

Meningen

DE ONTWIKKELING VAN DE GEZONDHEIDSWETGEVING IN NEDERLAND SINDS 1865*)

SAMENVATTING

Een overzicht wordt gegeven van de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland sinds het van kracht worden van de Wet Uitoefening Geneeskunst en de Gezondheidswet van 1865. Daarbij worden drie hoofdtijdvakken onderscheiden:

1. Het tijdvak van 1865-1900, waarin de kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening centraal staat.
2. Het tijdvak van 1901-1941, in welk jaar het Ziekenfondsbesluit tot uitvoering kwam. Motief: bescherming van de (sociaal) zwakkeren.
3. Het tijdvak van 1945 tot heden, waarbij de nadruk valt op de financieel-organisatorische eisen, verbonden aan de bevordering van de toegankelijkheid in het groeiend aanbod van voorzieningen in de gezondheidszorg. In dit tijdvak worden onderscheiden:
 - a. de periode 1945-1960 (wederopbouw);
 - b. de periode 1960-1970 (hoogconjunctuur);
 - c. de periode 1970-heden (conjuncturele terugslag).

Met betrekking tot laatstgenoemde periode wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de zogeheten Structuurnota van 1974 en aan de teleurstellende uitwerking daarvan, mede als gevolg van de moeilijke verenigbaarheid van decentralisatie, democratisering en deregulering.

SCHENDSTOK JRH. De ontwikkeling van de gezondheidswetgeving in Nederland sinds 1865. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 341-5.

J. R. H. Schendstok, econoom

Hoofd Stafafdeling Financieel-Economische Aangelegenheden.

Directie Algemene Gezondheidszorg van het Ministerie van WVC.

Trefwoorden: **Gezondheidszorg – Sociale tandheelkunde – Wetgeving**

Datum van acceptatie: 10 april 1987.

Adres: Drs. J. R. H. Schendstok, Ministerie van WVC, gebouw B.C.B., kamer 738, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

1. INLEIDING

'Ondanks de woelige ontwikkelingen in de heelkunst bleven de beroemdste hoogleraren in Italië en Frankrijk voortgaan lessen over de uitlegkunde der Griekse en Arabische schrijvers te houden, waardoor dezelve gezag een diepen, blijvenden indruk maakte.

Het groote oogmerk echter, waarom men toen de geneeskunde aanleerde, was de praktijk, dat is recepten te schrijven en 'geneesmiddelen' toe te dienen . . . Het baatte weinig . . .

De vreemdsoortigste, ongerijmdste, ja walgelijkste zaken moesten dienen om de gestoorde natuurlijke verrichtingen, met grooten omhaal en geheime kunstenaarijen – zo 't heette – te herstellen, te genezen . . . !'

Bovenstaande, voor de vroeg-negentiende-eeuwse geneeskunde niet zeer vleiende bijzonderheden noteerde de Friese geneeskundige Jelle Banga in zijn boek 'Geschiedenis van de vroege Geneeskunde in Nederland', dat werd uitgegeven in 1865.

Dat jaar betekende een uitermate belangrijke mijlpaal voor de gezondheids-

zorg in Nederland, niet zozeer wegens de publikatie van het zo juist genoemde boek, maar wel omdat na een trage en moeizame ontwikkelingsgang op 1 juni 1865 de volgende wetsontwerpen in de Staatscourant werden afgekondigd:

1. Ontwerp regelende het Geneeskundig Staatstoezicht.
2. Ontwerp regelende voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, enz.
3. Ontwerp regelende de uitoefening der geneeskunst.
4. Ontwerp regelende de uitoefening van de artseneerbereidkunst.

De zogenoemde Gezondheidswet en de Wet Uitoefening Geneeskunst kregen nog in 1865 de wettelijke status.

Krachtens de eerste van deze twee zogeheten 'Geneeskundige staatsregelingen' moest het bij die wet ingestelde staatstoezicht 'onvolkomenheden' op het gebied van de gezondheidstoestand van de bevolking melden aan het ministerie van Binnenlandse Zaken.

Op grond van de Wet Uitoefening Geneeskunst werd de bevoegdheid van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg van rijkswege getoetst. In deze wetten werd voor het eerst in de geschiedenis van Nederland de verantwoordelijkheid van de centrale overheid in de gezondheidszorg wettelijk vastgelegd door het uitoefenen van toezicht.

Daarvóór was de zorg voor de volksge-

zondheid traditioneel de taak van de plaatselijke overheid geweest, maar aan de uitvoering werden nauwelijks ooit eisen gesteld. Eén van de weinige bepalingen was dat het stadsbestuur erop moest toezien, dat geneeskundigen, apothekers, vroedvrouwen en tandmeesters de vereiste bevoegdheden bezaten, ten einde op deze wijze kwakzalverij te bestrijden . . . zij het doorgaans tevergeefs.

In tijden van epidemieën had het stadsbestuur tot taak de bevolking voor een ramp te behoeden. Het bezat daartoe echter onvoldoende kennis van zaken en dientengevolge had het meestal nauwelijks organisatorische maatregelen daarvoor getroffen.

Het verstrekken van voorzieningen op het gebied van geneeskundige zorg beperkte zich uitsluitend tot de armen en de uitvoering vond dan ook plaats in het kader van de Armenwet.

2. GEEN STAATSBEMOEIING

De algemene typering van deze periode kan – in overeenstemming met de liberale opvatting – worden aangeduid met de term 'onthouding van staatsbemoeiing', hoewel men anderzijds ook zou moeten spreken van een grote passiviteit van de staatsorganen . . . maar niet van de staatsorganen alleen!

Het pas ingestelde Staatstoezicht stuitte in die tijd op talrijke tekortkomingen en misstanden, die via de minister van Bin-

*) Naar een voordracht gehouden tijdens de Naajaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap d.d. 24 oktober 1986 te Amsterdam.

nenlandse Zaken Thorbecke bereikten.

Op de eerste plaats leidde het zeer grote aantal 'heelmeesters' in het midden van de vorige eeuw tot een mate van concurrentie en een vorm van 'gezondheidszorg' die bepaald niet bevorderlijk was voor de volksgezondheid. Men moet daarbij ook bedenken dat de eerste Wet Uitoefening Geneeskunst tot stand was gekomen met als doel het beschermen van het geneeskundige beroep en om het aantal heelmeesters te beperken, en niet in eerste instantie om de bevolking te beschermen tegen de slechte kwaliteit van de geneeskunst. Het zal dan ook niemand verwonderen dat deze wet in 1865 niet in de laatste plaats tot stand is gekomen dankzij de inspanningen van de Maatschappij voor Geneeskunst, die toen al blijk gaf van haar kwaliteiten als belangenorganisatie.

Uiteraard had de wet tevens de uitwerking dat het publiek toch wel enigszins werd beschermd tegen onkundige medische behandeling: deze uitwerking werd dan ook als doelstelling gepropageerd, maar zij voldeed hieraan onvoldoende.

De tweede oorzaak van de geconstateerde misstanden kan worden toegeschreven aan de inactiviteit, om niet te zeggen laksheid van de gemeenten om adequate maatregelen te nemen op het gebied van de maatschappelijke hygiëne en volksgezondheid.

3. WĒL STAATSBEMOEIING

Deze situatie bracht Thorbecke in een moeilijke positie: immers de 'Liberaal der Liberalen' had per slot van rekening de Gemeentewet van 1851 op zijn naam staan waarin onder meer was bepaald: 'Aan de Raad behoort het maken van verordeningen, die in het belang van de openbare orde, zedelijkheid en gezondheid worden vereist.' Het ontbreken van adequate maatregelen door de gemeenten gaf echter de doorslag: Thorbecke besloot de taken en verantwoordelijkheden voortaan aan de centrale overheid toe te delen en daarmee werd geleidelijk maar zeker het liberale standpunt van onthouding van staatsbemoeiing verlaten.

Die tendens werd in de volgende jaren voortgezet: in de Begrafeniswet (1869), de Veewet (1870) en de Wet op de Besmettelijke Ziekten (1872) werd de verantwoordelijkheid van de centrale overheid voor de volksgezondheid bekrachtigd. In de Wet houdende regeling van de voorwaarden ter verkrijging van de bevoegdheid tot uitoefening der tandheelkunst van 1876 en de Wet houdende regeling der voorwaarden ter verkrijging van de bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apotheker-bediende van 1878 werd de invloed van het Rijk verder opgevoerd en werd de bescherming van het publiek en de kwaliteit van de beroepsuitoefening beter

gewaarborgd.

Men kan gerust zeggen dat deze wetgeving een omwenteling op het gebied van de gezondheidszorg veroorzaakte. Regelgeving op dit terrein moest op last van het Rijk worden uitgevoerd; ook moesten voorzieningen van sociaal-hygiënische aard worden getroffen. Maatregelen op het gebied van de zorg en verzorging zelf werden echter niet genomen. Die ontwikkeling begon pas tegen het eind van het jaar 1900.

4. VERZEKERINGSWETGEVING

In deze jaren kwam de eerste centrale verzekeringswet tot stand waarin onder meer was voorzien in een verzekering tegen de kosten ten gevolge van een ongeval: de Ongevallenwet van 1901. Deze wet had echter uitsluitend betrekking op arbeiders werkzaam in fabrieken, waarin de arbeid een hoog risico met zich meebracht. De teerling was hiermee echter wel geworpen: na 1901 volgden verschillende ontwerpen van wet, waarin allerlei varianten op het thema ziekengeldregeling/ziektekostenverzekering konden worden gevonden. Al deze ontwerpen strandden echter onder verschillende ministers: Kuyper (1904), Veegers (1906), Talma (1910), Treub (1915), Aalberse (1920) en Singenberg (1936). Tot in de Tweede Wereldoorlog moest Nederland het stellen zonder (algemene) ziekenfondswet.

Het mislukken van al deze pogingen een ziektekostenverzekeringswet aanvaard te krijgen is te wijten aan de tegenstellingen tussen de uitvoerende gezondheidszorg en de vrijwillige ziektekostenverzekeringen, met andere woorden tussen de Maatschappij voor Geneeskunst en de arbeiders- en vakbeweging. Een sinds 1890 weer stijgend aantal artsen, op zoek naar een welgevallige werkkring met bijbehorend inkomen, zag zich geconfronteerd met een zich voortdurend uitbreidend ziekenfondsweten, dat vanaf de tijd van de gilden tot het domein van de arbeidersbeweging behoorde. Pas onder de Duitse bezetting werd – in navolging van Bismarck's stelsel van sociale zekerheid – in 1941 het Duitse ziekenfondsbesluit ingevoerd. Dit besluit vormde het raamwerk waarbinnen het stelsel van ziektekostenverzekering pas laat na de Tweede Wereldoorlog zich verder zou ontwikkelen, mede op basis van de tijdens de periode 1904-1936 gevoerde discussie.

Ook andere vormen van centrale wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg, zoals in 1920 het ontwerp van wet Gezondheidsdiensten van Aalberse, strandden, maar dan wegens belangtengstellingen tussen Rijk, gemeenten en het zogeheten Particulier Initiatief. Het ging Aalberse hierbij om een instrument dat zou dienen om landelijk een organisatorisch netwerk te creëren ten behoeve

van het onderzoek naar de stand van de volksgezondheid en de bevordering van de volksgezondheid in het algemeen, maar vooral op het gebied van besmettelijke ziekten en kinderrygiëne. Dit initiatief van Aalberse was een eerste poging van het Rijk om de gezondheidszorg in een organisatorisch verband in te bedden. Het Rijk verloor echter deze strijd tegen de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdiensten en het Kruiswerk.

De uitoefening van de gezondheidszorg, de zorg voor de collectieve preventie en de organisatie daarvan bleef een verantwoordelijkheid van het 'particuliere initiatief'. Het Rijk had inmiddels echter een nieuw instrument ontwikkeld om zijn invloed in de gezondheidszorg aan te wenden: wat niet per wet kon worden geregeld, werd met geld geregeld. De door het Rijk positief geachte ontwikkelingen in de particuliere uitoefening van de gezondheidszorg werd gestimuleerd en gestuurd door middel van subsidies.

5. INVENTARISATIE VAN DE VERMELDE GEGEVENS

Als nu de in de periode 1865-1940 ontstane wetgeving op het terrein van de maatschappelijke hygiëne en de volksgezondheid wordt geïnventariseerd en in het desbetreffende tijdsbeeld wordt geplaatst, kan worden getracht de redenen voor het staatsingrijpen op het gebied van de volksgezondheid te verklaren.

5.1. Tijdvak 1865-1900

Wetgeving:

1865: Geneeskundige staatsregeling 1865 of wel: 'Gezondheidswet 1865' + 'Wet uitoefening Geneeskunst'

1869: Begrafeniswet

1870: Veewet

1874: Wet op de Besmettelijke ziekten

1876: Wet 'Uitoefening Tandheelkunst'

1878: Wet 'Bevoegdheid arts, tandarts, apotheker, etc.'

1884: Krankzinnigenwet

Motief

Het kernwoord is: 'kwaliteitsbewaking':

a. bescherming van (de kwaliteit van) de beroepen in de gezondheidszorg;

b. bescherming van de patiënt (het publiek);

c. correctie van *ongewenste* ontwikkelingen en het voorkómen van misstanden;

d. beroepsbelang is niet identiek met algemeen belang; gemeentelijke belangen strekken zich niet uit tot het algemene (volksgezondheids)belang, waardoor het Rijk zich genoodzaakt ziet de verantwoordelijkheid aangaande dit belang zelf op zich te nemen door middel van centrale wetgeving.

5.2. Tijdvak 1901-1941

Wetgeving:

1901: Ongevallenwet
 1906: Wet op sera en vaccins
 1919: Warenwet
 1920: Vleeskeuringwet
 1928: Medische tuchtwet
 1928: Wet op de bestrijding van infectieziekten
 1928: Opiumwet
 1901-1937: Machtstrijd = gedachtenontwikkeling = belangentegenstelling in/over sociale verzekering tegen ziektekosten. Ontstaan en ontwikkeling subsidiepolitiek
 1941: Ziekenfondsbesluit 1941.

Motief

Het kernwoord is: 'bescherming van de (sociaal) zwakkere':

- a. maatschappelijke ontwikkelingen en gedachtenvorming daarover bevestigen en verankeren in (sociale) wetgeving;
- b. stimuleren van *gewenste* ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Aan de hand van bovenstaand schema kunnen derhalve twee perioden worden onderscheiden op basis van het motief voor overheidsingrijpen in de volksgezondheid.

5.3. Na de Tweede Wereldoorlog

Een beschouwing over de motieven voor overheidsbemoeienis gedurende de periode na de Tweede Wereldoorlog kan eveneens worden gebaseerd op bepaalde kenmerken, passend bij een bepaald tijdsbeeld. Het blijkt dat de redenen voor overheidsingrijpen per tijdsbeeld verschillen en dat ze vanuit de gebeurtenissen in het betrokken tijdvak kunnen worden gemotiveerd.

In deze periode kan de verhouding overheid-gezondheidszorg worden onderscheiden naar de volgende kenmerken:

- de mate van overheidsingrijpen in de gezondheidszorg;
- de mate van vrijheid van het 'particulier initiatief' in de gezondheidszorg;
- de mate waarin de overheid de groei van de gezondheidszorg stimuleert, vrij laat, respectievelijk afremt.

Deze kenmerken verschillen per tijdvak; zij hebben na de Tweede Wereldoorlog onderstaande ontwikkelingen gevolgd:
 1945-1960: periode van wederopbouw;
 1960-1970: periode van hoogconjunctuur;
 1970-heden: periode van conjuncturele terugslag.

5.3.1. Periode van wederopbouw: 1945-1960

Tijdens de periode van wederopbouw na de Tweede Wereldoorlog was nauwelijks sprake van wetgeving op het specifieke

terrein van de volksgezondheid. De overheid voerde een restrictief beleid ten aanzien van de groei van de gezondheidszorg. Op grond van een noodwet van 1939: de 'Prijsofdrijvings- en Hamsterwet' werd de groei in volume en prijs afgeremd en werd een strak prijs-, premie- en bouwbeleid gevoerd.

Het was de tijd van de geleide loonpolitiek: alle inspanningen moesten worden geleid naar het herstel van de schade door de oorlog. Pas aan het einde van deze periode, als de economische inspanningen, aanvankelijk gericht op het herstel, geleidelijk een groeifase inluiden, krijgt de overheid aandacht voor de gezondheidszorg.

In 1956 werd de Gezondheidswet 1956 van kracht, in eerste instantie bedoeld om de organisatie van de gezondheidszorg te verbeteren: deze had tijdens de oorlog veel geleden. Naast de organisaties die als gevolg van de Gezondheidswet van 1901 waren ontstaan, werden de 'Centrale Raad voor de Volksgezondheid' en de 'Provinciale Raden voor Volksgezondheid' in het leven geroepen. De Centrale Raad, voornamelijk samengesteld uit vertegenwoordigers van de organisaties, personen en instellingen werkzaam op het gebied van de volksgezondheid, kreeg onder meer tot taak het adviseren van de regering. De Provinciale Raden moesten coördinerende en stimulerende werkzaamheden op het terrein van de gezondheidszorg verrichten.

In zekere zin werden taken, die in de eerste gezondheidswetten van 1865 en 1901 aan het Staatstoezicht waren toebedeeld, door de Centrale en Provinciale Raden overgenomen. Er werden echter ook bepaalde taken gedecentraliseerd naar het provinciale niveau. Cannegieter meent dan ook in zijn studie 'Honderdvijftig jaar Gezondheidswet' te kunnen stellen: 'In dit wetsontwerp zou men het einde kunnen zien van een ontwikkelingsgang, welk in zekere zin tot zijn beginpunt is teruggekeerd'.²

Een andere wet - eveneens bedoeld om de organisatie van de gezondheidszorg te verbeteren - is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 1957. Hierin vindt men echter niet de decentralisatie- en democratiseringstendensen terug, die men in de Gezondheidswet 1956 aantreft. Is dit wellicht ook de reden geweest dat deze wet pas omstreeks 1975 feitelijk wordt gehanteerd?

Samenvattend kan worden vastgesteld dat in het *tijdvak 1945-1960*, dus de *periode van wederopbouw*, de daarin ontstane wetgeving past:

1939: Prijsofdrijvings- en Hamsterwet
 1950: Wet op het Praeventiefonds
 1956: Gezondheidswet 1956

1957: Wet Ziekenhuisvoorzieningen
 1958: Wet op de Geneesmiddelenvoorziening

Motief

- a. bekrachtiging van gestelde prioriteiten in een periode van grote schaarste (financieel-economisch motief);
- b. bevordering van *gewenste* ontwikkelingen (beleidsmotief, ordeningsmotief);
- c. democratisering, decentralisering (bevestiging maatschappelijke ontwikkelingen).

5.3.2. Periode van hoogconjunctuur: 1960-1970

De periode van hoogconjunctuur is gekenmerkt door een toenemende materiële welvaart, een enorme versnelling in de technologische ontwikkelingen - ook in de gezondheidsvoorzieningen - en een toenemende individualisering.

De noodzaak van een restrictief overheidsbeleid neemt af tot nihil; de geleide loonpolitiek wordt losgelaten en er is een sterke tendens tot liberalisatie. De versoepeling van het overheidsbeleid, de rijkdom en de nieuw verworven technieken leiden tot een spectaculaire groei in de gezondheidszorg, voornamelijk geïnitieerd door het particulier initiatief. De welvaart heeft ook zijn invloed op de kassen van de ziekenfondsen, die het steeds groeiende aanbod van voorzieningen voor gezondheidszorg in aantal, vorm en hoeveelheid voor hun verzekerden steeds meer toegankelijk maken.

Vermoedelijk kwam het door de welvaart, dat de oude discussies van de jaren dertig over de verschillende wijzen en vormen van verzekering tegen ziektekosten weer werden gevoerd, echter zonder tot algehele overeenstemming te leiden over de keuze: wel of geen Volksverzekering en in welke vorm?

De Ziekenfondswet van 1964 ging de toenmalige minister van Sociale Zaken, Veldkamp, niet ver genoeg; zijn pogingen een algehele volksverzekering in te voeren eindigden in een compromis: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van 1967.

Hoewel in deze wetten centrale regels werden gesteld over het verkrijgen van de financiële middelen voor de uitvoering van deze wet, werd de uitvoering zelf en de voorbereiding van de besluitvorming - conform de 'laissez faire'-politiek van die tijd - gedelegeerd aan de ziekenfondsen en de Ziekenfondsraad.

In het *tijdvak 1960-1970* van *hoogconjunctuur*, welvaart en 'laissez faire', past de daarin ontstane wetgeving:

1963: Wet paramedische beroepen
 1964: Ziekenfondswet
 1967: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Motief

financieel-economisch, bevordering van de toegankelijkheid in een groeiend aanbod van voorzieningen van gezondheidszorg.

De individualisering van de maatschappij wierp echter een donkere schaduw op al deze gunstige ontwikkelingen: de groei van de gezondheidszorg verliep ongecoördineerd, onsamenhangend en niet planmatig. Zij ontstond immers uit een veelvoud van onderling niet-gecoördineerde particuliere initiatieven, die wegens het ontbreken van enige centrale sturing niet planmatig verliep. Zo ontstonden overcapaciteit, overschot, doublures en overlappingsen, die de kosten van de gezondheidszorg tot een onaantvaardbare hoogte opstuwden. Deze situatie luidde een periode in, die een strakker overheidsbeleid in de gezondheidszorg zou kunnen rechtvaardigen. Door de 'laissez faire'-politiek van de toenmalige regeringen hadden de machtsverhoudingen zich in het voordeel van de organisaties van het particulier initiatief ontwikkeld. Hun positie werd verder gesteekt doordat in de wetgeving de uitvoering en voorbereiding van besluitvorming betreffende de gezondheidszorg veelal gedelegeerd was aan zogenaamde 'parastatale organen', die waren opgebouwd uit vertegenwoordigers van dit particulier initiatief en de vakbeweging.

Het – van overheidswege – nemen van maatregelen om de groei in de gezondheidszorg af te remmen en deze onderling op elkaar af te stemmen, werd door deze situatie in niet geringe mate bemoeilijkt.

5.3.3. Periode van conjuncturele terugslag 1970-heden

Het overheidsbeleid gedurende de periode 1970-heden valt in die zin op dat – in tegenstelling tot alle voorgaande perioden, waarin het overheidsinstrumentarium was gericht op óf het organisatorisch aspect óf het financiële aspect – meer en meer werd gestreefd naar besturing en beheersing van de gezondheidszorg door middel van een samenhangend stelsel van wetten, die behalve het organisatorische en het financieringsaspect ook het prijsbeheersingsaspect behelsden.

Een architectuur van dit stelsel werd in 1974 in de 'Structuurnota' van de toenmalige staatssecretaris Hendriks gepresenteerd. De sector gezondheidszorg werd verdeeld in 'echelons' – 'eerstelijns' en 'tweedelijns' – ten einde te komen tot een structurele basis, die zou moeten dienen als uitgangspunt voor het organisatorisch sturen met behulp van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

De ordening en besturing van de sector zou gestalte moeten krijgen door middel van gedecentraliseerde meerjarenplanning, waarbij het democratisch element

een belangrijke plaats zou innemen.

De tarieven zouden moeten worden beheerst door de regelgeving van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en het sluitstuk van het samenhangende stelsel zou moeten worden gevormd door een algemene, algehele volksverzekering.

Het concept van Hendriks hield het volgende stramien in: 'prijs volgt planning en financiering volgt plan en prijs'. Maar dit zou een verzwakking van de macht van de financiers betekenen ten gunste van de planmaker en Hendriks had hiervoor de Gemeenten, de Provincies en het Rijk in gedachten. Dit stuitte weer op verzet van het particulier initiatief dat een 'functionele decentralisatie' verlangde om zijn positie in de gezondheidszorg in elk geval te kunnen handhaven.

De WTG werd in 1980 van kracht en de WVG passeerde in 1984 het Parlement, maar noch van het concept van Hendriks, noch van een samenhangend stelsel is iets terechtgekomen.

De discussie over de financiering is nog volop in gang en tendert op dit ogenblik in de verste verte niet naar een algehele, algemene volksverzekering. De regelgeving van de WTG werd gedelegeerd aan nóg een parastataal orgaan: Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), waarmee de overheid een belangrijk sturingsmechanisme uit handen gaf (het feit dat de ministers van Volksgezondheid en Economische Zaken deze COTG-richtlijnen achteraf moeten bekrachtigen doet daar weinig aan af).

De COTG-tariefsrichtlijnen bevatten nu zoveel volume-elementen, dat via het COTG de planningsmogelijkheden in feite aan de financiers – en dan met name aan de ziekenfondsen – in handen zijn gegeven. Deze ontwikkeling is mogelijk geworden doordat de WVG – een kaderwet – in haar uitvoerende regelgeving maar niet van de grond kwam.

De zojuist geschetste belangentegenstelling en machtsstrijd tussen de (lagere) overheid, de financiers en het 'veld' van de gezondheidszorg maken een – voor de WVG noodzakelijke (!) – overeenstemming tussen deze maatschappelijke groeperingen onmogelijk. Het democratiserend element van de WVG vereist inspraak- en adviesprocedures, waar men nog steeds niet is uitgekomen. En dit om slechts een enkel knelpunt van de WVG te noemen.

Als gevolg van haar eigen regelgeving worden de sturingsmogelijkheden van de (Rijks)overheid steeds geringer en mede als gevolg van de economische terugslag wordt de macht van de financiers in de gezondheidszorg steeds groter. Deze laatste ontwikkeling kan men bevestigd zien in de 245 wijzigingen, aanvullingen en aan-

passingen van de Ziekenfondswet sinds haar invoering in 1964 en voorts in de 115 bijstellingen van de AWBZ vanaf 1967.

Men kan niet aan de indruk ontkomen dat dit noodgrepen zijn om – tegen de oorspronkelijke doelstellingen in – enige sturing en beheersing in de gezondheidszorg te bereiken. Deze noodgrepen worden toegepast door een (Rijks-)overheid die haar sturingsmogelijkheden in de gezondheidszorg uit handen heeft gegeven. Ondanks alle pogingen om vanaf 1970 een rem op de groei van de kosten in de gezondheidszorg te bewerkstelligen is tot 1984 de groei in deze sector groter geweest dan die van het Nationaal Inkomen. En het ziet er tot nu toe naar uit dat de beoogde herstructurering ook niet is gelukt.

In een sector waar de belangentegenstellingen zo groot zijn en waar de macht in een richting verschuift die niet in overeenstemming is met de eigenlijke bedoeling van de wetgever, is het noodzakelijk dat de wetgever óf openlijk zijn doelstellingen en concepten herziet, óf dat hij de niet beoogde ontwikkelingen corrigeert.

Thans is een tijdperk aangebroken, waarin aan de ene kant wordt verlangd dat de centrale overheid zich terugtrekt en aan de andere kant wordt geëist dat er ordening komt, de geldmiddelen beter of tenminste anders worden verdeeld en dat bepaalde groeperingen of subsectoren uit hun achterstandsituatie worden gehaald.

In het Regeerakkoord wordt de verwezenlijking van de terugtrekkende overheid verwoord met de begrippen decentralisatie, democratisering en deregulering. De wijze waarop de vraagstukken van de ordening en herallocatie van middelen zullen moeten worden opgelost, kan men echter niet in het regeringsbeleid terugvinden.

Decentralisatie leidt tot meer regelgeving, en dan ook nog van een lagere orde en met een geringere bereik

Democratisering uit zich in belangentegenstellingen en het compromis dat dan wordt gesloten is niet per definitie in het algemeen belang.

Deregulering is niet te rijmen met de gevolgen van decentralisatie en democratisering. In de gezondheidszorg kan deregulering – hoe noodzakelijk misschien op zich zelf ook – leiden tot een verdere afzwakking van de positie van de (centrale) overheid, waardoor doelstellingen, die het algemeen belang beogen, wellicht niet zullen worden bereikt.

Deregulering en de onmacht van de centrale overheid hebben reeds aanleiding gegeven tot 'onderonsjes' tussen bewindslieden en bepaalde belangengroeperingen, die tot overeenkomsten hebben geleid. De

resultaten van deze overeenkomsten, zoals het 'Generaal Accoord' en het 'Convenant', hebben wel consequenties – óók financiële – voor de gemeenschap, maar zijn niet formeel door het Parlement goedgekeurd of bekrachtigd, zoals dient te geschieden bij formele regelgeving, zoals bij wetten en Algemene Maatregelen van Bestuur. Dit lijkt een bedenkelijke ontwikkeling, alsof men op weg is naar de situatie van vóór 1865!

De rechtvaardiging van de bemoeienis van de overheid in de gemeenschap (lees: gezondheidszorg) kan alleen worden ingegeven door de wens van die gemeenschap; en daarmee wordt *niet* bedoeld een bepaalde groep of groepering: die hebben een eigen belang.

6. CONCLUSIE

De rechtvaardiging van de overheidsbemoeienis in de gezondheidszorg kan worden gevonden in de volgende ontwikkelingen of omstandigheden:

- als het noodzakelijk is (dreigende) misstanden of ongewenste ontwikkelingen te voorkómen of te corrigeren;
- ter bevestiging of bekrachtiging van bepaalde algemene maatschappelijke ontwikkelingen;
- ter bescherming van het algemeen belang: organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen zijn belangenorganisaties; zij dienen in eerste instantie niet het algemeen belang;
- als 'countervailing power', die het gewenste evenwicht in de gezondheidszorg aanbrengt: het mechanisme van vraag en aanbod werkt in deze sector niet;
- ter bevordering van een doelmatige besteding van gemeenschapsgeld;
- ter verwezenlijking van bepaalde doel-

stellingen, bij voorbeeld:

- a. het stimuleren van bepaalde ontwikkelingen;
- b. het sturen van ontwikkelingen naar een bepaald doel.

De gemeenschap die, naar men mag aannemen, het algemeen belang vertegenwoor-

digt, heeft te kennen gegeven dat het algemene volksgezondheidsbelang het best wordt gediend door besturing vanwege de overheid. In artikel 22 van de Nieuwe Grondwet van 1983 heeft zij dan ook de verantwoordelijkheid in de handen van de overheid gelegd.

SUMMARY

DEVELOPMENT IN HEALTH CARE LEGISLATION IN THE NETHERLANDS AS FROM 1865

Keywords: Health care – Community dentistry – Legislation

In this article a general view is given with regard to health care development in The Netherlands as from the moment that the Medical Practice Act and Health Act of 1865 came into force. When observing these laws three periods can be distinguished.

1. 1865-1900 during which period quality control of health care practice takes a central place.
 2. 1901-1941 during which period the resolution on sick allowances was adopted. Motive: protection of the socially unprivileged.
 3. 1945 until now emphasizing the financial-organisational demands related to the promotion of access to the growing supply of facilities in the health care.
- In this period can be distinguished:
- a. 1945-1960 (post-war reconstruction)
 - b. 1960-1970 (boom)
 - c. 1970 until now (economical recession).

With regard to the last period special attention is paid to the so-called 'Structuurnota' (regional plan) of 1974 and to its disappointing effect, for an important part due to the fact that decentralization, democratization and deregulation are difficult to combine.

LITERATUUR

- ¹ BANGA J. Geschiedenis van de geneeskunde en van hare beoefenaren in Nederland 1868. Schiedam: Interbook International, 1975.
 - ² CANNEGIETER MD. Honderdvijftig jaar gezondheidswet. Assen: Van Gorcum en Prakke, 1954.
 - ³ JUFFERMANS P (RED). Overheidsbeleid en ziekenfondsen 1945-1977. Publikatie van de Werkgroep Herstructurering Gezondheidszorg. Nijmegen: SUN, 1977.
 - ⁴ DE VREEZE JTM. Voor en na de gezondheidswet 1956; eadem sed aliter. Inaugurele rede, 25 september 1968. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1968.
 - ⁵ OUDHEIDKUNDIGE KRING 'DIE GOUDE'. De invloed van het stadsbestuur op de volksgezondheid in de loop der eeuwen. Gouda: Die Goude, 1972: 183-217.
 - ⁶ JUFFERMANS P. Staat en gezondheidszorg in Nederland. Academisch proefschrift. Nijmegen: SUN, 1982.
-