als onderdeel van een certificeringssysteem. Om dezelfde reden verdient de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid uitgesproken voorkeur voor een meer vrijblijvende regeling[9] met name inzake het externe beroep geen navolging.

De wettelijke normstelling ten aanzien van sommige aspecten zou indirect kunnen zijn (samenstelling en omvang klacht- en beroepscommissie), teneinde 'het veld' de nodige vrijheid te bieden, terwijl voor andere aspecten directe normstelling de voorkeur verdient. Dit betreft bijvoorbeeld het vereiste van toestemming van klager voordat verstrekking van gegevens, hem betreffende, aan de klachten/beroepscommissie, kan plaatsvinden. Ook het onafhankelijke en laagdrempelige karakter (snelle, goedkope procedure) dient in de wet te worden neergelegd teneinde klagers (en aanbieders) de nodige rechtszekerheid en rechtsgelijkheid te bieden, evenals de bindendheid van de uitspraken. Voorts is het van belang dat de wet het integrale (de gehele eerstelijnszorg omvattende) karakter van de klachtenregeling benadrukt door deze van toepassing te verklaren op de gehele eerstelijnszorg, instellingen en beroepsbeoefenaren. Gelet op het feit, dat zelfordening in dit opzicht momenteel onvoldoende functioneert, zou het eveneens aanbeveling verdienen in de wet een plicht tot het informateren van patiënten/cliënten over de aanwezigheid van een klachtenregeling op te nemen.

4 Slotbeschouwing

Het voorgaande moge duidelijk hebben gemaakt dat een generalistische benadering van de hulpvraag vanuit een direct toegankelijke, integrale, eerstelijnszorg ook in de toekomst de beste basis biedt voor een effectief functionerend zorgstelsel. In dat opzicht is de eerstelijnszorg geenszins 'passé'. Wel dienen de werking van

8 Handelingen Tweede Kamer, zitting 1991-1992, 19 522, nr. 22, art. 131, onderdeel A.
9 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies klachtenopvang en democratisering, 1991, p. 9.

het stelsel en de eerstelijnszorg als onderdeel daarvan qua effectiviteit en doelmatigheid stelselmatiger geëvalueerd en zonodig bijgesteld te worden.

Kostenbeheersing, rechtszekerheid en rechtsgelijkheid vormen tezamen met een grotere autonomie en keuzevrijheid van patiënten belangrijke elementen bij de hier geformuleerde voorstellen, die zich op een veranderende relatie overheidsregulering-zelfordening oriënteren. De in 1798 op nationaal niveau aangevangen regulering van de eerstelijnszorg kent sinds een aantal decennia tevens een Europeesrechtelijke dimensie, welke bij toekomstige reguleringsmodaliteiten moet worden meegewogen.

Résumé

Le cadre juridique des soins de santé non hospitaliers

La régularisation de la médecine générale, des soins à domicile, de l'aide familiale et de l'assistance sociale depuis 1798

Cette thèse en droit de santé examine le développement aux Pays Bas de la législation, des règlements internes et de la jurisprudence dans le domaine des soins de santé non hospitaliers depuis 1798. C'est cette année-là que le droit aux soins de santé est mentionné pour la première fois dans la Constitution Néerlandaise. Ce droit est un droit constitutionnel 'social'. En d'autres termes, il incombe au gouvernement de promouvoir la santé. Ce droit aux soins de santé constitue la base légale pour une santé publique de qualité, financièrement abordable et facilement accessible aussi bien en distance (possibilité d'être chez le malade dans un délai de 15 minutes) que dans le temps (accessible 24 heures sur 24).

Depuis 1974, l'un des buts principaux dans le domaine de la santé publique a été le renforcement des soins hors de l'hôpital. C'est pour cette raison que cette recherche étudie le cadre juridique des disciplines qui, selon le gouvernement, forment le noyau du secteur des soins non hospitaliers: la médecine générale, les soins à domicile, l'aide familiale et l'assistance sociale. Ces quatre disciplines sont considérées comme étant particulièrement compétentes pour permettre au malade de rester chez lui et éviter son hospitalisation, étant donné qu'ensemble elles offrent une gamme de soins complète, aussi bien sur le plan curatif que sur le plan préventif.

Le but de cette étude est de savoir si le cadre juridique de ces quatre disciplines a, oui ou non, contribué à renforcer les soins de santé non hospitaliers.

La premiére partie de l'étude (I) décrit ce que la législation peut faire ou non dans le domaine de la santé publique. Les motifs pour et contre la législation en tant qu'instrument de régularisation y sont également énumérés. En outre la législation est comparée à d'autres instruments très courants dans le secteur des soins, tels que la subvention, les règlements internes des associations professionelles et des institutions, ainsi qu'à la jurisprudence.

La seconde partie (II) est la plus importante du livre. Le developpement de la législation, des réglements internes et de la jurisprudence pour les quatre disciplines y est décrit et analysé en ce qui concerne les trois aspects suivants: la qualité, le financement et l'accessibilité des personnes et organisations prodiguant des soins de santé non hospitaliers. Le cadre juridique de ces soins est tout d'abord décrit dans sa totalité (chapitre 1) et est ensuite analysé pour chaque discipline individuellement: le généraliste (chapitre 2), l'infirmière(-assistante) prodiguant des soins

depuis 1990 un système d'enregistrement, ainsi qu'un code déontologique et un règlement disciplinaire.

La troisième partie du livre (III) décrit le nouveau régime de législation prévu pour le financement et la qualité des soins et des traitements ainsi que son effet sur le secteur non hospitalier. Les premières lois dans ces domaines ont été adoptées par le Parlement Néerlandais fin 1991. La nouvelle législation laisse plus de liberté aux personnes et institutions prodiguant des soins (liberté d'établissement), à l'assureur (liberté d'établir un contract avec le procureur de soins voulu, plus de variations dans les polices d'assurance). Le malade/consommateur aura la liberté de choisir l'assureur qui lui offre les conditions d'assurance les plus favorables. Il doit être accepté par l'assureur et aura également la liberté de prendre un risque financier général ou relatif à certains revendications, permettant d'obtenir une diminution de la prime d'assurance annuelle.

Les prétentions aux soins non hospitaliers seront décrites en termes de 'fonctions'. Il est prévu qu'à partir de 1993, tous les habitants des Pays-Bas disposeront d'un droit légal à la médecine générale, aux soins à domicile, à l'aide familiale et à l'aide psycho-sociale, pour autant que l'aide psycho-sociale soint octroyée dans le cadre des soins à domicile ou de l'aide familiale. Il va de soi que ceci constitue une nette amélioration par rapport à la situation actuelle. La loi (AWBZ 'nouveau style') elle-même formulera le contenu des prétentions ainsi que l'obligation pour l'assuré qu'il y a une nécessité pour lui ('indication') de recevoir de l'aide, tandis que le choix de la personne ou de l'institution prodiguant les soins et l'endroit où l'aide est donnée sera laissé à l'assureur, en fonction de la police d'assurance choisie par l'assuré.

Dans le domaine de la qualité des soins il y aura, outre la loi sur les professions individuelles de santé (Loi BIG), une loi sur la qualité des soins donnés par des institutions. Cette législation fonctionnera indépendamment du système financier et la norme la plus importante à respecter sera que les soins doivent être de bonne qualité. La législation sur la qualité donnera à l'Inspecteur de Santé la compétence nécessaire pour intervenir au moment même lorsque l'état de santé du malade est précaire.

La thèse se termine (Part IV) par la conclusion que, malgré le fait que ces projets de législation contiennent tous les ingrédients nécessaires à un renforcement des soins non hospitaliers, tout dépendra de la manière dont tous, en particulier les assureurs et les personnes et institutions produguant des soins, donneront corps à ce nouveau régime. On pourrait par exemple faire certaines economies en facilitant l'acces au traitement médical, aux soins à domicile, à l'aide familiale et à l'aide psycho-social hors de l'hôpital, aussi bien dans le domaine curatif que préventif, puisque ceci peut permettre d'éviter que des malades passent au secteur specialisé ou hospitalier inutilement. L'intention actuelle du legislateur de donner aux habitants des Pays Bas un droit légal à ces soins non hospitaliers renforce ce secteur et devrait pour cette raison être concrétisée. Les systèmes de payement devraient

à domicile (chapitre 3), l'aide familiale (chapitre 4) et l'assistante sociale (chapitre 5).

La jurisprudence en droit disciplinaire, qui en ce moment n'existe que pour le généraliste, montre que le droit disciplinaire est indispensable pour garantir un minimum de qualité au traitement médical à domicile. Dans un proche avenir, le droit disciplinair s'appliquera aussi aux infirmières.

Les institutions s'occupant des soins à domicile, de l'aide familiale et de l'assistance sociale disposent d'une procédure de plainte destinée aux patients, qui en font souvent usage. Ces procédures se sont avérées capables d'améliorer la qualité des soins. Elles renforcent egalement la position du malade. Ceci est important car les soins non hospitaliers sont pour une grande partie subventionnés. Le malade n'a que partiellement 'droit' à ces soins, qu'il pourrait obtenir devant un juge. Sur la base du Ziekenfondswet (Loi sur l'assurance-maladie) de 1964 et du WTZ (Loi règlant l'accès à l'assurance-maladie privée) de 1986, la plupart des habitants peuvent réclamer le droit à l'aide du généraliste et, depuis 1981, ils ont également droit aux soins à domicile sur la base de l'AWBZ (Loi générale sur les frais exceptionnels de maladie). Pour le reste, recevoir de l'aide est encore une faveur. Ceci est le cas pour l'aide familiale, subventionnée sur la base de l'AWBZ, les soins intensifs á domicile (24 heures sur 24), subventionnés sur la même base, et l'assistance sociale, subventionnée par les communes, qui recoivent l'argent versé par l'État. De plus en plus d'organisations privées procurent des soins à domicile en dehors du cadre législatif. Elles ne sont pas soumises à des dispositions légales sur la qualité des soins.

Les systémes de financement du medecin généraliste (payement par abonnement) et du spécialiste (payement par consultation) sont tels qu'ils dirigent les malades plutôt vers le spécialiste que vers le généraliste. Ainsi, le malade reste dans le secteur spécialisé, même s'il n'y a pas ou plus d'indication médicale. Ceci s'oppose à l'objectif de renforcer les soins hors hospitaliers.

Il apparait de la jurisprudence que les malades tiennent à conserver leur droit de libre choix du médecin généraliste, droit stipulé dans le 'Ziekenfondswet'.

La *conclusion générale* de cette partie du livre est que le cadre jurique actuel est trés diversifié. Le renforcement des soins non hospitaliers n'est pas encore soutenu par un cadre juridique consistant. Recevoir des soins est, la plupart du temps, une faveur, une partie de cette aide ne pouvant pas être obtenue devant un juge. L'assistance dépend souvent davantage de ceux qui procurent les soins que des besoins du malade. Le cadre juridique relatif à la qualité est très diversifié, dépend relaté pour une grande partie aux ressources financières et comporte des lacunes, surtout en ce qui concerne l'assistance sociale en les bureaux de soins privés. D'autre part beaucoup d'initiatives ont été prises ces dernières années dans le domaine de l'auto-regulation par des institutions en des organisations professionelles. Cela se passe d'ailleurs plus vite chez certains (l'association des médecins généralistes/ LHV et l'association des assistantes sociales/LVMW) que chez d'autres (infirmières). Par exemple l'association des assistantes sociales, la LVMW, met au point

être arrangés de telle facon que les patients restent à domicile et que le 'flux' des malades se dirige plutôt de l'hôpital vers le secteur non hospitalier que l'inverse.

Le législateur doit garder des possibilités pour intervenir au cas où les procureurs de soins ne réussiraient pas une certaine maîtrise des frais ou à établir des normes de qualité, comme par exemple une collaboration étroite entre les quatre disciplines et des soins non hospitaliers bien coordonnés. Quant aux soins donnés par les professionnels, ce n'est plus seulement sur le plan national, mais aussi sur le plan de la Communauté Européenne, qu'il faut être vigilant. Ceci concerne en particulier la qualité de la prestation elle-même. Dans ce domaine, le cadre juridique des Pays Membres de la CE est encore assez diversifié, par exemple en ce qui concerne les exigences réclamant une formation permanente.

Cette thèse propose enfin des solutions pour combler les lacunes en législation dans le domaine de la qualité de l'assistance sociale, en tenant compte de l'expérience acquise dans d'autres domaines où les assistantes sociales sont actives. La législation devrait en tout cas se fonder sur les développements au sein de l'association professionnelle (LVMW).

Une autre proposition concerne la réalisation d'une loi sur les procédures de plainte des malades, qui met l'accent sur un jugement indépendant et sur une procédure qui est directe ('sans seuils') et en deux étapes. La première étape est interne et se déroule au niveau du ou des procureurs des soins, et la deuxième, externe, pour le secteur non hospitalier dans sa totalité.

La *conclusion finale* de cette thèse de doctorat est que, à une époque où les frais de santé augmentent d'année en année, il est nécessaire qu'apparaisse un cadre juridique consistant, qui considère les soins non hospitaliers comme faisant partie intégrante du système de santé publique dans sa totalité.

Summary

Primary health care from a juridical perspective

The regulation of the general practitioner, the community nurse, the social worker and the home help since 1798

This thesis in health law examines the development of legislation, self regulation and jurisprudence in the Netherlands in the field of primary health care since 1798. In that year the right to health care was mentioned for the first time in the Dutch Constitution ('Bataafsche Staatsregeling'). The right to health care is a 'social' constitutional right, which means that it sets out the task of the government to promote health. This right forms the legal basis for primary health care which is of a good quality, financially accessible, attainable and available in time (24 hours a day) as well as in distance (within fifteen minutes).

The reinforcement of primary health care has been one of the major goals of national government policy since 1974. This is why this study deals with those disciplines, according to the government, form the 'core' of primary health care, that is the general practitioner, the community nurse, the home help and the social worker. These four disciplines are seen as especially competent to keep patients longer at home and/or to prevent their admission to hospital or a nursing-home because they deliver an integral package of curative as well as preventive health care.

The purpose of this study is to examine whether the legal framework did or did not contribute to the reinforcement of primary health care.

The first part of the book (I) describes the powers and limitations of legislation in the field of primary health care.

Arguments are advanced in favor of and against using legislation as an instrument for regulation and comparisons are made with the use of other instruments that are also very common in the field of primary health care like subvention schemes, and internal regulations by the professional organizations and institutions, and also with the impact of jurisprudence.

The second part is the most important part of the study (II). The development of legislation, self-regulation and jurisprudence is described and analyzed for the four disciplines and concerns the three aspects mentioned above: quality, financing, attainability and availability. First the juridical framework for primary health care in its totality is described (chapter 1), followed by a description of the framework for every discipline separately: the general practitioner (chapter 2), the community nurse (chapter 3), the home help and the family help (chapter 4) and the general social worker (chapter 5).

Jurisprudence in the field of disciplinary law, which currently exists only for the general practitioner, shows that disciplinary law is necessary to guarantee a certain minimum of qualility of the medical treatment at home. Nurses wil be subject to disciplinary law in the near future.

The Dutch cross organizations, which provide community nursing, and the institutions for home help and for social work all have a complaints procedure for patients, which is often used. These procedures have proved capable of improving the quality of the primary health care given. They also enforce the position of the patient. This is important because patients only have a partial 'right' to primary health care.

According to the Ziekenfondswet (Law on the sickfunds, 1964) and the WTZ (Law regulating access to private health care insurance, 1986), most inhabitants of the Netherlands can claim a right to help from the general practitioner and since 1981 all of them can claim community nursing on the basis of the General Law for extraordinary costs relating to sickness (AWBZ). Where the other caregivers are concerned, the provision of primary health care is discretionary, because they function within the framework of different subvention schemes. Family help and 'intensive homecare' (24 hours a day) are financed within the framework of the AWBZ and social work is financed by the local authorities which are reimbursed by the State. More and more organizations are providing home-care outside the legal framework and, as a consequence, they are not subject to the legal provisions on the quality of care given.

Under the system of financing medical help the general practitioner is paid by a capitation fee (a fixed amount per patient per year) whereas the specialist receives a remunaration per consultation. In general the fee system stimulates patients to consult a specialist rather quickly and stay there for treatment, even if there are no medical indications for this. This is contrary to the objective to reinforce primary health care.

Jurisprudence makes clear that patients are very strongly attached to their right to choose their own general practitioner.

The *general conclusion* of this part of the study is that the juridical framework is very disparate. The reinforcement of primary health care is not yet covered by a consistent legal framework. Getting help is often a favor and cannot always be enforced by the courts. The content and extent of the help given depends more on the possibilities of the providers than on the needs of the individual patient. The regulation of quality of primary health care is also very disparate, depends largely on the method of financing, and is incomplete, especially where social work and private nursing offices are concerned. On the other hand there have been a lot of initiatives in recent years in the field of self-regulation by the institutions and the professional organizations themselves, although these developments are more important for some (association of general practitioners/LHV, association of social workers/LVMW) than for others (nurses). Since 1990 the professional association of social workers (LVMW), for example, has been developing a registra-

tion system for their members, as well as a deontological code and (internal) disciplinary law.

The third part (III) of the book describes the new health care system and legislation applying to it as well as the effects that this will have on primary health care. At the end of 1991 the first legislation was passed by the Dutch Parliament. The new legislation gives more freedom to the provider (freedom of establishment), to the assurer (freedom to contract with a freely chosen provider and to put certain conditions in the insurance policy). The patient/consumer will be free to choose his assurer, depending on the conditions offered to him. He must be accepted by the assurer and has the possibility to choose a financial risk related to certain claims in exchange for a lower insurance premium. The legal provisions no longer describe the right to help in relation to the provider (help from a cross organization, etc.) but in terms of 'functions'. It is the intention that from 1993 all the inhabitants of the Netherlands will have a right to general medicine, nursing and care, including psycho-social help and family help. It is obvious that this should mean a great improvement on the current situation.

Legislation itself (AWBZ 'new style') will prescribe the claims that can be made on primary health care with the requirement of a (medical) indication for the insured, whereas the choice of who shall provide health care and the place where it shall be given is left to the insurer, depending on the insurance policy that the insured chooses.

Besides the Law on Professions in individual health care (BIG) for individual health care practitioners, a new law on quality will be introduced for institutions. The regulation of quality then will become independent of the source of finance and the main quality norm will be that care shall be given of a sufficient quality. Quality legislation shall contain provisions for the Health Care Inspector to intervene if the health of the patient is in danger.

The study ends (Part IV) by concluding that, in spite of the fact that the projected legislation has all the ingredients to enforce primary health care, everything will depend on the way the 'field', in particular the providers of health care and the insurers, will operate and give body to this legislation. For example, certain economies could be made by facilitating access to primary health care and by preventing patients from getting hospitalized unnecessarily. The intention of the legislator to give the inhabitants of the Netherlands a right to primary health care strengthens this sector and should for that reason been carried out. The tariff and fee systems should be arranged in such a way that they keep the patient at home and that they promote the 'flux' of patients away from hospital to primary health care rather than the other way around.

In any case the legislator must retain intervention instruments if the formulation of quality standards should not be achieved, including matters such as cooperation between the four disciplines and the coordination and effectiveness of primary health care given, and cost control. Where the quality of health care professionals is concerned, it is not only at a national level, but also at the level of the European

Community that attention should be paid to the legal framework of the different Member States. Not all States pay sufficient attention to the quality of the actual functioning of health care professionals, differing for example in the requirements of recent practice and retraining.

The last chapter of the book helds, among others, a proposal to bridge the gap in quality legislation where the social work(er) is concerned. For this purpose experience in other fields, where social workers are active, should also be evaluated. Legislation should in any case accord with the developments within the professional association, the LVMW.

Another proposal is made for a Law on complaints procedures for patients. This law should stress the independance of the judgement and a procedure without thresholds. The complaint should be treated in two stages, first, at the level of the provider(s) and, second, at an external level for primary health care in its entirity.

The *final conclusion* of this thesis is that, in a time when the costs of health care are increasing every year, a consistent legal framework that treats primary health as integral part of the total health care system is a necessity.

Geraadpleegde literatuur

Ten behoeve van het onderzoek zijn de volgende boeken, rapporten en adviezen geraadpleegd. Voor circulaires, jurisprudentie, kamerstukken en tijdschrift-artikelen zij verwezen naar het notenapparaat.

AAW, ZFW, AWBZ een beheersbaar voorzieningenpakket: open of gesloten systeem, SCOSC, Kluwer, Deventer, 1986.

Appelman, A., Ligtenberg, H., van Bergen, B. en Hollands, L., Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging, De Tijdstroom, Lochem, 1989.

Bakker, de D.H., Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties, een onderzoek naar de mate waarin werkgebieden en doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijns(gezondheids)zorg samenvallen en naar de pogingen die worden ondernomen om de afstemming te verbeteren, NIVEL, Utrecht, 1988.

Balg, E., Een goed begin is het halve werk, einddoctoraalscriptie Verplegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1990.

Bartels, A.J.H., Bijdragen tot ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1950.

Bartels, J.A.C., Hulpverleningsrecht, Kluwer, Deventer, 1984.

Behrend, E. (red.) e.a., Handboek Maatschappelijk Werk, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1988.

Boissevain, J.H.G en van Oosterwijk, G., De Gemeentewet, P. Gouda Quint, Arnhem, 1867.

Bolt, H. e.a., Rechtsbescherming in de zorgverzekering nu en in de toekomst, Kluwer, Deventer, 1989.

Boom, R. Ch. en Suurmijer, Th.P.B.M., Thuiszorg in beweging, vakgroep Gezondheidswetenschappen en Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen, 1989.

Cannegieter, D., Honderdvijftig jaar Gezondheidswet, Van Gorcum comp. Assen, 1954.

Centrale Klachtencommissie Gezinsverzorging Jaarverslagen 1986, 1987, 1988, 1989 en 1990, Driebergen/Bunnik.

Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Proeve van een ontwerp van wet Gezinsverzorging, Driebergen, 1982.

Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Instrumentarium voor Wet- en Regelgeving voor gezinsverzorging in samenhang, deel 5, Driebergen, 1985.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1971.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake het voorontwerp gezondheidsvoorzieningen, 's-Gravenhage, 1972.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid, De financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1974.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Deeladvies betreffende de juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht van de patiënt op informatie en het toestemmingsvereiste, 's-Gravenhage, 1980.

Commissie ('Eijkel'), Rapport ter bestudering van de organisatie der gezondheidszorg met als bijlage een wetsontwerp inzake de bevordering der volksgezondheid, 's-Gravenhage, 1939.

Commissie ad hoc ('Festen'), Advies inzake de mogelijkheid tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het funktioneren daarvan, 's-Gravenhage, 1973.

Commissie Struktuur en Financiering Gezondheidszorg ('Dekker'), Bereidheid tot verandering, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

Commissie van der Ven, Advies honorarium huisartsen, 's-Gravenhage, 1966.

Commissie Vermindering en Vereenvoudiging van Overheidsregelingen ('Geelhoed'), Deregulering van overheidsregelingen, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1984.
Commissie Vraagstukken subsidiëring maatschappelijk werk, Tweede rapport met betrekking tot het voorontwerp van wet op de subsidiëring van het maatschappelijk werk, Nationale Raad voor Maatschappelijk Werk, 's-Gravenhage, 1959
Commissie Wetgevingsvraagstukken ('Polak'), Orde in regelgeving, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1985.
Cramwinckel, M.N., Inleiding bij de Wet Gemeenschappelijke Regelingen, VUGA, 's-Gravenhage, 1985.
Dam, van den, J.P.A., Maatschappelijk werk, het Spectrum, Utrecht/ Antwerpen, 1962.
Dane, C., De geschiedenis van de ziekenverpleging, De Tijdstroom, Lochem, 1976.
Dekker, A.J.A.M., Hutten, J.B.F. en Groenewegen, P.P., Evaluatie van technologie in de eerste lijn: een voorstudie, NIVEL, Utrecht, 1988.
Delnoy, D., Evaluatie struktuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen, NIVEL, Utrecht, 1988.
Dolman, D., Subsidies en Gezondheidszorg, een feitelijk onderzoek naar financieringsstrukturen, H.E. Stenfert Kroeze, Leiden, 1964.
Erwen, H.M.A.W., Preventie in de eerstelijnszorg, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, Rijswijk, 1989.
Everts, J. en Treurniet, A., Gids voor maatschappelijk werk, Deel I, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1954.
Eijk, van, H.H. en Verstegen, A.J., Arts en Wet, de Erven F. Bohn, Haarlem, 1929.
Festen, H., 125 jaar geneeskunst en maatschappij, KNMG, Utrecht, 1974.
Festen, H., Spanningen in de gezondheidszorg, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1985.
Friele, R.D. en Verhaak, P.F.M., Vragen om problemen; onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW, NIVEL, Utrecht, 1991.
Frijda, J.S., Kwaliteit van de beroepsuitoefening als onderdeel van de kwaliteit binnen de gezinsverzorging, Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Driebergen, 1987.
Gaay Fortman, de, W.F. (red.), Problemen van wetgeving, Kluwer, Deventer, 1982.
Geneeskundige Hoofdinspektie van de Volksgezondheid, Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, Rijswijk, 1988.
Geneeskundige Inspektie, Enquête 24-uursbereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsen, Rijswijk, 1989.
Gevers, J.K.M., De rechter en het medisch handelen, Kluwer, Deventer, eerste (1984) en tweede (1991) druk.
Gezondheidsraad, Advies inzake kwaliteitsbeheer medische hulpmiddelen, 's-Gravenhage, 1985.
Gezondheidsraad, Advies Grenzen aan de zorg, 's-Gravenhage, 1986.
Godefroi, L.S., Het ziekenfondswezen in Nederland, ontwikkelingen en perspektieven, Geschriften van de Prof. Mr. B.M. Teldersstichting nr. 10, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963.
Goewie, R. Gorter, K. en Willems, L., Onvrede en klachten van cliënten over de hulpverlening, NIMA-WO, 's-Gravenhage, 1989.
Goudsmit, C.J., Volksgezondheid, Deel III afdeling III, Nederlands bestuursrecht, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1962.
Graaf, de, P., Modellenboek juridische overeenkomsten en regelingen voor samenwerkingsverbanden, STOEL, Rotterdam, 1988.
Grol, R.P.Th.M., Kwaliteitsbewaking in de huisartsengeneeskunde, proefschrift, Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1987.
Haan, de, P. en Drupsteen, Th. G., Bestuursinstrumentarium. Overdruk uit Bestuursrecht in de sociale rechtsstaat, Kluwer, Deventer, 1981.
Handboek Gezinsverzorging, VUGA, 's-Gravenhage.
Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Rechtsbescherming in het welzijnsbeleid, signalement nr. 16, 's-Gravenhage, 1983.
Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Herverkavelen in de gezondheidszorg, signalement nr. 20, 's-Gravenhage, 1985.
Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Echelonnering in de gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1986.

Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Sociaal en cultureel beleid en het recht, 's-Gravenhage, 1989.
Hoeven, van der, H.C., Om de macht bij het fonds, AZIVO, 's-Gravenhage, 1983.
Hoeven, van der, J., De drie dimensies van het bestuursrecht. Ontstaan en wording van het Nederlands Algemeen Bestuursrecht, Vereniging voor Administratief recht, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1989.
Hubben, J.H., Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg, préadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, 12 april 1991.
Interdepartementale werkgroep, Rapport Relatie Algemene Bijstandswet-Gezinsverzorging, Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1975.
Janssen, R.T.J.P., Honorering van huisartsen, Instituut voor onderzoek van overheidsuitgaven, Den Haag, 1988.
Jens, L.F., Beroepsethiek en code van de maatschappelijk werker, van Loghum Slaterus, Arnhem, 1967.
JOINT, Het amw in beeld 1985, 's Hertogenbosch, 1986.
JOINT, Het amw in beeld 1987, 's Hertogenbosch, 1988.
JOINT, Het amw in de knel, 's Hertogenbosch, 1986.
JOINT en Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Bouwstenen, 's Hertogenbosch, 1987.
Kapteyn, P.J.G. en Verloren van Themaat, P., Inleiding tot het recht van de Europese Gemeenschappen, Kluwer, Deventer, 1988.
(Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde, Medische ethiek, Amsterdam, 1936.
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Medische ethiek en gedragsleer, Amsterdam, 1959.
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Gedragsregels voor artsen, Utrecht, 1984.
Koopmans, T., De rol van de wetgever, Tjeenk Willink, Zwolle, 1970.
Koster, H.C.C.E. en Roscam Abbing, H.D.C., Wetgeving(sbeleid) volksgezondheid, een evaluatie op onderdelen, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsrecht, 1989.
Kranenburg, H.J. en Snijders, H.A.W., Gemeente en vestigingsbeleid huisartsen, Tjeenk Willink, Zwolle, 1988.
Kroon, J.P.H., De Armenwet, Wolters, Groningen, 1912.
Kwekkeboom, M.H., Het licht onder de korenmaat, informele zorgverlening in Nederland, VUGA, Utrecht, 1990.
Lako, C.J., Huisarts en privacybescherming, proefschrift, Benda B.V., Nijmegen, 1988.
Landelijk Bureau Coördinatie 1e 2e lijn, Samenwerking tussen eerste en tweede lijn, Zoetermeer, 1989.
Landelijke Huisartsenvereniging, De positie van de huisarts in de toekomst, Utrecht, 1987.
Landelijke Huisartsenvereniging, De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, Utrecht, 1989.
Landelijke Huisartsenvereniging, Kwaliteit en deskundigheidsbevordering, Utrecht, 1989.
Landelijke Huisartsenvereniging, Thuiszorg, uw zorg, Utrecht, 1990.
Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra, Werkboek kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum, Utrecht, 1989.
Landelijk Bestuurlijk Overleg, Het huidige hulpaanbod van de vier kernvoorzieningen binnen de thuiszorg, Bunnik, 1987.
Leenen, H.J.J., Sociale grondrechten en gezondheidszorg, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1966.
Leenen, H.J.J., Struktuur en funktioneren van de gezondheidszorg, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1979.
Leenen, H.J.J., Rechten van mensen in de gezondheidszorg (Handboek gezondheidsrecht, deel I) Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1988.
Leenen, H.J.J., Gezondheidszorg en recht (Handboek gezondheidsrecht deel II), Samson, Alphen a.d. Rijn, 1991.
Leenen, H.J.J. en Roscam Abbing, H.D.C., Bestuurlijk Gezondheidsrecht, Samsom, H.D. Tjeenk Willink, Alphen a.d. Rijn/Brussel, 1986.
Lietaert Peerbolte, C., Volksgezondheid, hoofdstuk XIV, Nederlandsch Bestuursrecht, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1932.

Lietaert Peerbolte, C., De Armenwet, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1950.
Ligtenberg, C., De armenzorg te Leiden tot het eind van de 16de eeuw, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1908.
Loo, van, F., Den arme gegeven, een beschrijving van armoede, armenzorg en sociale zekerheid in Nederland, 1784-1965, Boom, Meppel/Amsterdam, 1981.
Lunshof, H.R., Welzijn, wet, wetgever, W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle, 1989.
Maesen, van der, L.J.G., Transformatie van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987.
Maessen, P.J.J., Bezuinigingen op de gezinsverzorging, besluitvorming in de verzorgingsstaat, Acco, Leiden, 1989.
Meij-van Bruggen, R., Grondrechten als dilemma van overheidsoptreden, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 's-Gravenhage, 1989.
Mijn, van der, W.B., Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, Kluwer, Deventer, 1989.
Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, Memorandum voorbereiding Wetgeving Maatschappelijk en Cultureel Welzijn, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1970.
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rapportage van een inventarisatieronde gehouden onder alle instellingen voor gezinsverzorging in de periode december 1986 t/m april 1987, Rijswijk, 1987.
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Ontwerp-Kerndocument en Basisdocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995, Zoetermeer, 1989.
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Van samenwerken naar samengaan, gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg, Rijswijk, 1990.
Mokkink, H., Ziekenfondscijfers als parameters voor het handelen van de huisarts, proefschrift, Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1986.
Nationale Kruisvereniging, Regeling lidmaatschap kruisorganisaties, Bunnik, 1985.
Nationale Kruisvereniging, De uitleenfunktie van het kruiswerk in ontwikkeling, discussienota, Bunnik, 1988.
Nationale Kruisvereniging, Kruiswerk, thuis in gezondheid, Bunnik, 1989.
Nationale Kruisvereniging en Landelijke Huisartsenvereniging, Medisch handelen door verpleegkundige beroepsbeoefenaars in de thuissituatie, Bunnik, 1990.
Nationale Raad voor Maatschappelijk Werk, Algemeen maatschappelijk werk en maatschappelijk werk nu, 's-Gravenhage, 1969.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake het ontwerpbesluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, Zoetermeer, 1984.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies struktuur ziektekostenverzekering, Zoetermeer, 1984.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies verpleegkundig beroepsprofiel, Zoetermeer, 1984.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Interimadvies inzake de regeling van beroepen in het kader van de wet BIG, 1984.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies struktuur ziektekostenverzekeringen, Zoetermeer, 1984.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies stageproblematiek in het MDGO, Zoetermeer, 1985.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies experiment Almere, Zoetermeer, 1985.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies regeling en criteria beroepen in de wet BIG, Zoetermeer, 1986.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies basisopleidingen in de verpleging, Zoetermeer, 1986.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies wettelijke voorziening tweede deskundigheidsniveau verpleging, 1987.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Visie op zorgverlening vanuit de eerste lijn, 1987.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Aanzetten voor een struktuur van de eerste lijn, Zoetermeer, 1987.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1988, Zoetermeer, 1987.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Aanvullend advies regeling en criteria beroepen in de wet BIG, Zoetermeer, 1988.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport reakties verpleegkundig beroepsprofiel, Zoetermeer, 1988.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota bouwstenen voor beroepscodes en gedragsregels, Zoetermeer, 1988.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies richtlijnen planning gezondheidszorg Almere, Zoetermeer, 1988.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota thuiszorg, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies verpleegkundig specialist, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Commentaar ontwerp-Hoop 1990, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies regeling van het tuchtrecht in de wet BIG, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport verantwoordelijkheidsverdeling beroepsopleidingen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport certificatie van beroepsbeoefenaren, Zoetermeer, 1989.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport certificatie van instellingen, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies Financieel Overzicht Zorg 1991, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Rapport kwaliteitseisen/goed medewerkerschap, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake kwaliteit, organisatie en financiering van de thuiszorg, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Nota indicatiestelling, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies intrekking vestigingsregeling huisartsen, Zoetermeer, 1990.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies klachtenopvang en democratisering, Zoetermeer, 1991.
Nederlandsch Economisch Instituut, Kwantificering van risico-selectie in een globaal normuitkeringensysteem, Rotterdam, 1989.
Nederlands Huisartsen Genootschap, Naar criteria voor kwaliteit, standaardenbeleid NHG, Utrecht, 1987.
Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, Onvrede en klachten van kliënten over de hulpverlening, 's-Gravenhage, 1989.
Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, Thuishulp gewogen, 's-Gravenhage, 1990.
Nederlandse Postorderbond, Zelfregulering, individu en overheid, een plaatsbepaling, 's-Gravenhage, 1987.
Nederveen-van der Kragt, C.J.M., Vestigingsbeleid tandartsen, huisartsen, apothekers en specialisten, vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1987.
NIVEL, Naar een sterkere eerste lijn, eindrapport (nr. 4) Utrecht, 1989.
Oud, P.J., Honderd jaren, Van Gorcum, Assen, 1979.
Peters, L., Financiële problematiek van gezondheidscentra, Nederlands Huisartseninstituut, Utrecht, 1984.
Pijl, M.A., Morgen is te laat, Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening, 's-Gravenhage, 1987.
Praag, van, B.M.S. e.a., Een concurrerend recept voor de Nederlandsche Gezondheidszorg, geschriften van de Prof.mr. B.M. Teldersstichting, nr. 61, 's-Gravenhage, 1987.
Projektgroep Beroepsvraagstukken Maatschappelijk Werk, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, 's Hertogenbosch, 1987.
Querido, A., Gezondheidszorg en gemeentelijke overheid, Samsom, Alphen a.d. Rijn, 1951.
Querido, A., Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965.

Querido, A., De Wit-Gele Vlam, Gedenkboek ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de Nationale Federatie het Wit-Gele Kruis, Bergmans, Tilburg, 1973.
Rang, J.F., Gezondheidsrechtspraak, Kluwer, Deventer, 1976.
Rapport uitgebracht door de Commissie tot bestudering van het vraagstuk der gezinsverzorging benoemd door de Raad van Beheer van de Stichting Nederlands Volksherstel met instemming van de minister van Sociale Zaken, 's-Gravenhage, 17 juni 1946.
Recht als norm en als aspiratie. Opstellen ter gelegenheid van het 350-jarig bestaan van de Utrechtse Juridische Faculteit, Ars Aequi Libri, Nijmegen, 1986.
Reinders, A., Subsidiëring van instellingen, van Loghum Slaterus/Tjeenk Willink, Zwolle, 1981.
Ridder, de, D., en Visser, J., Tussen de lijnen, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid en NIVEL, Utrecht, 1987.
Roscam Abbing, H.D.C., Overheid en het recht op gezondheidszorg, préadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Utrecht, 1984.
Roscam Abbing, H.D.C. (red.), Terugblik en vooruitzien, vijf jaar vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1987.
Roscam Abbing, H.D.C. en Rutten, F.H.H., Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland, Kluwer, Deventer, 1985.
Scheltema, M., Dient wijziging te worden gebracht in het proces van wetgeving?, preadvies Nederlandse Juristenvereniging, 1979.
Schut, F.T., Mededingingsbeleid in de gezondheidszorg, VUGA, 's-Gravenhage, 1989.
Sluyters, B., De delicten; bewijsproblemen, préadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1989.
Smissaert, H., Overzicht van het Nederlandsch Armenwezen, Tjeenk Willink, Haarlem, 1901.
Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1974, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1975.
Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1976, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976.
Sociaal Economische Raad, Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging, 's-Gravenhage, 1973.
Sociaal Economische Raad, Advies herstrukturering verplichte ziekenfondsverzekering, 's-Gravenhage, 1987.
Sociaal Economische Raad, Rapport wettelijke ondersteuning zelfreguleringsafspraken, 's-Gravenhage, 1989.
Sociaal Economische Raad, Advies herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen, 's-Gravenhage, 1990.
Sociale Verzekeringsraad, Advies aanvullende AAW-vergoeding voor thuishulp, Zoetermeer, 1991.
Stichting Gezondheidszorg '82, Experimenteren met thuiszorg, Bankiva, Leersum, 1988.
Stichting Innovatie Project Gezondheidszorg zuidwest Friesland, Halfjaarlijkse rapportage experimenten, Sneek, 1990.
Stolk-van Delen, H.W., Wijkverpleging in historisch perspectief (1890-1939), Rodopi, Amsterdam, 1983.
Verbunt, J.J.A.M., De financiële geschiedenis van de kruisverenigingen en de overgang naar de AWBZ-financiering, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg, 1980.
Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Uiteenlopende plansystemen in de welzijnswetgeving, Groene reeks, 's-Gravenhage, 1973.
Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Samenwerking in de eerste lijn, Groene reeks, 's-Gravenhage, 1975.
Verhoeven, H., Nieuwe technologie bij thuiszorg: een nieuwe zorg in huis?, Nederlands Organisatie voor Technologisch Aspectenonderzoek, Den Haag, 1987.
Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Het ziekenfonds op eigen benen, Zeist, 1986.
Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Op weg naar de zorgverzekering, Zeist, 1989.
Visser, J., Huisartsen en alternatieve geneeswijzen, NIVEL, Utrecht, 1988.
Vreeze, de, J. Th. M., Voor en na de gezondheidswet van 1956, eadem sed aliter, inaugurale rede, K.U. Nijmegen, Dekker van de Vegt, Nijmegen, 1968.

Werkgroep VNG, Nederlandse Vereniging voor maatschappelijk werkers, JOINT en Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn (werkgroep 'Vos'), Eindadvies Algemeen Maatschappelijk Werk, 's-Gravenhage, 1976.
Werner, F.J.M. e.a., Zorgverzekering door struktuurverandering, Wetenschappelijk Instituut CDA, Van Loghum Slaterus, Den Haag, 1987.
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Herwaardering welzijnsbeleid, 1982, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982.
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Rechtshandhaving, rapport nr. 35, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1988.
Dr. Wiardi Beckmanstichting, Grondslagen voor een programma voor gezondheidszorg, de Arbeiderspers, Amsterdam, 1967.
Widt, de, R.A., Gezondheidscentra, Nederlands Huisartseninstituut, Utrecht, 1974.
Wijkel, D., Samenwerken en verwijzen, NIVEL, Utrecht, 1986.
Wijmen, van, F.C.B., Recht op kwaliteit, Kluwer, Deventer, 1983.
World Health Organization, The assessment of primary health care development in the European region, Seville, 13-16 april 1988.
Ziekenfondsraad, Advies inzake ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra, Amstelveen, 1972.
Ziekenfondsraad, Advies opneming werk van kruisinstellingen in de AWBZ, nr. 95, Amstelveen, 1978.
Ziekenfondsraad, Advies betreffende besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van kruisorganisaties, nr. 124, Amstelveen, 1980.
Ziekenfondsraad, Advies ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, nr. 245, Amstelveen, 1983.
Ziekenfondsraad, Discussienota inzake een samenhangende zorgstruktuur, nr. 248, Amstelveen, 1983.
Ziekenfondsraad, Nota Eerstelijnszorg, nr. 253, Amstelveen, 1984.
Ziekenfondsraad, Advies inzake een samenhangende zorgstruktuur, nr. 311, Amstelveen, 1985.
Ziekenfondsraad, Advies uitbreiding AWBZ, nr. 408, Amstelveen, 1988.
Ziekenfondsraad, Advies erkenningseisen kruisorganisaties, nr. 417, Amstelveen, 1988.
Ziekenfondsraad, Advies financiering gezinsverzorging d.m.v. de AWBZ, nr. 423, Amstelveen, 1988.
Ziekenfondsraad, Advies contracteerverplichting, nr. 430, Amstelveen, 1988.
Ziekenfondsraad, Advies verandering verzekerd, nr. 449, Amstelveen, 1989.
Ziekenfondsraad, Advies invoering intensieve thuiszorg, nr. 458, Amstelveen, 1989.
Ziekenfondsraad, Besluit subisidiëring gezinsverzorging 1990, nr. 460, Amstelveen, 1989.
Ziekenfondsraad, Advies cliëntgebonden budget voor de thuishulp, nr. 470, Amstelveen, 1990.
Ziekenfondsraad, Advies FOZ 1991, nr. 477, Amstelveen, 1990.
Ziekenfondsraad, Advies funktiegerichte omschrijving aanspraken op verzorging en verpleging, nr. 485, Amstelveen, 1990.
Ziekenfondsraad, Advies praktische thuishulp, nr. 495, Amstelveen, 1990.
Ziekenfondsraad, Eindadvies inzake intensieve thuiszorg, nr. 519, Amstelveen, 1991.
Ziekenfondsraad, Advies inzake functionele omschrijving huisartsenhulp en inzake tariefstruktuur, nr. 521, Amstelveen, 1991.
Ziekenfondsraad, Advies functionele omschrijving van aanspraken op het terrein van verzorging en verpleging, verdere uitwerking, nr. 523, Amstelveen, 1991.
Ziekenfondsraad, Advies ontwerp-besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, nr. 527, Amstelveen, 1991.
Ziekenfondsraad, Advies invoering specifiek eigen risico en bepaling van uitsluitend in natura te verlenen zorgvormen, nr. 528, Amstelveen, 1991.
Ziekenfondsraad, Advies erkenningenbeleid en contracteerplicht instellingen, nr. 529, Amstelveen, 1991.

Zakenregister

A(angewezen) instelling 137,159,213
Aanspraak 30,194,227
. gebruikelijkheidscriterium 102,127,228
. functionele omschrijving 178,183,227
Aansprakelijkheid
. civielrechtelijk 43,80,117
. strafrechtelijk 59,84,112,115
. tuchtrechtelijk zie tuchtrecht
Aanvullende verzekering 53,178,233
Abonnementshonorarium zie tarief
Acceptatieplicht 53,179
Achterwacht 79,159
Activiteiten Dagelijks Leven (ADL) 194,220
Advies
. procedure Ziekenfondsraad 40,196
Algemene Arbeidsongeschiktheidswet 146,194,221
Algemene Bijstandswet 141,146,163,221
Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS) 49
Algemene Wet Bestuursrecht 197
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 41,216,220
Almere 50
Alternatieve geneeswijze 77,102,235
Apotheek 83
Applicatie-cursus ziekenverzorgende 113
Armenwet 25,37,93,162
AROB 40,143,166
Basistakenpakket(LHV) 103,192
Basisverzekering 178
Bataafsche Staatsregeling 18,25
Bejaarden 139,140
Bejaardenhuis 57
Bekwaamheid 68,116
Beroep
. administratief 40
. college van zie College
Beroepsgeheim 58,156,180
Beroepsprofiel 158,190
Besluit
. Erkenningseisen Kruisorganisaties 113
. Proefgemeentes 164
. vestiging huisartsen zie Vestigingsbesluit
. werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 54
Bestuursconvenant
. grote steden 164
. LHV 86,98
Bestuursinstrument 26,28
Bevoegdheid 68,112,179,205
Bosse 65
Burgemeester en Wethouders 87
Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg 54,98
Centrale Klachtencommissie Gezinszorg 60
Certificatie 181,185,211,239
Circulaire 26,218
Civiel recht zie aansprakelijkheid
Cliëntgebonden budget 57,194,230
Code
. internationale voor verpleegkundigen 115
. maatschappelijk werker 153,157,158
Collectieve Arbeidsovereenkomst 32,155,156
College
. van beroep AMW 154
. van toezicht AMW 154
. voor het Beroep- en Bedrijfsleven 54
Collegia
. Chirurgica, Medica en Pharmaceutica 65
Commissie
. Keuzen in de zorg ('Dunning') 19
. Plaatselijke 67
. Provinciale 66
. Struktuur en financiering Gezondheidszorg ('Dekker') 175,181,230
. van Beroep AMW 158
. van de Rechtspraak 101,193
. van overleg 101
. van Registratie maatschappelijk werkers 158
. van Toezicht AMW 96
Consument 30,54,181,185,225
Continuïteit van zorg 229,236
Contracteerplicht 41,101,234
Curatieve zorg 121
Dagverzorging (intra-muraal) 57
Decentralisatie 142,170
Delegatie
. van medische handelingen 70, 79
. van wetgeving 26
Deskundigheid 116,182,188
Dienstverband 42,62
Directiefonds 92
Districtsraad KNMG 85
Districtsverpleegkundige 111
Doktersfonds 92
E(rkende) K(ruis)O(rganisatie) 80,120

EerstelijnsVoorzieningen Almere 50
EHBO 90,100
Eigen bijdrage 219,232
Eigen risico 179,231 e.v.
Erkenningseisen 47,114,188
Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens 237
Europese Gemeenschappen 27,207,228,235
Experimentele behandeling 77,209
Extra-muraal 17,41
Financieel Overzicht Zorg 46
Financiële Verhoudingenwet 39
FONA zie Meldingen Incidenten Patientenzorg
Gedeputeerde Staten 57,93,180
Gedragsregels 210
Gehandicaptenraad 57,128
Geheimhouding zie beroepsgeheim
Gemeente 39,63,85,170
Gemeentewet 25
Generalistisch 226
Geschillenregeling 94
Gezondheidscentrum 42,48,88
Gezondheidswet 68
Gilde 65
Goodwill (huisartsen) 83,85,86
Grondrecht
. individueel 19
. sociaal 17
Grondwet 17,25,29,41
Hogere Beroepsopleiding
. maatschappelijk werker 158,207
. verpleegkundige 113 e.v.,237
Home-team 55
Huisarts in opleiding 79
Huisartsenregistratie zie registratie
Huisartsenregistratiecommissie (HRC) 72
Huisbezoek
. huisarts 84,89,97,209
. specialist 96
Huishoudelijke hulp 134,194
Hulpeloze toestand 84
Hulpplicht 84
ILO-verdragen 29,196
In service opleiding 206
Indicatie 40,57,149,221,229
Indirecte regelgeving 33
Individualisering 28,132
Inschrijving
. in huisartsenregister 69
. op naam huisarts 84,235
Inspanningsverbintenis 97
Inspectie 67,93,209,210
Integrale eerstelijnszorg 17,227
Intra-muraal 41,216
Jurisprudentie zie rechtspraak
Kaderwet Specifiek Welzijn 30,45
Kantoortijden 104,138,161
Kerndiscipline 17,18
Klachtenregeling 59,240
KLOZ 126,147
(K)NMG 67,68,73
Kostenbeheersing 30,98,218,232 e.v.
Kraamzorg 19,123
Kwaliteitswet voor instellingen (toekomstige) 180,197,237
Landelijk Bestuurlijk Overleg 49
Landelijke Patiënten en Consumenten Platform (LPCP) 59
Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (LVG) 48,59
Landelijke Vereniging voor Maatschappelijke Werkers (LVMW) 157,238
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) 49,126,144
LHV 73,75,98,106
Lidmaatschap
. kruisvereniging 43,124
. ziekenfonds 43
LIER-systeem (gezinszorg) 144
LSV 100
Medewerkersovereenkomst 41,95,101,126,178
Meldingen Indicenten Patiëntenzorg (MIP) 130
Middelbaar Beroepsonderwijs
. verpleging (MBOV) 114,235
Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO) 114,135
Modelovereenkomst 48,178,183,239
Nachtopvang (intra-muraal) 57
Nationale Kruisorganisatie 49,120
Nationale (voorheen Centrale) Raad voor de Volksgezondheid) 38,121,181,189
Naturasysteem 41,232
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) 74,90
Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV) 115
(Nieuw)Burgerlijk Wetboek 32
Nieuwe Unie '91 116
NIVEL 49,81
Noodtoestand zie overmacht
Norminkomen 98
Normpraktijk 83,88,98
Ontwerp van Wet tot regeling der Ziekenverzorging 40,93
Ondernemingsfonds 92
Overmacht 84
Particulier
. initiatief 109,159
. verpleegbureau 110,208,217,238
. verzekerde 40,96,103

Planning
. beroepskrachten 53,231
. voorzieningen 39,44,53
Poortwachtersfunctie huisarts 96
Premie 179,221
Preventie
. collectieve 19,122,125
. individuele 17,121,227
Privacy-reglement 58
Proefgemeentes 164
Provincie 57,180
Pseudo-wetgeving 26
Psycholoog 169,187,227
Psycho-sociale hulp 18,169,227
Psycho-therapeut 155,187
Raad van Beroep 40
. Centrale 40
. KNMG 70
Rechtsgelijkheid 30,225
Rechtspraak 33,215,219
Rechtszekerheid 34,225
Registratie
. administratieve 111,207
. constitutieve 182,187
. huisartsen 68,72,235,237
. patiënten 76
. periodieke 182,211,237
Restitutiesysteem 184,196,232
Resultaatsverbintenis 97
RIAGG 167,169,220,227
Richtlijnen
. COTG 98,116,142
. EG 107,228
. overheid 94
Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening (RMD) 141,164
Sanctionering 31,209,211
Scholing (na- en bij-) 48,190,211,237
Sociaal Economische Raad 42,95,178
Solidariteit 97,225
Specialist 71,81,100,234
. 'halfspecialist' 69
Spiegelbepaling 80
Spreekuur 41
Standaard
. professionele 76,228
. algemeen aanvaarde 194,198
Stichting Beroepsregister maatschappelijk werkers 157,238
Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisarts (SDO) 77,106
Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH) 73
Strafrecht zie aansprakelijkheid
Subsidiariteit 226
Subsidie
. koppel- 39,62
. stimulerings- 55,56,77,88
Substitutie 62,177,227
Tarief
. abonnement 94,99
. budget 125,142,218
. verrichting 100,217
Telefonische Hulpdienst 159
Thuiszorg 55 e.v.,128,229,233
Toelating huisarts 95,102
Toetsing
. externe 190
. intercollegiale 77,182,190,229
Toezicht 154,209
Tuberculosebestrijding 109
Tuchtrecht
. intern 68,70,153,157
. wettelijk 69,116,209 e.v
Tijdelijke Wet Normering Inkomens vrije beroepsbeoefenaars 98
UEMO (Europese Huisartsenorganisatie) 73
Vereniging
. van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) 33,193
. voor Gezondheidsrecht 19,185
. voor Instellingen voor Algemeen Wetenschappelijk Werk (VIVAM) 157
. voor Nederlandse Gemeentes (VNG) 165
. van Ondernemingen in de Gepremieerde gesubsidieerde Sector (VOG) 50
. vrijheid van 132
Vergunningensysteem 39
Verklaring
. geneeskundige 76
. van behoeftigheid 94
Verlengde arm-constructie 80
Verloskunde 19
Verpleegbureau zie particulier
Verschoningsrecht 112,154,180
Verstrekking zie aanspraak
Verwijzing 40,71,81
Verzekeraar 225,227,230,233
Verzekerde 225,230,233
(zie ook particulier en ziekenfonds)
Vestiging
. regeling LHV 85,88
. vergunning huisarts 39,83,86
Vestigingsbesluit huisartsen 86
Vrije keuze
. aanbieder van zorg 61,230
. huisarts 84,91,239
. plaats van zorg 230
Waarneming (huisartsen) 70,79,209

Wachtlijst 215,236
Wet Arbeidsvoorwaarden Gepremieerde Gesubsidieerde sector (WAGGS) 125,155,218
Welzijnswet 30,165 e.v.
Wet Economische Mededinging 32,234
Wet Financiering Volksverzekeringen 55,73,143
Wet Gemeenschappelijke Regelingen 87,118,120
Wet op de Bejaardenoorden 57
Wet op de Zorgverzekering (toekomstige) 177
Wet Persoonsregistraties 58
Wet Tarieven Gezondheidszorg 54,183
Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen 54
Wet Uitoefening Geneeskunst 67,110
Wet Voorzieningen Gezondheidszorg 44
Wet Ziekenhuisvoorzieningen 38,44
Wetsvoorstel Beroepen Individuele Gezondheidszorg 182
Wetsvoorstel inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 19,59
Wetsvoorstel Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening 46
Zelfordening 31,203
Ziekenfonds 41,184
. verzekerde 40,96,103
Ziekenfondsenbesluit 40,94
Ziekenfondsraad 40,101,196
Ziekenfondswet 40 e.v.,94,97,177

Curriculum vitae

Anke Oosterman-Meulenbeld werd geboren op 12 juli 1947 te 's Gravenhage. Na het behalen van het diploma Gymnasium-Bèta (Stedelijk Gymnasium, Breda, 1967), heeft zij de opleiding tot Verpleegkundige A gedaan (Vrije Universiteit, Amsterdam, 1970) en in 1974 die tot Docente Verpleegkunde (Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier, Lausanne, Zwitserland 1974). Van 1972 tot 1977 is zij als docente verbonden geweest aan de Ecole de soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitair Vaudois te Lausanne, Zwitserland. Bij terugkeer in Nederland was zij, na een opleiding in de maatschappelijke gezondheidszorg (Katholieke Hogere School voor Verpleegkunde, Nijmegen, 1977-1979) enkele jaren als wijkverpleegkundige werkzaam.

Van 1980 tot 1985 heeft zij de rechtenstudie gedaan aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, terwijl zij part-time onderwijs bleef geven aan verschillende onderwijsinstellingen in de gezondheidszorg. In 1985 heeft zij een stage gelopen bij het Europese Parlement te Luxemburg en daar enkele onderzoeksrapporten geschreven, ondermeer over de controle en registratie van medicijnen in de Europese Gemeenschappen en in de Lidstaten.

Sinds januari 1986 is zij verbonden aan de vakgroep Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Limburg, eerst als wetenschappelijk assistent en sinds 1988 als universitair docent. In februari 1992 werd zij benoemd tot rechter-plaatsvervanger bij de arrondissementsrechtbank te Maastricht.

Meerdere publikaties zijn van haar hand verschenen. Die van voor 1985 gaan over de verpleegkunde. De publikaties na 1985 betreffen het recht der Europese Gemeenschappen en het gezondheidsrecht. Op beide gebieden heeft zij tevens lezingen gehouden in binnen- en buitenland.