

---

# vereniging voor gezondheidsrecht

---

## **OVERHEID EN HET RECHT OP GEZONDHEIDSZORG**

Een tussentijdse balans

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering  
van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 30 maart 1984

door:

prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing

---

# vereniging voor gezondheidsrecht

---

## **OVERHEID EN HET RECHT OP GEZONDHEIDSZORG**

Een tussentijdse balans

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering  
van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 30 maart 1984

door:

prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing

INHOUDSOPGAVE

blz.

INLEIDING	1
I HET SOCIALE GRONDWETTELIJKE RECHT OP GEZONDHEIDSZORG	3
1. Inleidende beschouwingen	3
2. Verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van gezondheidszorg	10
II GLOBALE SCHETS ONTWIKKELING OVERHEIDSBEMOEIENIS	16
1. Periode van terughoudendheid	16
2. Ontwikkeling van overheidsbemoeyenis	22
III REALISERING RECHT OP GEZONDHEIDSZORG DOOR DE OVERHEID	28
1. Kwaliteitsbewaking en bevordering	28
2. Functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid	39
3. Financiële toegankelijkheid	53
IV EEN VISIE OP DE OVERHEIDSTAAK (WET- EN REGELGEVING)	73
1. Inleiding	73
2. Wetgeving	78
3. Kwaliteitsbewaking en bevordering	86
4. Functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid	88
5. Financiële toegankelijkheid	95
6. Internationale regelgeving	103

## INLEIDING

Op verzoek van de Vereniging voor Gezondheidsrecht is het onderhavige preadvies 'Overheid en recht op gezondheidszorg; een tussentijdse balans' opgesteld. Het te behandelen onderwerp, de wijze waarop de overheid gestalte geeft aan het recht op gezondheidszorg, is veelomvattend en heeft verschillende aspecten. Om het onderwerp enigszins afgebakend ter discussie te kunnen stellen, is als hoofdinvashoek de wetgeving genomen, voorzover gericht op de drie aspecten van het recht op gezondheidszorg, te weten kwaliteit, functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid, en financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Internationale regels zijn hier eveneens bij betrokken. Andere instrumenten, die de overheid ten dienste staan bij de vormgeving aan het recht op gezondheidszorg, zoals beleidsnota's, wetenschappelijk onderzoek, niet wettelijk geregelde voorzieningen, opleidingen e.d. zijn buiten beschouwing gebleven. Evenmin zijn andere voor het onderwerp relevante benaderingswijzen, zoals de realisering van het recht op gezondheidszorg voor bepaalde groepen (bejaarden, verpleeghuispatiënten, militairen, gevangenen, psychiatrische patiënten enz.); het individuele aspect: de aanspraken van de patiënt in de gezondheidszorg; de rechtspraak ten aanzien van het recht op gezondheidszorg e.d. besproken.

Ook binnen de gekozen benadering moest een keuze worden gemaakt. Zo is op detailproblemen weinig ingegaan en is er vooral naar gestreefd vanuit de gekozen invalshoek een aantal grote lijnen aan te geven.

De opzet van het preadvies is als volgt:

In hoofdstuk I wordt een plaatsbepaling gegeven van het recht op gezondheidszorg in relatie tot nieuwe ontwikkelingen in de staatsopvatting.

Hoofdstuk II bevat een globale historische beschrijving van de wijze waarop tot ongeveer het begin van deze eeuw de staatsopvatting tot uitdrukking is gekomen.

Hoofdstuk III geeft een inhoudelijke analyse van bestaande wetgeving met betrekking tot de drie aspecten (kwaliteit; functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid; financiële toegankelijkheid) van de overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van het recht op gezondheidszorg.

In hoofdstuk IV wordt vanuit de plaatsbepaling van het recht op gezondheidszorg in de veranderde staatsopvatting, zoals weergegeven in hoofdstuk I, alsmede op basis van de analyse in hoofdstuk III, globaal aangegeven hoe via de overheidsregulering in de toekomst aan de drie aspecten van het recht op gezondheidszorg vorm zou kunnen worden gegeven.

Gaarne wil ik mw. C.J.M. Nederveen en mw. W.J.L.M. Opstal bedanken voor de wijze waarop zij aan de tot standkoming van dit preadvies hebben bijgedragen.

De tekst is medio januari 1984 afgesloten.

## HOOFDSTUK I

### HET SOCIALE GRONDWETTELIJKE RECHT OP GEZONDHEIDSZORG

#### 1. Inleidende beschouwingen

In 1798 is in artikel 62 van de Staatsregeling van de Bataafse Republiek een vorm van grondwettelijke regeling van het recht op gezondheidszorg te vinden. 1)

De 'instructie' voor degene belast met de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van dit artikel bevatte een uitgebreid programma, variërend van algemeen preventief gerichte maatregelen, kwaliteit van hulpverlening, toezicht op gevangenen, gast- en krankzinnigen- en verbeteringshuizen, geneeskundige verzorging voor armen en plattelandsbewoners, militair geneeskundige dienst tot gezondheidsopvoeding en epidemiologie. 2)

Het duurde tot 1983 voordat deze in 1801 uit de Nederlandse staatsregeling verdwenen bepaling weer een plaats kreeg in onze Grondwet. 3) Overigens werd het recht op gezondheidszorg wel regelmatig direkt dan wel indirekt in overheids- en parlementaire stukken geformuleerd.

Met de grondwettelijke regeling van het recht op gezondheidszorg is een bepaalde taakstelling van de overheid geformuleerd. Overheid en wetgever hebben een grondwettelijke verplichting activiteiten te ontplooiën tot handhaving en bevordering van de gezondheidszorg. Een verplichting overigens, welke Nederland reeds eerder in internationaal verband was aangegaan.

De erkenning van het recht op gezondheidszorg als een sociaal grondrecht brengt met zich, dat de overheid verantwoordelijkheid draagt voor de realisering daarvan, binnen de noodzakelijkerwijze te stellen prioriteiten, en met inachtneming van evenzeer grondwettelijk vastgelegde individuele vrijheden.

Naast dit formele aspekt van de sociale grondrechten in die zin dat zij ten opzichte van de overheid een 'instructie'norm bevatten, hebben deze ook een materieel aspekt. Leenen typeert de sociale grondrechten als 'participatierechten': Zij beogen de deelname van het individu aan de verworvenheden van de samenleving, terwijl de gemeenschap van de individu mag verwachten dat hij een actieve bijdrage levert. Donner sluit hierop aan door te stellen dat het aangelegenheden betreft welke niet alleen van de staat afhangen. 4, 5, 6)

Het karakter van sociale grondrechten, en de relatie tussen sociale en individuele grondrechten is reeds uitvoerig beschreven. 7) Hieronder volgt dan ook slechts een enkele beschouwing.

Van de individu wordt ten opzichte van de samenleving een dusdanige inzet verlangt dat mede door zijn inspanning ook de samenleving tot optimale ontplooiing komt en zich verder kan ontwikkelen. 8) Voorts wordt van de individu een dusdanige houding ten opzichte van zijn medeburger verwacht, dat deze niet (onnodig) wordt beperkt in zijn aanspraak op sociale grondrechten (materiële aspekt van sociale grondrechten).

Sociale grondrechten zijn positief geformuleerd in die zin dat de burger van de overheid (waaronder begrepen de wetgever) kan verlangen dat deze zich inspant tot verwezenlijking van een bepaald belang, ook in partikuliere verhoudingen.

Sociale grondrechten zijn nodig om materiële betekenis te geven aan klassieke grondrechten. Zij bevatten een opdracht tot regeling aan de wetgever en een rechtswaarborg voor de burger (formele aspekt van sociale grondrechten). 9)

Dit formele karakter van de sociale grondrechten (als 'instructie'norm) kwam duidelijk tot uitdrukking in eerderbedoelde 'instructie' op basis van artikel 62 van de Staatsregeling van 1798. Worden individuele grondrechten in beginsel niet beïnvloed door de economische, financiële mogelijkheden, bij de sociale grondrechten ligt dit anders: de overheid bevordert de verwezenlijking van een sociaal recht voorzover dit mogelijk is gegeven de economische en financiële situatie. 10), 11), 12)

Vanuit internationale regelingen met betrekking tot grondrechten bezien geven de grondwettelijk geformuleerde grondrechten veelal met name ten aanzien van klassieke grondrechten een nadere specificering, toegespitst op, en aangepast aan de Nederlandse situatie. Als zodanig kunnen zij worden beschouwd als een nadere uitwerking van, en aanvulling op internationaal recht. Teneinde vanwege deze nadere invulling op grond van de nationale situatie een mogelijk conflict met internationaal recht te vermijden is in de internationale regelingen met betrekking tot klassieke grondrechten vastgelegd dat die bepaling prevaleert welke de meeste rechtsbescherming biedt 13): het meerdere is toegestaan, het mindere niet. Ten aanzien van de sociale grondrechten is de situatie vanwege hun karakter een andere. In de desbetreffende teksten komt het feit dat het hier instructienormen betreft uitdrukkelijk tot uiting. 14)

Zo is ten aanzien van het recht op gezondheidszorg zoals dit in de Grondwet (art. 22.1) is geformuleerd geen sprake van een aanvulling op c.q. nadere uitwerking van internationale regelingen.

Zowel het Europees Sociaal Handvest (1961) als het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (1966) bevatten in tegenstelling tot onze Grondwet een 'beginselprogramma' van activiteiten, welke door regeringen op het terrein van de gezondheidszorg ondernomen dienen te worden. Het Internationaal Verdrag bevat op enkele onderdelen zelfs een dwingend voorschrift.

Een vergelijkbare situatie treffen we aan in hoofdstuk III van het Verdrag van Rome (ter oprichting van de Europese Economische Gemeenschap) (1957) met betrekking tot sociaal beleid (artikel 118).

Bij behartiging van de in artikel 22.1 Grondwet aan haar gegeven opdracht, zal de overheid zich derhalve tenminste dienen te richten op de in internationale regelingen vervatte beginselprogramma's.

De formulering van artikel 22.1 Grondwet bevestigt, evenals die in de desbetreffende internationale teksten, dat het bij het recht op gezondheidszorg gaat om een instructienorm, een inspanningsopdracht: gekozen is voor het begrip 'bevorderen' en niet voor het - engere - begrip 'beschermen'. Het begrip 'bevorderen' dat mede het begrip 'beschermen' omvat, geeft aan dat naast handhaving van een bepaalde bestaande situatie, ook verbetering van die situatie dient te worden nagestreefd. 15)

Overheidshandelen dient gericht te zijn op optimale zelfbeschikking van de individu; dit veronderstelt tevens optimale mogelijkheden voor zelfontplooiing. Opvattingen omtrent de overheidstaak te dien aanzien wijzigen zich naar gelang de normatieve opvattingen zich wijzigen. De opname van sociale grondrechten in 1983 in de Grondwet heeft te maken met deze veranderingen in opvattingen omtrent de rol van de overheid. Hiermee is formeel juridisch de periode welke zich kenmerkte door een opvatting van liberalisme afgesloten. In de praktijk kan de verbreding van de opvatting omtrent overheidstaken geplaatst worden in het begin van de 20e eeuw. Tijdens de periode van liberalisme werd er van uitgegaan dat de staat zich, zoveel als verantwoord, diende te onthouden van bemoeiing met, en inmenging in het maatschappelijk gebeuren ('nachtwakersstaat'). 16)

De strekking van dit beginsel was beperking van overheidsbemoeienis. Rechtstaatprincipes van met name de 18e en 19e eeuw gingen uit van zo weinig mogelijk bemoeienis van de staat met de samenleving. Dit zou de beste garantie bieden voor zelfbeschikking en -ontplooiing op basis van het gelijkheidsbeginsel. Voorzover overheidsoptreden al noodzakelijk was, diende dit te geschieden in de vorm



van een algemene regel. 17) Uit die tijd stammen het 'democratiebeginsel', het beginsel van de 'trias politica' en het beginsel dat individuele, klassieke grondrechten grondwettelijk verankerd dienen te zijn. 18) Daar bescherming tegen drang van de overheid voorop stond, werd ordening door de staat van sociale en sociaal-economische verhoudingen niet voorgestaan.

De ontwikkeling van de 'sociale rechtsstaat' welke begin deze eeuw op gang kwam geeft te zien dat het besef groeide dat de overheid ook taken heeft ten aanzien van sociale grondbeginselen. Zowel de gevolgen van de industriële revolutie, als de groeiende maatschappelijke ongelijkheid waren aanleiding het onthoudingsbeginsel te verlaten. Naarmate - mede door de toenemende welvaart - ook de behoefte aan meer inhoudelijke mogelijkheden voor zelfontplooiing toenam, groeide de overtuiging dat voorzieningen ter beschikking dienden te worden gesteld door de overheid. Hieruit heeft zich de 'verzorgingsstaat' ontwikkeld waarvan naast de voorwaardenscheppende functie van de overheid ook de presterende functie een onderdeel is geworden. 19) Een deel van deze presterende functie (zoals sociale zekerheid) is verankerd in wetten. Het gelijkheidsbeginsel wordt in deze staatsopvatting uitgebreid met het opheffen van onrechtvaardig geachte maatschappelijke en sociaal-economische verschillen. 20)

Schuyt 21) geeft de volgende uitgangspunten voor de verzorgingsstaat:

- bescherming van het individu tegen risico's van de moderne samenleving (sociale zekerheid)
- verschaffen van voorzieningen die voor ieder mens nodig zijn om in een samenleving te kunnen functioneren (sociale voorzieningen en bestaanszekerheid)
- bevordering van individueel welbevinden (welzijn)
- vermindering van ongelijkheid en bevorderen van redelijke inkomensverdeling.

Hij noemt hierbij als kenmerken:

- risicodeling
- programma voor sociaal welzijn
- politiek compromis-karakter
- juridisering van sociale zorg. 22)

De liberale rechtsstaat heeft zich ontwikkeld tot een staat, waarin maatschappelijke verhoudingen in grote mate onderwerp zijn geworden van publiekrechtelijke regelingen. 23)

De groei van de verzorgingsstaat heeft tot problemen geleid. Schuyt wijst op het spanningsveld, dat is ontstaan tussen de rechtsstaat en de verzorgingsstaat. Hij noemt hierbij elementen als regelzucht, afname legitimiteit van rechtsbeslissingen, sociale en juridische problemen van de economische recessie en individuele en collectieve agressie. 24) Anderen zijn van mening dat de overheid maatschappelijke handelingsprocessen naar zich toe heeft gerokken, waardoor het oplossen van problemen in de maatschappij wordt geblokkeerd. 25)

Burkens 26) merkt op dat door de grondwettelijke regeling van sociale rechten een vraagstuk is gecreëerd van gewekte verwachtingen, verwachtingen welke een grondwettelijke onderbouwing hebben gekregen. Wat in het verleden als een onomstreden verworvenheid is gegroeid, hoeft echter in de toekomst niet onomstreden te zijn.

Doordat de grenzen van de verzorgingsstaat bereikt lijken te zijn treedt een nieuwe fase in met betrekking tot de sociale grondrechten. Wij bevinden ons thans aan het begin van een periode, welke wel wordt aangeduid met termen als 'waarborgstaat', 'grondwetsstaat', 'zorgstaat' en wat door mij de 'bevorderingsstaat' is genoemd. 27)

In de bevorderingsstaat zal gestreefd moeten worden naar een nieuw evenwicht tussen de rechtsstaat enerzijds en het op grond van het solidariteitsbeginsel vervullen van individuele, sociale noden en behoeften binnen algemeen maatschappelijke maatstaven anderzijds.

De overheidsfunctie is in deze primair een bevorderende, in die zin dat ruimte wordt gelaten voor maatschappelijke zelfordening en maatschappelijke ontwikkeling. De overheid scheidt binnen door haar te stellen randvoorwaarden condities voor het kunnen dragen van eigen verantwoordelijkheid, het beperken van afhankelijkheid, het zelf kunnen beslissen en kiezen, met in achtneming van beperkingen aangebracht door het beginsel van maatschappelijke solidariteit. De hierboven summier aangegeven ontwikkeling van 'beschermingsstaat' (liberale rechtsstaat) via 'verzorgingsstaat' (sociale rechtstaat) naar consolidatie in de 'bevorderingsstaat' (liberaal-sociale rechtsstaat) is duidelijk zichtbaar in de ontwikkelingen van overheidsbemoediging op het terrein van de gezondheidszorg.

Het recht op gezondheidszorg krijgt, evenals met andere sociale grondrechten het geval is, meer en meer gestalte in het bestuursrecht. 28)

Noten bij paragraaf 1, hoofdstuk I

- 1) Artikel 62 Staatsregeling 1798: 'Zij (= de vertegenwoordigende macht) strekt insgelijks, door heilzame wetten haare zorg uit tot alles, wat in het algemeen de gezondheid der ingezetenen kan bevorderen, met wegruiming, zooveel mogelijk, van alle belemmeringen'.
- 2) A. Querido, Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965, blz. 223.
- 3) Stb. 1983, 70, artikel 22.1: 'de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'.
- 4) H.J.J. Leenen, o.a. T. Soc. Geneesk. 42, 1964, blz. 774.
- 5) A.M. Donner, Over het doel van de staat, NJB, 10 juni 1978, afl. 23, blz. 436.
- 6) M.C. Burkens, (Grondrechten in een nieuwe Grondwet, N.J.B. 1976, 21, 714) wijst er op dat een van de in de Grondwet opgenomen sociale rechten een rechtstreeks werkzaam recht bevat en één een wettelijk te concretiseren recht.
- 7) Zie o.a. H.J.J. Leenen, Sociale rechten en gezondheidszorg, C. de Boer/Paul Brand, Hilversum, 1966; idem Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1978.  
Zie voorts o.a. recentelijk Tweede Kamerstukken voor de grondwetsherziening (16905-16938) en C.A.J.M. Kortmann, De Grondwetsherziening 1983, Kluwer, Deventer.
- 8) H.J.J. Leenen, T. Soc. Geneesk. 42, 1964, blz. 774.
- 9) Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16905-16938, nr. 5, blz. 17.
- 10) H.D.C. Roscam Abbing, Zelfbeschikkingrecht en recht op integriteit van het menselijk lichaam, Acta Hospitalia, 1983, nr. 2, blz. 6.
- 11) Met een enkel beroep op een in een sociaal grondrecht verankerde zorgplicht kan overigens niet een vrijheidsrecht opzij worden gezet. Bezien zal steeds moeten worden of de grondwetsbepaling inzake het betreffende vrijheidsrecht een uit hoofde van de zorgplicht gewenst geachte inbreuk op dat vrijheidsrecht ook rechtens toelaat, en zo ja, of het beoogde doel ook niet kan worden bereikt zonder het vrijheidsrecht te beperken.
- 12) In het karakter van een 'instructienorm' ligt tevens besloten het onderscheid ten opzichte van de individuele, klassieke grondrechten (vrijheidsrechten). Deze laatste zijn in zoverre 'absoluut' van karakter, dat een verplichting wordt opgelegd aan de overheid (en de rechter) hun verwezenlijking te

- garanderen door deze rechten te beschermen binnen de grenzen van het maatschappelijk aanvaardbare. Klassieke grondrechten zijn derhalve niet absoluut in die zin dat hun inhoud vaststaat, onafhankelijk van tijd en plaats. Dit laatste komt tot uitdrukking in de grondwettelijke mogelijkheid tot beperkingen aan die rechten. Zie Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16905-16938, nr. 5, blz. 18, en Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13872, nr. 5, blz. 10, en Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13873, nr. 4, blz. 5.
- 13) Europees Verdrag inzake de bescherming van rechten van de mens en fundamentele vrijheden (Raad van Europa) (1950), art. 60; Internationaal Verdrag inzake burger- en politieke rechten (VN) (1966), art. 52.
  - 14) Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (VN) (1966), art. 12; Europees Sociaal Handvest (Raad van Europa) (1961), art. 11.
  - 15) Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 13873, nr. 4, blz. 14.
  - 16) E.M.H. Hirsch Ballin, De mens in de sociale rechtsstaat, in: Overheidsbemoeyenis, Kluwer, Deventer, 1982, blz. 21 e.v.
  - 17) J.H. van Kreveld, In hoeverre mogen en moeten bij het verlenen van subsidie voorwaarden worden gesteld? Preadvies Nederlandse Juristen Vereniging, Handelingen, 1977, deel 1, 2e stuk, Tjeenk Willink, Zwolle, blz. 120.
  - 18) Hirsch Ballin, o.c., blz. 25.
  - 19) Hirsch Ballin, o.c., blz. 27.
  - 20) van Kreveld, o.c., blz. 123.
  - 21) C.J.M. Schuyt, Ongeregeld heden; naar een theorie van wetgeving in de verzorgingsstaat; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1982, blz. 7.
  - 22) C.J.M. Schuyt, Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat, In: Tussen macht en moraal, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983, blz. 204.
  - 23) M.C. Burkens, Grondwet en Beslissingsstelsel, in: De Grondwetsherziening, Staatsrechtcongres 1981, Ars Aequi Libri, Serie Staats- en bestuursrecht 5, Nijmegen 1981, blz. 36.
  - 24) C.J.M. Schuyt, Ongeregeld heden; In: Tussen macht en moraal, o.c. blz. 256 e.v.
  - 25) Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid, Toekomstverkenningen 2, 's-Gravenhage, 1982, blz. 311.
  - 26) M.C. Burkens, o.c., blz. 41.
  - 27) H.D.C. Roscam Abbing; In de beperking toont zich de meester; inaugurale rede; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983.
  - 31) M.C. Burkens, o.c., blz. 42.

## 2 Verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van gezondheidszorg

De verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de realisering van het recht op gezondheidszorg wordt in de Volksgezondheidsnota 1966 beschreven als een plicht van de overheid voorwaarden te scheppen welke het de burgers mogelijk maakt onder optimale omstandigheden met betrekking tot hun gezondheid te kunnen leven. "Het scheppen, in stand houden en waar mogelijk verbeteren van deze voorwaarden behoort tot de taak van het volksgezondheidsbeleid en daar vloeit dan uit voort, dat waarborgen worden geschapen dat ieder individu ten behoeve van zijn gezondheidszorg zo goed mogelijk in de voorzieningen der gezondheidszorg kan delen teneinde zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn persoonlijke plicht tot redelijke gezondheidszorg te kunnen dragen". 1)

De overheid heeft steeds in deze een verantwoordelijkheid aanvaard 2), zij het dat aard, inhoud en omvang van die verantwoordelijkheid telkenmale verschillend worden ingevuld, mede afhankelijk van de politieke en economische situatie.

Het ligt voor de hand dat de overheid haar verantwoordelijkheid tot uitdrukking brengt in regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg.

Wetgeving en andere vormen van juridische ordening zijn echter niet de enige instrumenten om de overheidsverantwoordelijkheid op het terrein van de gezondheidszorg tot uitdrukking te brengen. 3) Wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van het overheidsbeleid en opleidingen in de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld andere middelen. (Rechtspraak beïnvloedt overigens overheidsoptreden.)

Overheidsverantwoordelijkheid impliceert niet dat zij zelf de uitvoering ter hand dient te nemen. Overheidsverantwoordelijkheid is niet synoniem aan overheidsbemoëienis. Personen en maatschappelijke instituten spelen evenzeer een rol bij de realisering van het recht op gezondheidszorg. Er is in deze sprake van wisselwerking tussen overheid en samenleving. De mate waarin de overheid zelf de uitvoering ter hand neemt is in grote mate afhankelijk van de wijze waarop personen en instellingen werkzaam in de gezondheidszorg hun rol vervullen. Naast de persoonlijke verantwoordelijkheid van de mens voor zijn eigen gezondheid is er een verantwoordelijkheid van personen en instellingen in de gezondheidszorg. Deze laatste richten zich op het behartigen of bevorderen van de gezondheid van de mens in die gevallen waarin de mens niet meer zelf deze zorg kan dragen (overdracht van zorgverantwoordelijkheid). De zorgverantwoordelijkheid

wordt in Nederland in grote mate gedragen door de particuliere sector.

Ook is sprake van financiële 'risico-overdracht' voor die vormen van zorg welke de individu niet zelf kan bekostigen ('overdracht' - in de zin van 'overnemen' - van financiële verantwoordelijkheid). 4) Ten aanzien van de financiering van de gezondheidszorg is in Nederland formeel geen sprake van overname van verantwoordelijkheid door de overheid. De financiering van de gezondheidszorg vindt op pluriforme wijze plaats (particuliere bijdragen, verzekeringen en - in beperkte mate - overheidsfinanciën). De autonomie is tot op de dag van vandaag een wezenskenmerk van ons gezondheidszorgsysteem, inclusief de financiering daarvan. 5) Het particuliere en autonome karakter van de gezondheidszorg staat overigens een ordenend optreden van de overheid niet in de weg.

Ook internationaal is het samenspel tussen overheid en particulier initiatief op het terrein van de gezondheidszorg erkend. Het Europees Sociaal Handvest verwijst hier in artikel 11 expliciet naar.

Uit het feitelijk functioneren van ons gezondheidszorgstelsel blijkt reeds dat de overheidsverantwoordelijkheid op dit terrein tot uitdrukking kan komen zonder actief optreden van de overheid. De overheid beperkt zich veelal tot het stellen van randvoorwaarden, waarbinnen personen en maatschappelijke instituties met meer of minder autonomie, afhankelijk van de wijze waarop de overheid die randvoorwaarden formuleert, hun bijdrage leveren aan de realisering van het recht op gezondheidszorg. 6)

Wordt derhalve aan het recht op gezondheidszorg gestalte gegeven door een samenspel tussen individu, maatschappelijke instituties en overheid, daarmee wil niet worden gezegd dat de overheid als drager van publiek gezag, geen eigen verantwoordelijkheid zou hebben op dit terrein. Ongeacht de wijze waarop deze verantwoordelijkheid tot uitdrukking komt, kan globaal gesteld worden, dat deze verantwoordelijkheid met als einddoel het bevorderen van de verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg, drieledig is. Het betreft een taakstelling van de overheid gericht op:

- kwaliteit
  - functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid
  - financiële toegankelijkheid
- van gezondheidszorgvoorzieningen.

Leenen 7) onderscheidt ten aanzien van het recht op gezondheidszorg de volgende elementen:

- deskundigheid van zorgverlening
- bereikbaarheid, zowel territoriaal (spreiding van voorzieningen), als sociaal-economisch (wegnemen van belemmeringen voor de zorg)
- integratie zowel met betrekking tot onderscheiden sectoren onderling als met betrekking tot samenhang van de gezondheidszorg met het geheel van de samenleving
- structurering in de zin van verankering van verantwoordelijkheden
- rechtsregeling (onder andere ten aanzien van verdeelde rechtvaardigheid, regelen van machtsverhoudingen en individuele rechtsbescherming).

Deze respectieve elementen zijn geformuleerd op basis van een analyse van de feitelijke ontwikkelingsgang. Materiëel gaat het om de drie eerder genoemde doelen. Het navolgende wordt dan ook daartoe beperkt.

Hoewel deze onderscheiden niet in hiërarchische orde geplaatste doelen hun eigen dimensies kennen, kunnen zij niet van elkaar worden gescheiden. Zo kan ten aanzien van kwaliteit van de gezondheidszorg gesteld worden dat deze betrekking heeft op handelen in de gezondheidszorg, op organisatie en functioneren, op bestuur, op capaciteit en faciliteiten. 8), 9) Meestal wordt het begrip kwaliteit beperkt tot het op verantwoorde wijze verlenen van hulp (kwaliteit in enge zin). Eisen aan beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, aan instellingen, vormen van toezicht en maatschappelijke controle, wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijke opleiding, onmisbaar voor deskundige zorg, staan als instrumenten ten dienste van de kwaliteit van de zorg. Bij kwaliteit gaat het zowel om kwaliteitsnormen als om kwaliteitsbewaking door middel van toetsing van normen ter handhaving van een gewenst niveau van kwaliteit. Het opstellen van kwaliteitsnormen vindt plaats zowel door beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg als door de overheid. Hetzelfde geldt voor het vaststellen van die normen (vorm van codificatie). Het handhaven van opgestelde kwaliteitsnormen vindt plaats in het kader van de rechtspraak alsook door de overheid (onder andere Staatstoezicht. 10)

Het begrip kwaliteit omvat voorts een kwantitatief element, zowel in positieve als in negatieve zin. Een evenwichtige functionele en kwantitatieve spreiding voorkomt bijvoorbeeld te lange wachttijden en te lange reisafstanden, hetgeen in het belang is van de patiënt

en derhalve de kwaliteit van zorgverlening positief beïnvloedt. Ook de mate van inzet van personele en materiële middelen bepaalt het niveau van de zorg. 11) Zo leidt een te grote inzet van materiële en personele middelen tot een teveel aan zorgaanbod, zowel door een teveel aan beroepsbeoefenaars of hulpverleningsinstituten, als door een te veel aan technische mogelijkheden. Hierdoor kan de gezondheid van de individu nadelig worden beïnvloed. Dit geldt zowel op individueel niveau, als op macroniveau. Op individueel niveau kan de gezondheid van de individu nadelig worden beïnvloed door het inzetten vanuit diagnostisch of therapeutisch oogpunt niet noodzakelijke technieken of methoden. 12) Op macroniveau is sprake van een negatieve beïnvloeding doordat hierdoor financiële middelen worden onttrokken aan andere sectoren waar inzet van die middelen noodzakelijk is, danwel doordat het creëren van nieuwe voorzieningen hierdoor wordt belemmerd. Voor een onderaanbod van voorzieningen geldt mutatis mutandis hetzelfde. 13)

Ligt bij kwaliteitsbewaking op microniveau de nadruk op het handelen van beroepsbeoefenaars (medische en medisch-technische normen), op macroniveau is sprake van maatschappelijke c.q. politieke verantwoordelijkheid. Maatschappelijke consensus c.q. politieke besluitvorming is noodzakelijk over de mate waarin zorgverlening van een bepaald niveau van kwaliteit kan worden gegeven, in aanmerking genomen onder andere de financieel-economische mogelijkheden. 14)

De kwantitatieve dimensie van kwaliteit is ook verbonden met het tweede geformuleerd doel, de bereikbaarheid (zowel functioneel als geografisch). Omvang en spreiding van voorzieningen dienen dusdanig te zijn, dat deze voor een ieder toegankelijk zijn. Hierbij zijn met name elementen als ordening en planning aan de orde. Worden door kwalitatieve normen kwantitatieve minima bepaald (onder andere de minimaal vereiste spreiding, aard en omvang van voorzieningen), zo zullen ook kwalitatieve vereisten een bovengrens aangeven voor de kwantitatieve behoefte. Ook de financiële toegankelijkheid heeft kwalitatieve aspecten. Immers, de financiële ruimte welke bepalend is voor de toegankelijkheid van de zorg, heeft invloed op de bereikbaarheid daarvan.

Kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid zijn dan ook intrinsiek aan elkaar verbonden. Het huidige erkenningstelsel zoals dit functioneert in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen is een kenmerkend voorbeeld van deze intrinsieke verwevenheid: kwaliteits- en bereikbaarheidsaspecten komen in de toepassing van dit stelsel tot uitdrukking; erkenning is een voorwaarde voor financiële toegankelijkheid van instellingen voor gezondheidszorg.



Uit vorengaande beschouwing 15) blijkt dat de drie doelen van de overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van het recht op gezondheidszorg meerdere dimensies kennen, welke elkaar wederzijds beïnvloeden. Kan derhalve van een absolute scheiding van doelen geen sprake zijn, een bepaalde mate van ordening naar doel is wel mogelijk.

De wijze waarop de overheid het recht op gezondheidszorg realiseert zal hierna aan de orde komen. Hierbij wordt de benadering vanuit de globale hierboven bedoelde driedelinge doelstelling van de overheidsverantwoordelijkheid voor het recht op gezondheidszorg aangehouden. Na een globale historische beschouwing in hoofdstuk II, volgt in hoofdstuk III een beschrijving van de wijze waarop deze overheidsverantwoordelijkheid met name in wet- en regelgeving uitwerking heeft gekregen. In hoofdstuk IV wordt een visie gegeven op de overheidstaak, wederom met name gericht op wet- en regelgeving.

#### Noten bij paragraaf 2, hoofdstuk I

- 1) Volksgezondheidsnota, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966, blz. 10.
- 2) "Niet alleen het kostenvraagstuk voor gezondheidsvoorzieningen is een motief voor de overheid ordenend op te treden, maar vooral opties als spreiding, bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen moeten hieraan ten grondslag liggen", Tweede Kamer, zitting 1969-1970, 9717, nr. 5, blz. 2.
- 3) H.J.J. Leenen, Sociale Grondrechten en recht op gezondheidszorg, in: Bouw en werking van de gezondheidszorg, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1983, blz. 54.
- 4) Volksgezondheidsnota 1966, o.c., blz. 10-11.
- 5) H.J.J. Leenen, Structuur en functioneren van de gezondheidszorg, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1981, blz. 53 e.v.
- 6) H.D.C. Roscam Abbing, In de beperking toont zich de meester, inaugurale rede, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983, blz. 12-13.
- 7) H.J.J. Leenen, Structuur en functioneren van de gezondheidszorg, o.c., blz. 16-17. Deze door Leenen reeds eerder ontwikkelde gedachten omtrent ordening van elementen (zie o.a. Sociale grondrechten en gezondheidszorg, 1966, blz. 83) vinden we ook terug in de Volksgezondheidsnota 1966, o.c. blz. 10, zij het dat daarin een globalere aanduiding wordt gegeven, vergelijkbaar met de hier door mij gehanteerde driedeling.

- 8) Nota Kwaliteitsbewaking, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 4. Als instrumenten voor kwaliteitsbewaking worden in deze nota genoemd: wetgeving; regelingen voor opleidingen; planning; bouweisen; wetenschappelijk onderzoek; informatievoorziening en automatisering; ontwikkelen van profielen; toezicht.
- 9) Zie over kwaliteit in de gezondheidszorg ook F.C.B. van Wijmen, Recht op kwaliteit, inaugurale rede, Kluwer, Deventer, 1983.
- 10) Vormen van toetsing worden in de Nota Kwaliteitsbewaking (16224) onderscheiden naar interne vormen (FONA, Intercollegiale toetsing, TAM, interinstitutionele toetsing), en externe vormen (Staatstoezicht, erkenningsnormen en voorwaarden e.d.), o.c. blz. 7-8.
- 11) M. Honigh, Effekten van kostenbeheersing in de gezondheidszorg, 1983, blz. 120.
- 12) H.D.C. Roscam Abbing, In de beperking toont zich de meester, o.c., blz. 14.
- 13) H.D.C. Roscam Abbing, Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument, TvGR, 83/2, blz. 59-60.
- 14) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16224, nr. 6, blz. 2.
- 15) In deze is geen volledigheid nagestreefd. De onderlinge verwevenheid is uiteraard nader uit te bouwen en te verfijnen met o.a. veranderingen in opvatting over ziekte en gezondheid, invloed van wettelijke ziektekostenverzekeringen op aard, inhoud en omvang van zorg, invloed van instellingsmanagement e.d. Het valt echter buiten het kader van deze studie hier verder op in te gaan.

## HOOFDSTUK II

## GLOBALE SCHETS ONTWIKKELING OVERHEIDSBEMOEIENIS

1. Periode van terughoudendheid

De Geneeskundige Staatsregeling van 1818 bevatte een aantal overheidstaken gericht op kwaliteit (beperkt tot controle op beroepsbeoefenaars van de geneeskunde) en op bescherming van de volksgezondheid (openbare gezondheidszorg en besmettelijke ziekten). Provinciale Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toevorzicht waren belast met het treffen van maatregelen op bedoelde terreinen. 1) Het duurde echter tot medio de 19e eeuw, voordat van enig substantieel regulerend optreden van de overheid terzake sprake was. De Gemeentewet van 1851 regelde bepaalde bestuurlijke toezichthoudende taken, zoals het opstellen van verordeningen in het belang van de openbare orde, de zedelijkheid en de volksgezondheid; het creëren van begrotingsruimte ten behoeve van de plaatselijke gezondheidspolitie; toezicht op publieke gezondheidsdiensten door burgemeester en wethouders.

Een formeel rijkstoezicht op de gezondheidszorg werd ingevoerd in het kader van de Krankzinnigenwet van 1841 (Staatstoezicht op de krankzinnigen en krankzinnigen-gestichten). De Krankzinnigenwet van 1884 biedt een duidelijke omschrijving van de taken van het Staatstoezicht op dit terrein.

De vier gezondheidswetten van 1865 voorzien in de instelling van een geneeskundig staatstoezicht op de volksgezondheid in de vorm van een toezicht van rijkswege, met behoud van gemeentelijke autonomie, behoudens op het terrein van opleiding en beoordeling van de bevoegdheid van artsen.

De - primair beschermingsgerichte - taak van de overheid in de 19e eeuw blijkt ook uit een aantal specifieke gezondheidswetten uit die periode, zoals de Begraveniswet (1869), de Wet bestrijding besmettelijke ziekten (1872), de Quarantainewet (1877) en de reeds genoemde Krankzinnigenwet (1884). Ook de Gezondheidswet van 1919 ademt deze geest nog uit.

De terughoudende opstelling van de overheid ten aanzien van de volksgezondheid in deze periode ligt mede ten grondslag aan de ontwikkeling van het partikulier initiatief.

Zo is deze terughoudendheid direkte aanleiding geweest tot de oprichting van een partikuliere organisatie, het Witte Kruis (1875). Hiermee is de aanzet gegeven tot de

thans nog bestaande situatie, waarbij de uitvoering van gezondheidszorg voornamelijk een zaak is van partikulier initiatief. Vanaf 1875 zijn geleidelijk aan de kruisverenigingen ontstaan, gestimuleerd door de centrale overheid. Gemeentelijke overheden schoten vaak te kort in hun taken.

Het samenspel tussen overheid en kruisorganisaties, die geleidelijk hun taken verschoven naar thuiszorg en preventie-activiteiten, is sindsdien in stand gebleven. 2)

De medische professie heeft steeds gestreefd naar beïnvloeding van overheidsmaatregelen, zeker vanaf het moment dat deze de krachten bundelde: in 1845 wordt de eerste privaatrechtelijke organisatie op het terrein van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg, de Maatschappij der Farmacie opgericht, in 1849 gevolgd door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (NMG). Overwegingen tot oprichting van de NMG waren onder andere de belangen van de medische stand: de NMG heeft grote invloed gehad op de totstandkoming van de vier gezondheidswetten van 1865. Deze wetten bestrijken de beroepsuitoefening, de opleiding en het toezicht. Een aantal eerdere pogingen tot regulering strandden op een verschil van opvatting omtrent verantwoordelijkheid en bevoegdheid.

In het kader van de wetgeving van 1865 werd de behandeling van ziekten het exclusieve domein van daartoe bevoegde artsen; toezicht op de volksgezondheid werd het exclusieve domein van het Staatstoezicht. 3)

De zogenaamde 'eenmaking van de stand' in 1865 kwam niet alleen de (medische) wetenschap maar ook de sociaal-economische belangen van de geneeskundigen ten goede. De concurrentie tussen heelmeeesters (geen academische opleiding) en geneeskundigen (academische opleiding) viel ten gunste van de laatsten uit: de arts is vanaf 1865 de wettelijk bevoegde medicus in de gezondheidszorg.

Vermeldenswaard is dat waar de medische stand in 1865 bereikte dat de 'eenheid van het beroep' wettelijk werd vastgelegd, meer dan 50 jaar later (1931) afbakening van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden door de beroepsorganisatie zelf ter hand is genomen in de vorm van registratie voor specialisten. Hiermee werd privaatrechtelijk een beperking aangebracht aan de publiekrechtelijk geregelde bevoegdheid tot volledige uitoefening der geneeskunde. 4)

Deze situatie bestaat tot op heden, echter met dien verstande dat de privaatrechtelijke begrenzing van bevoegdheden wel een publiekrechtelijke erkenning heeft gekregen. In 1966 is als voorwaarde om als specialist,

of als tandheelkundig specialist, als medewerker te kunnen worden toegelaten tot een ziekenfonds, in het kader van de Ziekenfondswet het vereiste van registratie in het desbetreffende register vastgelegd 5), in 1973 gevolgd door een zelfde regeling ten aanzien van de huisarts.

Op het terrein van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van geneeskundige zorg is de overheid uiterst terughoudend: geneeskundige verzorging speelt zich voornamelijk af in het kader van de armenzorg. Hoewel in 1886 sprake was van het toekennen van een toelage aan artsen die zich wilden vestigen op het platteland (zgn. positief vestigingsbeleid) had toch in het algemeen partikulier initiatief de voorkeur boven regulering van overheidswege. Het ziekenhuiswezen ontwikkelde zich in het begin voornamelijk op grond van een religieuze inspiratie. Geleidelijk aan gaan ook stadsburgers over tot het stichten van gasthuizen. Een kentering kwam eerst later in samenhang met de ontwikkeling van de medische beroepsbeoefening, de wetenschap en de sociale ontplooiing. Door de activiteiten op dit terrein vanuit het partikulier initiatief treedt de overheid nauwelijks regelend op ten aanzien van het ziekenhuiswezen. 6) Het armenzorgkarakter van de ziekenhuisverpleging bleef nog lange tijd gehandhaafd. De Armenwet van 1854 voorziet in geneeskundige armenzorg door gemeenten. Deze vorm van zorg kwam vooral tot uitdrukking in het gratis ter beschikking stellen van openbare gasthuizen. Eerst door de opkomst van sociale zekerheid en ziekenfondsen komt hierin verandering.

Ook het ziekenfondswezen is van partikuliere oorsprong. Voortgesprongen uit het gildenwezen (onderlinge hulpverlening), ontstonden in de 18e eeuw geleidelijk de zgn. ziekenbussen (geneeskundige hulp door aan bussen verbonden geneesheren en chirurgijnen en soms vergoeding van geneesmiddelen).

De Franse Revolutie bracht hierin een kentering. In 1820 werd door de overheid een proces van liquidatie van deze voorzieningen in gang gezet, echter zonder dat hier iets voor in de plaats kwam. De overheidsbelangstelling voor het fondswezen bleef nadien gering. Intussen werden op partikulier initiatief liefdadigheidsfondsen of fondsen met commerciële doeleinden opgericht (zgn. directie fondsen) 7) en later (vanaf 1850) ook door artsen en door verzekeren, terwijl ook sprake was van ondernemingsziekenfondsen. Weliswaar bepleitten de geneeskundige inspecteurs van het Staatstoezicht in 1872 in een circulaire over de geneeskundige armenverzorging gericht

aan de gemeentebesturen de oprichting van ziekenfondsen voor minvermogenenden, toch bleef de belangstelling voor het ziekenfondswezen nog beperkt. 8) Eerst na de eeuwwisseling, bij de totstandkoming van de Ziektewet (1913) is uitgesproken, dat het ziekenfonds een belangrijke rol toekomt in de gezondheidszorg. 9) Het duurde tot na de tweede wereldoorlog vóórdat het ziekenfondswezen een wettelijke grondslag kreeg. Met invoering van de Ziekenfondswet (1965) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (1968) heeft de financiële toegankelijkheid van zorg op basis van onderlinge solidariteit zijn publiekrechtelijke regeling gekregen. Historisch gezien heeft het ziekenfondswezen ruwweg de volgende fasen doorlopen: wederzijdse hulpverlening, materiële hulpverlening aan anderen, onderlinge verzekering. 10) Tijdens de periode van wederzijdse hulpverlening stond voorop de gedachte dat onderlinge hulp nodig was voor personen, die niet op bevredigende wijze konden voorzien in de geneeskundige zorg voor zichzelf en hun gezin. Het huidige ziekenfondssysteem is ontstaan in de vorige eeuw. De maatschappelijke ontwikkeling, de gegroeide medische mogelijkheden en daarmee de toename van kosten van medische verzorging, de geleidelijke verbetering van levensomstandigheden zijn factoren geweest, die de ontwikkeling van het ziekenfondswezen hebben beïnvloed. Het betrof hierbij niet alleen de kosten, maar ook de kwaliteit van de medische verzorging. Van het begin af aan hebben veel ziekenfondsen getracht verhoging van het peil van de medische verzorging van hun leden te bevorderen. 11)

Uit dit verre van volledige beeld van de situatie in de negentiende eeuw ten aanzien van overheidsbemoeienis enerzijds en ontwikkeling van het partikulier initiatief anderzijds blijkt dat de gezondheidszorg in Nederland mede door de terughoudendheid van de overheid op dat terrein, een privaatrechtelijk karakter heeft gekregen. Dit geldt ook nu nog, ondanks het feit dat op vele onderdelen publiekrechtelijke regeling heeft plaatsgevonden. Er is thans een situatie waarin door publiekrechtelijke ordening privaatrechtelijke instellingen en organisaties publiekrechtelijke trekken hebben gekregen, doch met behoud van hun privaatrechtelijke basis. 12) Ook de parlementaire geschiedenis van de Gezondheidswet van 1956 toont aan dat in onze gezondheidszorgorganisatie een belangrijke functie werd toegekend aan het partikulier initiatief. 13) De considerans van het ontwerp van 1953 plaatst samenwerking tussen overheid en partikulier initiatief centraal. Het ontwerp bevatte een bevestiging van de bestaande situatie, dat wil zeggen

uitvoering van de gezondheidszorg door partikuliere werkzaamheid.

De positie van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg, zoals deze in de 19e eeuw tot uitdrukking kwam kan kort worden samengevat als volgt:

- Decentralisatie van verantwoordelijkheid voor volksgezondheid naar lagere overheden, formeel wettelijk vastgelegd, had in de praktijk weinig, zo niet geen betekenis.
- Partikulier initiatief kon zich ontwikkelen, dankzij de 'onthoudings'opvatting van de overheid en werd geleidelijk aan gestimuleerd.
- Toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg kreeg langzaam aan gestalte. De rol van het Staatstoezicht is met name gericht op de kwaliteit van het beroep.
- De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit kwam vooral tot uitdrukking ten aanzien van het artsenberoep, van welke professie de initiatieven tot regeling uitgingen.
- De verantwoordelijkheid voor de financiële toegan-  
lijkheid werd slechts in geringe mate door de over-  
heid behartigd en vrijwel geheel door het partikulier  
initiatief voorzien.
- De verantwoordelijkheid voor functionele beschikbaar-  
heid en geografische bereikbaarheid kreeg nauwelijks,  
zo niet geen overheidsaandacht, behoudens in de vorm  
van het stimuleren van partikulier initiatief door  
gemeenten in het kader van de armenzorg en door  
vestigingsubsidies.

#### Noten bij paragraaf 1, hoofdstuk II

- 1) De oorsprong van de wetgeving op het Staatstoezicht kan worden teruggevoerd op de Verordening van het Staatsbewind van 1804 (instelling van Stedelijke of Plaatselijke Commissies van Geneeskundig Toezicht en van departementale commissies). Materieel kan de Staatsregeling van 1879 worden beschouwd als grondslag voor de invoering van een vorm van staatstoezicht: één van de acht agentschappen ingesteld bij die staatsregeling was het 'Agentschap van de Nationale opvoeding, waaronder begrepen is de Geneeskundige Staatsregeling, de vorming der Nationale Zaken en de bevordering van het Openbaar Onderwijs en van de Kunsten en Wetenschappen' (zie hierover uitvoerig A. Querido, Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 1965, blz. 19-25).

- 2) Een publiekrechtelijke regeling van het kruiswerk vond pas in de 20e eeuw plaats, allereerst door opname van kraamzorg in het verstrekkingspakket van de Ziekenfondswet (1966) en vervolgens in 1980 door invoering van het kruiswerk als verstrekking in het kader van de AWBZ.
- 3) Toezicht over de uitoefening van de medische praktijk werd een zaak geacht van de medische stand en niet van de overheid. Met deze wetgeving van 1865 is de daarvoor heersende opvatting dat de wet ook de belangen der medische stand dient te behartigen door de geneeskundige stand te besturen en te beschermen, verlaten.
- 4) L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963, blz. 108-109.
- 5) Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering, 1966 Stb. 3. Het betrof hier overigens een codificatie van sinds 1951 op grond van het tweede uitvoeringsbesluit ingevolge het ziekenfondsenbesluit geldend recht.
- 6) H.J.J. Leenen, Sociale grondrechten en gezondheidszorg, C. de Boer/P. Brand, Hilversum, 1966, blz. 31-35.
- 7) Godefroi, o.c., blz. 5-13.
- 8) Volksgezondheidsnota 1966, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966, blz. 20.
- 9) Volksgezondheidsnota 1966, o.c., blz. 22.
- 10) Vrij naar J.A. Weijel, Achtergronden van sociale zekerheid, De Erven Bohn bv, Amsterdam, 1973, blz. 5.
- 11) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 6.
- 12) Reinders spreekt van verstatelijkt partikulier initiatief (A. Reinders, subsidiëring van overheidsinstellingen, v. Loghum Slaterus, Tjeenk Willink, Zwolle, 1981, blz. 103).
- 13) A. Querido. o.c., blz. 29.



## 2. Ontwikkeling van overheidsbemoeienis

Hoewel het er in het begin van de 20e eeuw naar uitzag dat overheidsbemoeienis meer vorm en inhoud zou krijgen hebben met name twee parallelle ontwikkelingen het in gang gezette proces doorkruist.

Van deze ontwikkelingen, te weten de noodzaak tot krachtige bezuinigingen in de twintiger jaren en de toename van het partikulier initiatief, veelal op levensbeschouwelijke basis, heeft de tweede een blijvend stempel gedrukt op het overheidsbeleid ten aanzien van de volksgezondheid. Uitvoering van gezondheidszorgtaken door de overheid is in beginsel beperkt gebleven tot terreinen waar partikulier initiatief onvoldoende is gebleken of waar de aard der werkzaamheden overheidsuitvoering nodig maakt.

Ten aanzien van de eerstgenoemde ontwikkeling is een verandering opgetreden door de welvaart na de tweede wereldoorlog. De hieruit voortvloeiende overheidsbemoeienis, gekarakteriseerd door de verzorgingsstaat waarbij sociale voorzieningen zijn nagestreefd ter vermindering van sociale ongelijkheid, drukt ook nu nog zijn stempel op wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Zoals in hoofdstuk I geschetst bevinden wij ons op een punt van kentering, waarbij herbezinning plaatsvindt op de inhoud van de verzorgingsstaat en de daarin door de overheid te spelen rol. Evenals in de twintiger jaren beïnvloedt de economische teruggang de rol van de overheid.

De Nota Volksgezondheid van 1966 bevat een uitvoerige beschouwing over het op het terrein van de volksgezondheid te voeren beleid. In 1974 wordt in de Structuurnota Gezondheidszorg 1) de rol van de overheid nader belicht aan de hand van een analyse van knelpunten in de gezondheidszorg. Dit heeft geleid tot een herwaardering van overheidstaken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en heeft geresulteerd in indiening van een aantal wetsontwerpen bij de Tweede Kamer der Staten Generaal, waarvan sommige inmiddels geheel dan wel ten dele zijn ingevoerd.

Als voornaamste knelpunten signaleert de Structuurnota:

- het ontbreken van afdoende instrumenten voor de beheersing van kostenontwikkeling
- het gebrek aan samenhang in het voorzieningstelsel, zowel horizontaal als vertikaal
- de verbrokkeling van het financieringsstelsel, waardoor sprake is van een grote mate van onoverzichtelijkheid

- het ontbreken van samenwerking tussen instellingen van gezondheidszorg en andere welzijnsvoorzieningen, alsmede van afstemming van het ter zake te voeren beleid op elkaar
- onevenwichtigheden in het gezondheidszorgstelsel
- onvoldoende spreiding van voorzieningen
- onvoldoende inspraak van de bevolking.

De overheid dient in nauw overleg met het maatschappelijk leven de hoofdlijnen uit te stippelen van het volksgezondheidsbeleid in samenhang met het overige welzijnsbeleid; deze algemene verantwoordelijkheid dient te zijn verankerd in de wetgeving zodat parlementaire controle op het beleid kan plaatsvinden.

De kosten van de gezondheidszorg moeten hun weerslag vinden in de premie van de sociale verzekering. 2)

Tien jaar later bevindt de gezondheidszorg zich in een spanningsveld tussen enerzijds uit hoofde van de gesignaleerde knelpunten ontworpen regelingen, welke ten dele nog zijn gebaseerd op relatief grote economisch-financiële mogelijkheden, en anderzijds de door de afnemende welvaart ingegeven wens te komen tot het stellen van inhoudelijke, structurele en financiële grenzen aan de gezondheidszorg alsmede tot het stellen van grenzen aan overheidsbemoeienis. Hierbij treedt de paradoxale situatie op dat een door toenemende overheidszorg geïnspireerde wetgeving onder druk is komen te staan van een op inhoudelijke én financiële beheersing gericht beleid. Deze paradox leidt tot een tweede, namelijk overheidsregulering en toezicht ter beheersing, ondanks de huidige tendens van deregulering en privatisering.

Ten aanzien van de drie elementen van het recht op gezondheidszorg (kwaliteit; functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid; financiële toegankelijkheid) betekent de wijziging van de overheidsrol het optreden van veranderingen. Deze zullen in het navolgende worden besproken.

## 2.1 Decentralisatie

De wijziging, in 1901, van de Gezondheidswet van 1865, bevatte een regeling voor de organisatie van het overheidsapparaat, doch de bezuinigingsnoodzaak leidde in 1933 tot een koerswijziging.

De wet van 1901 voorzag in de benoeming van gezondheidscommissies (ingesteld en benoemd door de commissaris van de provincie) welke tot taak kregen het verrichten van onderzoek (toezichthoudende taak) en het adviseren van gemeenten op het terrein van de volksgezondheid. Hoewel

rijksorganen, benoemd door de centrale overheid, waren de gezondheidscommissies; grotendeels afhankelijk van gemeenten.

De adviesfunctie van de gezondheidscommissies, welke in 1933 werden opgeheven, kan worden gezien als een wettelijk geregelde vorm van decentralisatie van overheidsbeleid. Een dergelijke vorm van decentralisatie keert terug in de Gezondheidswet van 1956, in de vorm van door Provinciale Staten in te stellen Provinciale Raden. Deze Raden worden ter bevordering van de uitvoering van de volksgezondheid belast met coördinerende werkzaamheden ter stimulering van volksgezondheidsactiviteiten en advisering inzake volksgezondheidsaangelegenheden. Een verdere doorvoering van decentralisatie met name op het bestuurlijke vlak is het oogmerk van de in november 1982 partieel ingevoerde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) 3), in welk kader ook samenhang in beleid en decentralisatie wordt nagestreefd.

Tariefafspraken, welke conform de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), ingevoerd in 1982, centraal worden getoetst, komen in beginsel ook decentraal tot stand. Realisering van aanspraken van verzekerden in het kader van uitvoering van wettelijke ziektekostenverzekeringen vindt eveneens decentraal plaats.

## 2.2 Partikulier initiatief

Een poging ondernomen in 1920 tot uitbreiding van uitvoerende taken van de overheid via de instelling van gezondheidszorgdiensten, mislukte, zowel door de economische malaise, als door het verzet van het partikulier initiatief tegen gemeentelijke bemoeienis met de volksgezondheid.

Deze gezondheidszorgdiensten zouden dienen uit te gaan van de gemeenten en zouden zowel een uitvoerende als een adviserende taak krijgen. De financiering van deze diensten, te weten de helft van de kosten voor het rijk en de andere helft voor de gemeente was, zoals bleek uit een in 1928 gepresenteerde kostennota, niet haalbaar.

Ook de toenemende wens het partikulier initiatief een plaats te geven in de uitvoeringsorganisatie verdroeg zich slecht met het in het wetsvoorstel vervatte systeem. Soorgelijke diensten keren terug in de WVG, en wel in de vorm van basisgezondheidsdiensten, belast met zowel uitvoerende als adviserende werkzaamheden, met dien verstande dat uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met de mogelijkheid van uitvoering van bepaalde taken van de basisgezondheidsdiensten door het partikulier initiatief (artikel 59, derde lid WVG). Deze basisgezondheidsdiensten bestrijken echter niet de gehele gezondheidszorg, doch slechts een deel daarvan.

Hoewel de overheid uitdrukkelijk had gekozen voor de uitvoering van gezondheidszorgtaken door partikulier initiatief heeft het geduurd tot de Gezondheidswet van 1956 voordat aan het partikulier initiatief op wettelijke basis erkenning is gegeven.

De onderbouwing van deze principiële keuze, welke blijvend verankerd is in onze wetgeving, was kort samengevat, de volgende: 4)

Aangezien de volksgezondheid een algemeen belang is van de eerste orde bestaat er een primaire verantwoordelijkheid van de centrale overheid op dit terrein. Dit betekent niet dat de centrale overheid ook alle taken die er op het gebied van de volksgezondheid liggen, zelf moet uitvoeren. De centrale overheid hoeft niet de uitvoering zelf ter hand te nemen indien partikulier initiatief of lagere publiekrechtelijke organen deze uitvoeringstaken goed behartigen. De centrale overheid voert alleen taken uit, die uit hun aard op centraal niveau uitgevoerd dienen te worden of indien lagere overheden of partikulier initiatief niet in staat of niet bereid zijn om deze taken op zich te nemen.

Overheidsactiviteiten en partikulier initiatief op het terrein van de volksgezondheid worden derhalve niet gezien als onverenigbare elementen, doch veeleer als harmonisch samengaand, waarbij ieder een eigen verantwoordelijkheid draagt.

In 1956 zijn tevens overleg en samenwerking tussen overheid en partikulier initiatief voor het eerst wettelijk verankerd. Overleg en samenwerking vindt plaats via Provinciale Raden en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, ingesteld bij dezelfde wet, sinds 1982 in het kader van de WVG vervangen door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Met deze in 1956 wettelijk geregelde verhouding overheid-partikulier initiatief wordt overigens geen rechtszekerheid in financiële zin gegeven aan het partikulier initiatief. Deze is eerst veel later geboden via de wettelijke ziektekostenverzekeringen. 5)

Aan een wet met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid dienen niet tevens gezondheidszorgorganisaties rechten te kunnen ontlenen, welke betrekking hebben op de uitvoering van de gezondheidszorg, aldus de opvatting tijdens de parlementaire behandeling van het wetsontwerp. Wel werd erkend dat het verlenen van een wettelijke status aan het partikulier initiatief redelijkerwijs met zich brengt dat voor de uitvoering van taken benodigde middelen beschikbaar worden gesteld, zij het binnen de grenzen van het te voeren financieel economisch beleid. Zo ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die opmerkt dat partiku

liere organisaties die een vorm van zorg verlenen die door de overheid noodzakelijk wordt geacht en voldoet aan kwaliteitseisen die de overheid stelt, recht hebben op financiële bijdragen uit de openbare middelen. 6)

In de WVG, welke - hoewel in beginsel conform zijn doelstelling evenmin als de Gezondheidswet gericht is op de concrete uitvoering van gezondheidszorgtaken 7), maar veeleer op de organisatie (in de zin van structuur) - wel degelijk uitvoeringsgerichte artikelen bevat (basisgezondheidsdiensten), is afstand genomen van het op dit punt tijdens de parlementaire behandeling van de Gezondheidswet 1956 ingenomen standpunt: zowel het reeds genoemde artikel 59 als artikel 42 (erkenning) leggen een relatie met de financiering van uitvoerende instanties en instellingen, waarbij zo niet van rechtstreeks aan de wet te ontleenen rechten, dan toch zeker van opgewekte verwachtingen gesproken kan worden.

### 2.3 Staatstoezicht

De Gezondheidswet van 1901 draagt het toezicht op de volksgezondheid niet alleen op aan gezondheidscommissies, maar ook aan de (hoofd)inspecteurs van de Volksgezondheid en aan de Centrale Gezondheidsraad als leidinggevend en coördinerend orgaan.

De Centrale Gezondheidsraad wordt onder meer belast met het leidinggeven aan de inspectie. Het realiseren van deze doelstelling wordt echter belemmerd door het feit dat hoofdinspecteurs zitting hebben in die raad. Om die reden, alsmede op financiële gronden, verdwijnt het college in 1919 uit de Gezondheidswet. De raad wordt omgezet in een wetenschappelijk adviescollege (Gezondheidsraad).

De in 1919 in de wet vastgelegde taken van de inspecteur worden grotendeels bevestigd in de wet van 1956: onderzoek van de staat van de volksgezondheid (vanaf 1956 in aanvulling op de bevoegdheden en taken terzake van de Provinciale Raden), advisering en verstrekking van inlichtingen inzake de volksgezondheid en handhaving van wettelijke voorschriften. 8)

De taak van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid gericht op de kwaliteitsbewaking in de meest brede zin is een afgeleide van primair de Gezondheidswet en daarnaast een groot aantal andere wetten. Naast het centrale apparaat, functioneren perifeer regionale inspecteurs. 9)

In het kader van de WVG zal met name de regionale inspectie een belangrijke rol gaan spelen onder andere inzake het erkenningenbeleid. 10)

Noten bij paragraaf 2, hoofdstuk II

- 1) Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974.
- 2) Structuurnota Gezondheidszorg, o.c. blz. 19.
- 3) Een wijziging van deze wet is in voorbereiding. Zie terzake Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18111, nr. 1 (wetgeving Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur).
- 4) Zie o.a. mr. G.G.Ch. Harloff, Gezondheidswet, in: Voorschriften Volksgezondheid, Vermande Zonen, IJmuiden, band I p. 7-11; A. Querido, 1965, Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965, blz. 38-39.
- 5) Kruiswerk sinds 1980, ambulante geestelijke gezondheidszorg sinds 1982.
- 6) Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake programmering van het volksgezondheidsbeleid; Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, 1964 nr. 11, blz. 1723.
- 7) De considerans spreekt van 'bevorderen van een doelmatig stelsel van voorzieningen'.
- 8) De inspectie op krankzinnigen en krankzinnigengestichten, een van de oudste vormen van staatsbemoeienis op dit terrein, gaat eerst in 1961 over naar het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- 9) Een uitvoerige beschrijving van taak en functioneren van het Staatstoezicht is opgenomen in de Nota Kwaliteitsbewaking in de Gezondheidszorg, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 18-23 en bijlage 1.
- 10) Voor een uitvoerige beschrijving inzake het Staatstoezicht wordt verwezen naar: A. Querido, Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965.  
Zie voorts J.J.F. Visser, Enige juridische aspecten van de taak en bevoegdheden van de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, TvGR 78/6, blz. 240-248 en Taak en bevoegdheden van de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. TvGR 80/1, blz. 1-10.

## HOOFDSTUK III

## REALISERING RECHT OP GEZONDHEIDSZORG DOOR DE OVERHEID

1. Kwaliteitsbewaking en bevordering1.1 Individuele beroepsbeoefenaren

Op het terrein van de beroepsbeoefening staan, na de totstandkoming van de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG) (1865) de ontwikkelingen niet stil.

De regelingen met betrekking tot deskundigheid van beroepsbeoefenaren van 1865 worden uitgebreid met onder meer regelingen inzake ziekenverpleging (1921, Stb. 702), ziekenverzorging (1963, Stb. 289), paramedische beroepen (1963, Stb. 113) en de Wet Geneesmiddelenvoorziening (1958, Stb. 408) ter vervanging van de Wet Uitoefening Artsenijbereidkunst. Voorts vallen te noemen de Wet Tandheelkundige Inrichtingen (1955, Stb. 165) en het - overigens in afwachting van een nieuwe beroepenregeling inmiddels ingetrokken - wetsontwerp verpleegkundigen.

De Nederlandse wetgeving wordt beïnvloed door internationale regelingen op dit terrein.

Zowel de Raad van Europa als de Europese Gemeenschappen (EG) hebben terzake bemoeienis, zij het de laatste niet vanuit een op de gezondheidszorg gerichte doelstelling. In het kader van het Verdrag van Rome (EEG), waarin de bevordering van de gezondheidszorg geen expliciete taakstelling vormt, worden diverse activiteiten ontplooid vanuit de doelstelling van vrij verkeer van personen (vrijheid van vestiging).

De Raad van Europa heeft minimum-opleidingseisen geformuleerd voor verschillende beroepen op het terrein van de gezondheidszorg, zoals ten aanzien van medisch analisten en verloskundigen. De minimum opleidingseisen van verpleegkundigen zijn vastgelegd in Europese Overeenkomst no. 59 van 1967. Vervolgopleidingen voor verpleegkundigen zijn onderwerp van aanbeveling nr. R (83)5 van 26 mei 1983. Ook ten aanzien van de huisarts heeft de Raad van Europa specifieke opleidingseisen en voorwaarden voor kwaliteitsbevordering geformuleerd (aanbeveling (77)30). In het kader van de EG daarentegen zijn, hoewel minimum opleidingseisen voor artsen zijn geformuleerd ten behoeve van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten binnen de Europese Gemeenschappen, nog geen specifieke regels voor opleiding tot huisarts geformuleerd.

Bij de richtlijnen van de EG ligt het accent vooral op het minimaal voor wederzijdse erkenning van diploma's

noodzakelijk geachte opleidingsniveau. De richtlijnen beogen in alle lidstaten gelijke toelatingsvoorwaarden voor alle gekwalificeerde gegadigden te scheppen. Hierdoor kan een aanvaardbaar kwaliteitsniveau voor de beroepsuitoefening binnen de EG worden gehandhaafd. Hoewel uit hoofde van de richtlijnen aan in andere lidstaten behaalde getuigschriften hetzelfde rechtsgevolg dient te worden verbonden als aan het overeenkomstig getuigschrift in eigen land, is behoudens ten aanzien van de verpleegkundige, de Nederlandse wetgeving hierop nog niet aangepast. 1) De in voorbereiding zijnde Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) zal hier wel in voorzien (o.a. door aanwijzing in de vorm van een besluit van algemene strekking van gelijkwaardige buitenlandse getuigschriften).

Niet alleen heeft in de loop der tijd uitbreiding van regelgeving op het terrein van de beroepsuitoefening tot ook andere beroepen dan vervat in de WUG plaatsgevonden, ook de WUG zelf stond al vrij snel ter discussie. Verschillende pogingen zijn ondernomen om de wetten van 1865 open te breken vanwege het daarin vervatte systeem van verbod tot uitoefening van een in de WUG geregeld beroep, tenzij aan bij of krachtens de wet gestelde eisen wordt voldaan.

Reeds in 1913 werd aangedrongen op het tot stand brengen van grotere vrijheid in de uitoefening der geneeskunst. In 1917 werd de eerste staatscommissie ingesteld met de opdracht te onderzoeken hoe het geldende onbepaalde verbod tot uitoefening der geneeskunst kon worden versoepeld. Diverse commissies hebben zich sindsdien over dit vraagstuk gebogen. Uiteindelijk heeft de wens te komen tot liberalisering geresulteerd in een voorontwerp van de wet BIG, gepubliceerd in mei 1981. 2)

Naast de vraagtekens gezet bij de monopoliepositie van artsen waren ook de verbreding en verdieping van het terrein der geneeskundige zorg waren aanleiding voor het ontwerpen van een nieuwe wettelijke regeling. Tot op heden vindt bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening plaats in het kader van verbrokkelde, onoverzichtelijke en weinig systematische wetgeving. De BIG beoogt hier verandering in aan te brengen door één omvattende wettelijke regeling, waarin vanuit één systematische eisen worden gesteld aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De nieuwe wet gaat uit van een systeem van titelbescherming, waaraan gekoppeld een constitutieve registratie. Een aantal handelingen door een daartoe niet bevoegde blijft echter strafbaar. Het betreft handelingen waaraan, indien verricht door niet-deskundigen, een te groot risico is verbonden voor de



patiënt. Het voorontwerp bevat derhalve niet een integrale opheffing van het verbod van beroepsuitoefening in de geneeskunde. Een niet-ingeschrevene, die desondanks een titel voert, of een niet-ingeschrevene, die het terrein van voorbehouden handelingen betreft, dan wel schade aan de gezondheid van de patiënt veroorzaakt, alsook de ingeschrevene die bij het uitoefenen van individuele gezondheidszorg schade aan de patiënt berokkent, komen voor strafvervolging in aanmerking.

De BIG voorziet tevens in een herziene regeling van het tuchtrecht, ter vervanging van de Medische Tuchtwet van 1928 (Stb. 222). De herziening heeft betrekking op het aantal beroepen dat onder het tuchtrecht komt te vallen (nl. die in de BIG op te nemen beroepen, waar het algemeen belang door invoering van tuchtrecht op adequate wijze wordt gediend), terwijl tevens inhoudelijke en procedurele wijzigingen worden aangebracht. 3)

Het medisch tuchtrecht werd destijds ingevoerd vanwege het feit dat waar artsen een monopoliepositie is verleend tot uitoefening van de geneeskunst, tegelijkertijd bescherming van de gemeenschap geboden was. 4)

Overigens bestond al voor de invoering van de Medische Tuchtwet een vorm van tuchtrechtspraak, de in 1903 ingevoerde interne rechtspraak van de NMG, eveneens met het doel het bewaken van de kwaliteit van zorgverlening door medici.

Uit de toename van ordening van verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van de beroepsuitoefening welke min of meer parallel loopt aan de ontwikkelingen van nieuwe beroepen, spreekt de opvatting dat de deskundigheid van zorg overheidswaarborgen noodzakelijk maakt. Opleidingseisen alleen zijn onvoldoende om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Niet alleen eisen van vakbekwaamheid, maar ook normen op het gebied van de beroepsethiek waaraan de beroepsuitoefening dient te voldoen zijn in hoge mate bepalend voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het algemeen belang van de gezondheidszorg vereist overheidszorg voor de handhaving van een voldoende niveau van beroepsuitoefening. Privaatrechtelijke regelingen door beroepsbeoefenaars - hoe belangrijk op zichzelf ook - kunnen hier onvoldoende in voorzien.

Hoewel de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp BIG aangeeft de voorkeur te geven aan privaatrechtelijke regelingen (dus onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren) van kwaliteitsbewaking, en dat de overheid slechts dan dient in te grijpen op grond van haar eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezond-

heidszorg indien de betrokken groepering hierin niet of onvoldoende slaagt, voorziet het voorontwerp toch in een niet onaanzienlijke mate van overheidsregeling op dit terrein. In het kader van het voorontwerp heeft de overheid duidelijk het accent van bij voorkeur eigen regeling binnen de beroepsgroep, met de overheidsbemoeyenis beperkt tot voorwaardenscheppende en toeziende taken, verlegd naar een grotere mate van overheidsbemoeyenis.

Deze vorm van normatieve wetgeving, gericht op kwaliteitsbewaking en bevordering van het niveau van de gezondheidszorg in het belang van de individu richt zich niet op een verantwoorde spreiding van voorzieningen welke ook een kwalitatief aspect hebben, zoals in hoofdstuk I is uiteengezet. Evenmin kan aan dergelijke wetgeving een recht op financiering worden ontleend. Voor deze aspecten zijn andere geëigende kaders voorhanden.

Niet alleen de BIG, maar ook andere wetten bevatten de mogelijkheid kwaliteitseisen te stellen aan individuele beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Zo kent onder andere het wettelijk ziektekostenverzekeringssysteem op kwaliteit gerichte bepalingen, waarvan met name artikel 47, eerste lid Ziekenfondswet (en artikel 45, eerste lid AWBZ) genoemd kan worden. Dit artikel biedt de mogelijkheid een medewerkersovereenkomst te weigeren op grond van ernstige bezwaren. 5) Uiteraard spelen hierbij kwaliteitseisen een rol. Uit hoofde van het belang van de verzekerde en in het belang van een goede uitvoering van de verzekering zijn recentelijk door de commissie toelating specialisten van de Ziekenfondsraad een aantal criteria geformuleerd welke gehanteerd kunnen worden ter toetsing van de vraag of sprake is van 'ernstige bezwaren' in geval een specialist zonder klinische faciliteiten toelating tot een ziekenfonds wenst (onder andere beperking van activiteiten (in ieder geval wel gebruikelijke hulp), goede waarnemingsregeling, adequate doorverwijzingsregeling naar collega specialist, welke wel over klinische faciliteiten beschikt, echter zonder extra kostenbeslag.) 6, 7)

Bepalingen in de medewerkersovereenkomsten bevatten ook kwaliteitsaspecten. 8)

Tenslotte zijn in het in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ van kracht zijnde erkenningstelsel eveneens op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar gerichte bepalingen opgenomen. Deze zullen overigens worden vervangen door de desbetreffende bij of krachtens de WVG te formuleren eisen (art. 5, art. 6, art. 42-51). Voorts biedt de WVG in artikel 7 nog de mogelijkheid eisen te stellen met betrekking tot de organisatie van

de zorg door beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg. Overigens lijkt deze aangelegenheid veeleer thuis te horen in de BIG: maatregelen ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van beroepsuitoefening horen primair thuis in een op de beroepsuitoefening gerichte normatieve regeling.

## 1.2 Instellingen voor gezondheidszorg

Ook instellingen (aanvankelijk alleen inrichtingen) werden allengs aan kwaliteitseisen onderworpen.

De Beschikking ziekenhuisverpleging verplicht verzekerden (Stcrt. 31-12-1954, 255) voorziet in een vorm van erkenning (art. 4) (verpleging en verzorging komen alleen ten laste van de verplichte verzekering indien deze plaats vindt in een op een lijst bij de beschikking genoemde inrichting. De Ziekenfondsraad had oorspronkelijk de bevoegdheid over deze lijsten, na overleg met de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, onderscheidenlijk de inspecteur voor het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten. In 1962 is deze bevoegdheid overgenomen door de Commissie van gedelegeerden (ingesteld bij besluit op de Ziekenfondsraad van 1948, belast met de dagelijkse leiding). 9)

De invoering in 1965 van de Ziekenfondswet heeft in deze situatie wijziging gebracht in die zin, dat de minister de bevoegdheid tot erkenning heeft gekregen. 10)

Deze verandering vond zijn grondslag in het feit, dat het uit een oogpunt van volksgezondheid juist werd geacht de erkenning van aan de verzekering deelnemende inrichtingen voor volksgezondheid te doen plaatsvinden door de voor de volksgezondheid verantwoordelijke bewindspersoon, gehoord de Ziekenfondsraad. Hierbij zouden de inzake volksgezondheid bevoegde organen advies kunnen geven, zoals de Inspektie voor de Volksgezondheid. Het op deze manier tot uitdrukking brengen van overheidsbemoedening doet tot zijn recht komen dat de wijze waarop in de desbetreffende inrichtingen gezondheidsverzorging wordt geëffectueerd, tevens een overheidsaangelegenheid is. 11)

Het erkenningstelsel via de wettelijke ziektekostenverzekeringen werd gezien als een belangrijk instrument ter bewaking en bevordering van de kwaliteit van voorzieningen. Zo werd bijvoorbeeld ten tijde van de indiening van het wetsontwerp Algemene verzekering zware geneeskundige risico's de erkenning beschouwd als een instrument om het peil van de gezondheidszorg te bevorderen. 12)

Met de wijziging van de Ziekenfondswet en de AWBZ (per 1 januari 1983, Stb. 702) is de wettelijke basis van het

erkenningenstelsel door middel van codificatie van een praktisch gegroeide situatie verstevigd. Wettelijk is daarmee tot uitdrukking gebracht, dat het erkenningenstelsel, gericht op handhaving van een verantwoord niveau van zorg, tevens een kwantitatief element omvat. Hiermee is vastgelegd, hetgeen reeds ten tijde van de behandeling van de Ziekenfondswet in de Eerste Kamer en van het wetsontwerp Algemene verzekering zware geneeskundige risico's in de Tweede Kamer 13) naar voren werd gebracht, namelijk dat er een relatie bestaat tussen toetsing naar kwaliteit enerzijds en die naar kwantiteit (gericht op doelmatigheid) anderzijds.

De eerste normen waren gebaseerd op interne richtlijnen van het Staatstoezicht. 14), 15)

De erkenning betekent aan de ene kant voor de betrokken instellingen in beginsel toelating tot de financiering in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Anderzijds beoogt de erkenning de verzekerden ingevolge deze wetten waarborgen te bieden dat hen naar omvang en kwaliteit goede verstrekkingen worden geboden. 16)

Ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft in 1974 in zijn advies inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg er op gewezen dat het behoefte aspect, als een van de normen op grond waarvan erkenning wordt verleend, gehanteerd zou dienen te worden. 17)

Het stelsel van overeenkomsten in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ bevat tevens aspecten gericht op kwaliteit van instellingszorg. "Met name wanneer in het kader van deze contracten voorwaarden worden gesteld welke het bereiken van de optimale behandeling van de patiënt kunnen bevorderen" ... "de noodzaak tot het sluiten van overeenkomsten zal in sterke mate het peil van de gezondheidsvoorziening kunnen bevorderen." 18, 19)

Uit de wettelijke taak welke ziekenfondsen hebben onnodige uitgaven te voorkomen, vloeien tevens kwaliteitsbewakende aspecten voort. Vanuit deze financieel-economische invalshoek bestaat immers de verplichting na te gaan in hoeverre een betaling noodzakelijk is, hetgeen ziekenfondsen dwingt het proces van medisch handelen te evalueren. 20, 21)

Hoewel primair gericht op een optimale spreiding van voorzieningen met het oog op optimale besteding van mankracht en middelen in de sfeer van intramurale voorzieningen, heeft de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) (Stb. 1971, 268) ook duidelijk kwalitatieve aspecten. Allereerst kan worden verwezen naar de reeds eerder genoemde relatie tussen kwaliteit en kwantiteit, welke

laatste mede van invloed is op de kwaliteit. Ook bij behandeling van het wetsontwerp in de Tweede Kamer werd daarop gewezen. 22)

Van belang is ook artikel 18 (vergunning voor bijzondere voorzieningen) op grond waarvan bijvoorbeeld op postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek gerichte voorzieningen worden geregeld. 23) De hiertoe te verrichten werkzaamheden zijn van dusdanig specialistische aard, dat deze een bepaalde omvang dienen te hebben wil van verantwoorde kwaliteit sprake zijn. Een van de motieven voor regelingen op dit terrein is dan ook de vereiste kwaliteit geweest.

Kwaliteitseisen aan instellingen voor gezondheidszorg zullen zoals hiervoor reeds is opgemerkt in de toekomst niet meer op basis van de wettelijke ziektekostenverzekering worden geformuleerd, doch op basis van de WVG (Hoofdstuk III, resp. Hoofdstuk VII). De bepalingen in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ met betrekking tot het verlenen en intrekken van de erkenning zullen komen te vervallen (art. 89). Een van de voornaamste verschillen van de WVG-regeling met de huidige regeling is dat erkenning niet alleen vereist is om in aanmerking te komen voor financiering in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ, maar ook voor financiering uit de algemene middelen. Een tweede belangrijk verschil is dat de erkenningverlening (en daardoor ook toetsing) gedecentraliseerd zal worden. De Ziekenfondsraad zowel als het Staatstoezicht blijven overigens hun functie terzake behouden.

De samenhang van kwaliteitseisen te stellen aan instellingen met onderwerpen als soort, aantal, grootte en spreiding is één van de redenen geweest voor regeling in de WVG. Ook heeft hierbij een rol gespeeld de overweging dat regeling van kwaliteit in een financieringswet de indruk zou wekken dat kwaliteitsnormering en -beoordeling afhankelijk zijn van de financiering. 24), 25)

"Artikel 1.b (thans art. 1.2) brengt", aldus de toelichting bij de Tweede Nota van Wijzigingen en Verbeteringen WVG, "de beoogde samenhang tot uitdrukking tussen de hoofdstukken III (kwaliteit), IV (plannen) en VII (erkenningen). Deze drie hoofdstukken dienen betrekking te hebben op dezelfde voorzieningen, hetgeen reeds viel af te leiden uit het voorschrift van artikel 19, inhoudende dat erkenning wordt geweigerd indien de voorziening niet past in het plan of niet voldoet aan de kwaliteitseisen". 26, 27)

Nu artikel 1, tweede lid WVG dit verband legt kunnen in het kader van de WVG kwaliteitseisen met betrekking tot instellingen worden gesteld in relatie met een plan én

met de financiering ten laste van de collectieve middelen. In principe immers dient de instelling aangewezen bij a.m.v.b op grond van artikel 1, tweede lid WVG zowel te passen in een plan als te voldoen aan kwaliteitseisen, wil de instelling voor erkenning in aanmerking komen. Het niet voldoen aan kwaliteitseisen betekent hetzij het niet verlenen van een erkenning, hetzij het intrekken daarvan. De wet lijkt geen ruimte te bieden voor het stellen van kwaliteitseisen aan voorzieningen die niet in het plan voorkomen en/of niet voor erkenning in aanmerking (wensen te) komen. Sancties bij het niet voldoen aan hoofdstuk III zijn voor deze gevallen niet in de wet opgenomen. Door deze via artikel 1, tweede lid WVG in de wet aangebrachte samenhang wordt overigens weer wel de indruk gewekt dat kwaliteitsnormering- en beoordeling afhankelijk zijn van de financiering (zie boven).

De Wet op het Menselijk Bloed (Stb. 1961, 182) voorziet in een eigen regeling voor kwaliteitseisen. Erkenning wordt verleend door de minister, gehoord de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het nieuwe ontwerp van wet inzake bloedtransfusie (Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17993, ingediend 7 juli 1983) brengt hierin geen verandering behalve dat de advisering wordt overgenomen door een College voor de bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis. De erkenning heeft in dit wetsontwerp de functie van een vergunning (geen inzamelen van bloed of bereiden van bloedprodukten tenzij de instelling is erkend). De erkenning wordt, afhankelijk van kwaliteits-toetsing en van een spreidingsplan, verleend ongeacht de financieringsbron van de instelling.

De Wet Ambulancevervoer (Stb. 1971, 369) gaat van een vergunningensysteem uit ongeacht de financieringsbron, waarbij de vergunningverlening naast een behoefte ook een kwaliteitsaspect heeft.

Het erkenningstelsel van de WVG zal in de toekomst het vergunningstelsel van de Wet Ambulancevervoer vervangen.

Indirekt komen kwaliteitsaspecten ook aan de orde bij de WTG. De financiële consequenties van aan instellingen te stellen kwaliteitseisen dienen enerzijds in het tarief op basis van de WTG te worden opgenomen, anderzijds vormen de van te voren vastgestelde financiële kaders (beschikbare ruimte als weergegeven in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) op basis waarvan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) richtlijnen vaststelt) de grenzen waarbinnen de financiële

konsekwenties van kwaliteitseisen dienen te blijven. De kwaliteitsaspecten zullen derhalve meegewogen worden bij toetsing van de redelijkheid van een tarief en van de vraag of de tariefsmatige gevolgen daarvan aanvaardbaar zijn te achten in het kader van het taakstellend budget. Bij dit laatste is met name de relatie tussen minimum-kwaliteitsnormen (te beschouwen als een gegeven in het kader van de WTC) en optimum-normen (afhankelijk van de beschikbare financiële ruimte) aan de orde. 28)

Bij de in het kader van de WTC toegepaste budgettering van instellingen dient uiteraard rekening gehouden te worden met kwaliteitseisen.

### Noten bij paragraaf 1, hoofdstuk III

- 1) Zie o.a. Dokumentair overzicht uitvoering EEG-richtlijnen in Nederland, 1958-1981, T.M.C. Asser-instituut, 's-Gravenhage, 1982, blz. 84-87.  
Zie ook J. de Vries, De erkenning van artsen, verpleegkundigen, tandartsen en verloskundigen in de Europese Gemeenschappen, TvGR, 83/3, blz. 109-118.
- 2) Voor een historische beschrijving wordt verwezen naar: D. Kortenhoeven, Verboden toegang voor onbevoegden, N.H.I., Utrecht, 1981; W.B. van der Mijn, Beroepenwetgeving in de Gezondheidszorg, Kluwer, Deventer, 1982.
- 3) De voornaamste veranderingen zijn:
  - openheid en openbaarheid van tuchtrechtspraak tenzij gewichtige redenen zich daartegen verzetten
  - in plaats van huidige norm: ondermijnen vertrouwen in de stand der beroepsbeoefenaars, zal sprake zijn van het tekortschieten in de zorg ten opzichte van de patiënt en de naaste omgeving
  - horen klager in alle gevallen
  - advisering regionaal inspecteur van het Staatstoezicht in alle gevallen (behoudens de door hem in-gediende)
  - mogelijkheid van beroep voor de klager bij afwijzing klacht of bij niet ontvankelijkverklaring.
- 4) Zie ook de Memorie van Toelichting bij de wet: "Hier toch zijn gewichtige belangen van de samenleving in het geding; immers haar fysieke en morele kracht lijdt ernstig schade indien de medische stand niet staat op de hoogte van zijn taak. De invloed van de medischen stand in de samenleving, zowel individueel als sociaal, is zo groot en zo tastbaar, dat het overbodig mag worden geacht die nader aan te tonen. Bedenkt men hierbij, dat de opleiding der medici onder de hoede der Regering jaarlijks beduidende

bedragen vordert van de schatkist van het Rijk en dat reeds jarenlang onze universiteiten een toenevend aantal medici afleveren, voor wie de strijd om het bestaan al zwaarder wordt, dan zal niet meer betoogd behoeven te worden, dat en waarom de Overheid een roeping heeft met betrekking tot het peil van den medischen stand. De ondergetekende meent dat thans gezegd moet worden, dat de Overheid die roeping moet vervullen".

- 5) Een van de mogelijkerwijs aan te voeren ernstige bezwaren genoemd in de Memorie van Toelichting bij de Ziekenfondswet is de verwachting dat de aspirant medewerker zich niet zal houden aan de regelingen en contractsbepalingen (Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 41). Het bij het reglement van orde van de Ziekenfondsraad behorende delegatiebesluit spreekt van 'goed medewerker' (besluit van 28 maart 1968, Stcrt. 122, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 27 november 1980, Stcrt. 6).
- 6) Toelating medische specialist zonder klinische faciliteiten, uitgave van de Ziekenfondsraad, 1983, nr. 226.
- 7) De situatie waarbij een specialist zonder klinische faciliteiten een medewerkersovereenkomst wenst is in de hand gewerkt doordat de instroom van specialisten in ziekenhuizen sinds 1982 beperkt is; Beschikking van 5 juli 1982, nr. 123616, DGVgZ/VKG/VE, Stcrt. 1982, 132.
- 8) Zie bv. de modelovereenkomsten huisarts, tandarts en specialist; de Memorie van Toelichting bij de ontwerp Ziekenfondswet wijst hier nadrukkelijk op. Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 15.
- 9) Besluit overdracht bevoegdheden Ziekenfondsraad 1962, Stcrt. 1962, 47; art. 1.
- 10) De Centrale Raad voor de Volksgezondheid doet in zijn advies inzake een volksverzekering tegen grote geneeskundige risico's het voorstel zowel criteria vaststelling als erkenning op te dragen aan een onafhankelijk orgaan. Uitvoeringsorganen van de verzekeringen zouden zich aan de beslissing van dit orgaan dienen te houden. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, nr. 12, 1964, blz. 2206; zie ook Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 20-21. De SER ziet in deze een centraal beleid als noodzakelijk (SER, Advies inzake een verzekering tegen zware geneeskundige risico's, 1965, no. 7, blz. 18-20).
- 11) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nrs. 1 en 2, art. 47.3; zie ook zitting 1965-1966, 8457, nrs. 3 en 4, blz. 20.



- 12) H.D.C. Roscam Abbing, Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument, TvGR 83/2, blz. 57.
- 13) Zie o.a. Eerste Kamer, zitting 1964-1965, 6808 nr. 3a, blz. 2; Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 6, blz. 9 en 10; Handelingen Tweede Kamer, 24 oktober 1967, zitting 1967-1968, blz. 261 en 279.
- 14) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 13.
- 15) H.D.C. Roscam Abbing, Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument, 1983, o.c. blz. 59-60.
- 16) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 12.
- 17) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, De financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg; Verslagen, adviezen, rapporten 1974, 34, blz. 27.
- 18) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 25.
- 19) De overeenkomsten kunnen bepalingen bevatten welke een bijdrage leveren tot de kwaliteitsbewaking. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 17.
- 20) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, blz. 17.
- 21) Een en ander geldt mutatis mutandis voor overeenkomsten met individuele beroepsbeoefenaars.
- 22) Tweede Kamer, zitting 1969-1970, 9717, nr. 5, blz. 1 en 2.
- 23) Stcrt. 1983, nr. 170.
- 24) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 9, blz. 46.
- 25) Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14181, nr. 4, blz. 54.
- 26) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 14181, nr. 17, blz. 19.
- 27) Door de na formulering van het huidige artikel 1, tweede lid, aan de wet toegevoegde bepaling vervat in artikel 7 wordt de beoogde samenhang minder helder, tenzij dit artikel aldus moet worden verstaan, dat het uitsluitend betrekking heeft op personen, werkzaam in instellingen voor gezondheidszorg die onder het planningsregiem vallen.
- 28) Tweede Kamer, Handelingen, 4 juni 1980, blz. 5098.

## 2. Functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid

### 2.1 Instellingen voor gezondheidszorg

De ontwikkeling van de sociale zekerheid welke vanaf het begin van de twintigste eeuw in gang is gezet, is voor de gezondheidszorg in Nederland van grote betekenis geweest niet alleen doordat in financieel opzicht de toegankelijkheid van voorzieningen werd vergroot, maar ook doordat hierdoor de bereikbaarheid van zorg verbeterd is. In dezelfde periode was er een toename van medische en medisch-technische mogelijkheden, welke onder meer de vraag naar ziekenhuisfaciliteiten deed toenemen. Met name het inrichtingswezen maakt hierdoor, zeker na invoering in 1941 van aanspraak op ziekenhuisverpleging in het kader van het ziekenfondsenbesluit en later in het kader van de AWBZ, een snelle ontwikkeling door 1), welke uiteindelijk heeft geleid tot invoering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971, Stb. 268, wijziging Stb. 1978, 763). Doelstelling van deze wet is het tot stand brengen van een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding over het land met behulp van planning van de voorzieningen en regulering van de bouw.

Reeds voor de tweede wereldoorlog bestond behoefte aan ordening op het terrein van bouw en beheer van het ziekenhuiswezen. Diverse voorstellen tot (private) regulering, ontwikkeld in de dertiger jaren, strandden echter, onder meer uit vrees voor te grote overheidsinvloed. Toch komt na de tweede wereldoorlog een bepaalde mate van ordening tot stand in het kader van het stelsel van rijksgoedkeuringen (Wederopbouwwet) zonder dat daarbij overigens sprake is van een gestructureerde benadering van het bereikbaarheidsvraagstuk. Voorts speelde de Ziekenhuiscommissie (1947) een bepaalde, zij het niet wettelijk vastgelegde, rol bij de centrale bouwbeheersing (op basis van de zgn. Beschikking Ziekenhuiscommissie). Aanvankelijk (tot 1953) omvatte de taakstelling van de Commissie naast planningsvragen en bouwproblematiek ook advisering omtrent tariefstelling. Diverse factoren zijn aanleiding geweest tot een wettelijke regulering van het inrichtingswezen. De Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp WZV 2) vermeldt onder meer: tegengaan schadelijke wedijver tussen de ziekenhuizen; tegengaan beddenoverschot, tegengaan overmaat aan personeel en apparatuur.

"Het bevorderen van een adequate ontwikkeling van het ziekenhuis- en inrichtingswezen zou een doelmatige

aanwending van schaarse middelen en mankracht bevorderen, ten bate van de patiënt. Het belang van de patiënt is gediend bij een juiste kwantitatieve voorzieningen, een goede spreiding waardoor immers lange wachttijden, onnodig vervoer en onderbezetting kunnen worden voorkomen. De ziekenhuisvoorzieningen mogen niet leiden tot overbodige kosten en daardoor niet verantwoorde tarieven." 3)

Doelmatigheid van voorzieningen via onder meer spreiding, onderlinge afstemming en een bepaalde vorm van decentralisatie (provinciale planning) zijn enkele van de kenmerken van de wet. In principe zouden alle inrichtingen waarin opname voor rekening van ziekenfondsen c.q. ten laste van de AWBZ zou plaatsvinden, onder de werkingssfeer van de wet worden gebracht 4). Doordat beperkingen kunnen worden gesteld en voorschriften kunnen worden gegeven biedt de wet tevens de mogelijkheid een samenhangend functioneren tussen gezondheidszorgvoorzieningen met het oog op onder andere een verantwoord doorstroombesluit te bevorderen. 5)

In de Memorie van Toelichting wordt ten aanzien van de planning opgemerkt dat indien het in het wetsontwerp vervatte systeem goed blijkt te voldoen, dat de basis kan vormen voor een verdergaande uitbouw van de planning op het terrein van de volksgezondheid. 6) In de Memorie van Toelichting is de belangrijke rol aangegeven welke de provincie kan spelen als bestuurlijke eenheid ten aanzien van de tot standkoming van een gefintegreerd pakket van voorzieningen, zowel intra- als extramuraal, in regionaal verband. De in het wetsontwerp gekozen planningsvorm zou, aldus de Memorie van Toelichting, voldoen aan eisen van rechtszekerheid, tegemoetkomen aan regionale en plaatselijke omstandigheden, voorwaarden bevatten voor noodzakelijke landelijke coördinatie en aanknopingspunten bieden voor betere onderlinge afstemming van gezondheidszorgvoorzieningen en voor een toetsing van de tot standkoming daarvan aan de behoefte. 7) Een evaluatie van het in de WZV vervatte planningsstelsel gericht op de vraag of dit stelsel toepasbaar zou kunnen zijn voor verdere planningsregelingen, heeft echter - hoe nuttig dit ook had kunnen zijn - ten behoeve van de voorbereiding van de WVG niet plaats gevonden. Een van de redenen is waarschijnlijk hierin gelegen dat de WZV eerst per 1-9-1979 (in gewijzigde vorm) volledig in werking is getreden.

Tijdens de behandeling van de ontwerp-wet in de Tweede Kamer is aangedrongen op meer eenheid en samenhang in ziekenhuiswetgeving: integratie van tarieven- en erkenningenbeleid in een breder opgezette ziekenhuiswet diende te worden nagestreefd. 8)

Als rechtsgrond voor een regeling als vervat in de WZV is de verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg genoemd, dat ordenend optreden van de overheid vraagt met het oog op optimale gezondheidszorgvoorzieningen en optimale spreiding daarvan, rekening houdend met beperkte middelen en mankracht. (Eerste Kamer, zitting 1970-1971, 9717, nr. 119, blz. 1).

De WZV bevat een verbod tot bouw van inrichtingen; vergunningverlening met betrekking tot bouwinitiatieven is gekoppeld aan een systeem van planning, met belangrijke inbreng van de provincies. De WZV richt zich niet alleen op een bedden-, maar ook op een functieplanning (inclusief de in nauwe relatie met de functie-afdelingen staande poliklinieken en ambulatoria). Ook vallen zgn. bijzondere voorzieningen (bijvoorbeeld bepaalde bij a.m.v.b. aan te geven vormen van apparatuur) onder de WZV. Het College voor Ziekenhuivoorzieningen adviseert de minister in het kader van de WZV.

De in 1979 ingevoerde wijziging van de WZV voorzag in een verbeterd systeem van plannen (per categorie van voorzieningen en/of per gebied in plaats van een landelijk plan) en de mogelijkheid tot sluiting van ziekenhuizen.

Beslissingen genomen in het kader van de WZV vinden hun weerslag in de erkenningsbeschikking Ziekenfondswet/AWBZ. Aanvankelijk bevatten deze beschikkingen alleen een opgaaf van bedden, doch allengs zijn daar ook andere gegevens aan toegevoegd. 9)

Waar de WZV gericht is op bouw en planning van intramurale voorzieningen en niet op extramurale instellingen, is daarvoor een andere wettelijke basis geschapen. Te noemen valt bijvoorbeeld de Wet Ambulancevervoer (Stb. 1971, 369) in welk kader Gedeputeerde Staten onder andere aantal en spreiding van ambulance-auto's bepalen. Ook de Wet op het Menselijk Bloed (Stb. 1961, 182) voorziet in een eigen integrale regeling van bloedtransfusiediensten: het systeem van erkenningverlening geeft niet alleen kwaliteitsgaranties, maar ook een mogelijkheid voor een spreidingsbeleid: het belang van een doelmatige geneeskundige voorziening speelt bij de erkenning een rol.

Het onlangs in de Tweede Kamer ingediende Wetsontwerp inzake bloedtransfusie 10) zet deze lijn voort. Daarin is voorzien in een College voor de bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis als wettelijk adviesorgaan en een spreidingsplan op te stellen door de minister.

Voorts is in de loop der tijd aan een aantal ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering komende voorzieningen als voorwaarde voor erkenning gesteld het

passen in een behoefte- en spreidingsplan (zoals bv. ten aanzien van kruisinstellingen, RIAGG's, dialysecentra, beademingscentra, revalidatie-dagbehandelings-centra, trombosediensten, psychiatrische dag- en nachtbehandelingscentra). 11, 12).

Een maatregel van geheel andere orde is de mogelijkheid tot ontheffing van de contracteerplicht (art. 47.3 Ziekenfondswet en art. 45.3 AWBZ) welke geldt ten aanzien van alle instellingen die een verstrekking verlenen, behoudens voor die instellingen waarop artikel 8a, tweede lid, laatste volzin Ziekenfondswet is toegepast (art. 47.2 Ziekenfondswet). Deze mogelijkheid is ingevoerd door wijziging van de betreffende wetten bij invoering van de WVG (Stb. 1980, 646). De bepaling is momenteel met name van belang voor die instellingen, waarop de WZV niet van toepassing is en waarvoor uit hoofde van andere wettelijke regelingen geen afdoend planningsregiem van toepassing is. Zij blijft overigens ook van kracht na invoering van de WVG.

De WVG (Stb. 563, 1982) zal in de toekomst zowel betrekking hebben op planning van intra- als van extramurale voorzieningen (met uitzondering van bloedtransfusiediensten). Voor bouw van intramurale voorzieningen zal het WZV-systeem (vergunningen) worden gevolgd.

Het eerste ontwerp WVG werd, na publikatie van een voorontwerp van wet tot uitbreiding van de WZV tot Wet Gezondheidsvoorzieningen gepubliceerd in 1971 (zitting 1970-1971, 11267), in 1976 ingediend. Voorzag het voorontwerp in de (overigens reeds bij indiening van de WZV aangekondigde) uitbouw van de WZV, het ontwerp daarentegen, waarin de in de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) vervatte denkbeelden zijn uitgewerkt, gaat van een andere planningsconceptie uit.

Waar het voorontwerp qua planning tamelijk centralistisch van opzet was (één van de voornaamste punten van kritiek op het voorontwerp), bood het ontwerp van wet meer ruimte voor de regionalisatie- en decentralisatiegedachte.

Oorspronkelijk was de opzet van de WVG dat op basis van een plan een vergunning zou moeten worden verleend om op het terrein van de gezondheidszorg te mogen functioneren. Doordat hiertegen bezwaren zijn gerezen, onder andere vanuit de kruisverenigingen, die ruimte wilden hebben voor eigen activiteiten buiten het plan en buiten de financiële verantwoordelijkheid van de overheid om, is het vergunningenstelsel omgezet in een gedecentraliseerd erkenningenstelsel, gerelateerd aan enerzijds de planning en anderzijds de financiering. 13)

De Memorie van Toelichting stelt dat de wet gericht is op structurele opbouw van de voorzieningen van de gezondheidszorg en uit dien hoofde is gericht op de logistiek, aard, omvang, spreiding, samenhang en kwaliteit van het aanbod. De keerzijde van het aanbod, de consumptieve vraag, wordt voor een belangrijk deel gekanaliseerd door middel van de verzekering, die de mogelijkheid biedt om de rechten van verzekerden te realiseren. Bij de uitvoering van de verzekering hoort derhalve de bewaking van de consumptie thuis, zij het dat de consumptie mede wordt bepaald door het aanbod. (Omdat prijsvorming in de gezondheidszorg niet zonder meer tot stand komt als resultante van vraag en aanbod, is, aldus de Memorie van Toelichting, tevens regulering van tarieven en honoraria noodzakelijk).

"In deze samenhang heeft de WVG betrekking op de capaciteit, terwijl de volksverzekering en de regeling van de prijsvorming betrekking hebben op het gebruik van de capaciteit". (Fysionomie, het uiterlijk voorkomen van de gezondheidszorg, in de WVG; fysiologie, het actueel functioneren, in de verzekering en prijsregeling). 14) Het in 1979 ingediende gewijzigde ontwerp van wet 15) bevat weliswaar aanzienlijke wijzigingen ten opzichte van het oorspronkelijk ontwerp, doch de principes zijn overeind gebleven. 16)

De voornaamste in 1979 aangebrachte wijzigingen betreffen de afstemming op het planningssysteem van de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW). Dit onderdeel staat thans weer ter discussie, vanwege de intrekking van de KSW. 17)

De WVG gaat voorzover het de spreiding van intramurale en extramurale instellingen betreft uit van een systeem van, in principe, gedecentraliseerde planvoorbereiding en planvaststelling binnen centrale richtlijnen. 18)

In deze centrale richtlijnen wordt tot uitdrukking gebracht het beslag op personele, materiële en financiële middelen waar een plan rekening mee dient te houden. Als minimum dient hierbij uit te worden gegaan van datgene dat benodigd is aan voorzieningen om de vraag van verzekerden op kwalitatief verantwoorde wijze te kunnen beantwoorden. Het maximum wordt bepaald door de in het FOG aangegeven maximum ruimte. 19)

De mate van gedetailleerdheid van richtlijnen ex artikel 10 WVG ten behoeve van de planvoorbereiding, en de marges tussen het beslag op financiële en personele middelen dat uitgaat van aanspraken van verzekerden enerzijds en de maximaal beschikbare ruimte anderzijds zullen bepalend zijn voor de vrije beslisruimte van de lagere overheden. Hoe geringer de marges en hoe gedetailleerder de richtlijnen, hoe meer de lagere overheden uitvoerders zullen zijn van centraal beleid.

Ook de WTG bevat een (hoewel qua intentie gericht op prijsregulering) op functionele c.q. geografische bereikbaarheid gerichte bepaling in artikel 17 (zgn. verklaringsregeling voor bepaalde door de minister aangewezen rechtshandelingen, welke een bepaald bedrag te boven gaan). Deze bepaling kan bijvoorbeeld betrekking hebben op specifieke, dure apparatuur, samenwerkingsverbanden en automatisering. Artikel 40 WVG biedt hiertoe ook een voorziening (mogelijkheid van vergunningenstelsel). Artikel 17 WTG zou op de planningsmogelijkheden voor bijzondere voorzieningen ex artikel 40 WTG een logisch complement dienen te vormen 20), doch lijkt veeleer een vrij zelfstandige functie te hebben.

## 2.2 Individuele beroepsbeoefenaars

Hoewel het mechanisme van de WZV niet primair gericht is op aantallen specialisten 21) is in het kader van de op grond van artikel 3 van de wet te geven richtlijnen ten behoeve van de planning sinds 1983 ook planning ten aanzien van het aantal specialistenplaatsen formeel mogelijk gemaakt. Ook al wordt hiermee geen manpowerplanning beoogd 22), wel kan ordenend worden opgetreden ten aanzien van de functionele beschikbaarheid van voorzieningen en de kwantitatieve spreiding (omvang per specialisme). Het werkelijk aantal per specialisme werkende beroepsbeoefenaars wordt binnen het via de planning vastgestelde aantal full-time plaatsen vervolgens vastgelegd in de erkenningsbeschikking op grond van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Hiermee is een formele basis gelegd voor het in 1982 ingevoerde systeem van vastlegging van feitelijke gegevens ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren in de erkenningsbeschikkingen (naast de capaciteit van bedden, functies, bijzondere apparatuur, ook de bij de functies horende aantallen artsen). 23) Op deze wijze is een planmatig volumebeleid mogelijk, waarbij van gerichte sturing van de omvang van gezondheidszorgvoorzieningen sprake is.

Wordt hiermee het aanbod van beroepsbeoefenaars, werkzaam bij instellingen van gezondheidszorg op basis van functieplanning in het kader van de WZV via het erkennenstelsel in het kader van de Ziekenfondswet/AWBZ (voorzover van toepassing) beheerst, nog op andere wijze kan het aanbod in het kader van het wettelijk ziektekostenverzekeringssysteem worden beperkt. Bedoeld wordt de met de invoering van de WTG 24) in de Ziekenfondswet en de AWBZ aangebrachte wijziging ten aanzien van de contracteerplicht (art. 47 Ziekenfondswet, resp. 45 AWBZ).

Ontheffing van de contracteerplicht is op grond van artikel 47, derde lid Ziekenfondswet (en art. 45, derde lid AWBZ) mogelijk met inachtneming van de aldaar geformuleerde voorwaarden. 25)

Was voordien sprake van een vrijwel onbeperkt recht op toelating als medewerker van een ziekenfonds (enkele uitzonderingen daargelaten, zoals taxivervoerders), thans is ontheffing van de contracteerplicht met het oog op het voorkomen van een uit financieel en kwalitatief oogpunt onverantwoord overaanbod mogelijk. Hoewel een vestigingsbeleid veeleer in structuurwetgeving thuis hoort, heeft het aanbod toch ook dusdanige konsekventies voor de kosten van de gezondheidszorg en daarmee ook de tarieven, dat het noodzakelijk werd geacht belemmeringen ten aanzien van een zekere beheersing van het aanbod van zorgverlening weg te nemen. 26) Artikel 8a, 8f en 47.3 Ziekenfondswet hangen ten nauwste met elkaar samen en vullen elkaar aan. Weliswaar bevatte artikel 47, eerste lid, reeds de mogelijkheid een ongewenste toeneming van het aantal medewerkende personen en instellingen te voorkomen, doch deze mogelijkheid is beperkt tot personen of instellingen die 'te ver uit de buurt wonen of gevestigd zijn'. 27)

Een beroep op 'ernstige bezwaren' bedoeld in artikel 47.1 Ziekenfondswet, respectievelijk artikel 45.1 AWBZ uit hoofde van een gewenst geacht vestigingsbeleid is in 1976 door de rechtspraak afgewezen. 28) Recentelijk is een beroep op ernstige bezwaren tegen een tandarts wel uit een oogpunt van vestigingsbeleid geaccepteerd in een kort-geding uitspraak (rechtbank Amsterdam, 12-1-1984, nog niet gepubliceerd). Motieven hierbij waren het in voorbereiding zijnde onheffingsbesluit ten aanzien van de contracteerplicht ziekenfonds-tandartsen op grond van artikel 47, derde lid, Ziekenfondswet alsmede het feit dat vrije vestiging door een tandarts een lokaal beleid gericht op eerstelijnsgezondheidszorg in het kader van gezondheidscentra (Almere) zou doorkruisen.

De contracteerplicht heeft van meet af aan onderdeel uitgemaakt van ons wettelijk ziektekostensysteem. De NMG stelde reeds in 1908 deze als een essentiële voorwaarde te achten voor een behoorlijk functionerend ziekenfondswezen: het recht van de verzekerde vrijelijk een arts te kiezen kan alleen dan zinvol worden geëffectueerd, wanneer 'te goeder naam en faam bekend staande' artsen het recht hebben als deelnemer tot een fonds toe te treden. Deze vrije keuze en het daaraan gekoppelde toelatingsrecht spelen overigens alleen een rol bij een verzekeringssysteem waarbij sprake is van rechtstreekse medische verzorging (zgn. natura-stelsel). 29) Dit standpunt van de NMG resulteerde in 1912 in een bindend



besluit dat haar leden niet zullen deelnemen aan nieuwe fondsen, die niet zonder meer het toelatingsrecht in hun statuten hebben opgenomen. 30) Formeel is de contracteerplicht voor het eerst vastgelegd in het derde uitvoeringsbesluit ingevolge het ziekenfondsenbesluit. 31) Voorstellen te komen tot een zgn. 'standplaatsregeling' dateren al van 1940, doch zijn als onuitvoerbaar van de hand gewezen. 32)

Van 1946-1954 is een soort vestigingsstelsel van kracht geweest in het kader van het Besluit geneeskundige voorziening. Vestiging werd afhankelijk gesteld van toestemming van de hoofdinspecteur, overigens niet zo zeer vanwege de noodzaak te komen tot een vorm van regulering als wel uit materiële belangen. Het primaire oogpunt bij deze regeling was de bescherming van praktijken van in militaire dienst opgeroepen artsen. 33)

Het voordeel van een regeling, zoals ingevoerd in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ is, dat bij het niet toelaten tot het verzekeringsstelsel geen rechtstreekse dwang op patiënt of arts wordt uitgeoefend; er blijft een zekere mate van keuzevrijheid. 34)

Bovendien is het gevaar dat financiers een eigen vestigingsbeleid gaan voeren, waardoor ze als het ware op de overheidsstoel zouden gaan zitten 35) ondervangen doordat de minister dient te beslissen over invoering van een maatregel ex artikel 47.3. Uitvoering wordt vervolgens overgelaten aan de ziekenfondsen. Voor apothekers en apotheekhoudende huisartsen gelden overigens de desbetreffende bepalingen van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

De WVG tenslotte biedt de mogelijkheid regulerend op te treden met betrekking tot aantallen per aangewezen categorie behorende beroepsbeoefenaars en een verantwoorde spreiding (Hoofdstuk VII, ingevoerd op 15 november 1982, Stb. 1982, 621). Regulering is mogelijk door invoering van een vergunningenbeleid alsmede door het beperken (aangeven van een maximum) van de praktijkomvang. De WVG vestigingsbepalingen hebben in beginsel betrekking op alle beroepsbeoefenaars, ongeacht of deze 'vrij gevestigd' zijn, dan wel in het kader van een instelling, al dan niet in dienstverband, functioneren.

Uit een oogpunt van beschikbare financiële ruimte zullen plannings- en vestigingsbeleid in samenhang gevoerd moeten worden. Beide instrumenten dienen gelijktijdig op een bepaalde categorie beroepsbeoefenaars van toepassing te zijn. 36)

Hoofdstuk VI WVG bevat een verbodsregeling (vergunningstelsel), ongeacht de financieringsbron voor de be-

roepsbeoefenaars. Op overwegend kwaliteitsgronden is een in de Tweede Kamer gedaan voorstel, gericht op een voor vestiging en planning/erkenning uniforme systematiek (geen financiering, tenzij een vergunning is afgegeven) 37) niet overgenomen: een teveel aan beroepsbeoefenaars zou leiden tot overproductie, hetgeen de kwaliteit van zorg niet ten goede komt, waardoor schade aan de patiënt kan ontstaan. 38) Het oorspronkelijk ontwerp ging wel uit van uniformiteit van systematiek: beoordeling van voorgenomen vestiging zou plaatsvinden tegen de achtergrond van voorzieningen en planning 39)

In de Eerste Kamer is dit voorstel nog eens herhaald, doch afgewezen op grond van de noodzaak van samenhang tussen voorzieningen ten laste van collectieve en ten laste van niet-collectieve middelen. 40) Dit argument is overigens niet gehanteerd ten aanzien van plannen met betrekking tot instellingen, waarbij, zoals bleek in paragraaf 2.1 de financieringsbron een belangrijke rol speelt.

Het verschil tussen een vestigingsregeling door middel van vergunningen, primair op kwaliteitsgronden gebaseerd (WVG), en een regeling primair ter voorkoming van onverantwoorde uitgaven door het tegengaan van een overaanbod (ZFW/AWBZ) kan als volgt worden omschreven. In het kader van de eerste type regeling geeft het bezit van een diploma niet meer automatisch een recht op toelating tot het medisch beroep; daartoe is nog toestemming nodig van een privaatrechtelijk dan wel publiekrechtelijk lichaam. Een regulering van de aanbodzijde bij de tweede regeling daarentegen richt zich niet op de toelating tot het beroep maar op toelating tot de ziekenfondspraktijk. Het gaat in de WVG niet om de toekenning van de bevoegdheid een bepaald beroep uit te oefenen, daartoe strekt de BIG, doch om het daadwerkelijk kunnen gebruikmaken van die bevoegdheid: de bevoegdheid op zichzelf leidt nog niet automatisch tot de mogelijkheid van beroepsuitoefening, terwijl deze laatste mogelijkheid niet automatisch leidt tot het kunnen voeren van een ziekenfondspraktijk.

De oogmerken van een vestigingsbeleid op basis van de WVG en van de reguleringsmogelijkheden in het kader van de Ziekenfondswet/AWBZ, lopen niet parallel. Bij de eerste wet is sprake van doelmatig functioneren, in het laatste geval van behartiging van 'belangen' (rechten van verzekerden). Vanwege het inhoudelijke verschil tussen beide maatregelen, en het daaruit voortvloeiende verschil in werkingssfeer (WVG: ongeacht financieringsbron; ZFW/AWBZ: vanwege financieringsbron) zal een

vestigingsbeleid in het kader van de WVG niet automatisch leiden tot het niet meer toepassing geven aan artikel 47, derde lid, Ziekenfondswet. Voor dit laatste is een zelfstandige toetsing, op grond van criteria in het kader van de Ziekenfondswet vereist. Hetzelfde geldt - zoals gezien - voor instellingen van gezondheidszorg. Hoe minder de WVG uitvoeringspraktijk erin zal slagen een samenhangend, zoniet geïntegreerd beleid voor één-zelfde categorie beroepsbeoefenaars in het kader van een vestigingsregeling én de plannings- (plus erkennings)-systematiek van de grond te krijgen, hoe meer behoefte zal blijken te bestaan aan toepassing van artikel 47.3 Ziekenfondswet.

Werd ongeveer een eeuw geleden een positief vestigingsbeleid gevoerd (in 1886 werd ter stimulering van de vestiging van artsen in arme plattelandsgemeenten een vestigingstoelage uitgekeerd - zie hoofdstuk II paragraaf 1 -), thans is veeleer sprake van een negatief vestigingsbeleid, in de zin van een indammen van het overaanbod van beroepsbeoefenaars.

Bij het vestigingsbeleid op grond van het te verwachten aanbod dient ook de instroom van artsen uit andere lidstaten van de Europese Gemeenschappen in ogenschouw te worden genomen.

In het kader van de Europese Gemeenschappen zijn voor artsen, tandartsen, verloskundigen en ziekenverplegers richtlijnen tot stand gekomen met betrekking tot het recht van vestiging en het vrij verrichten van diensten. 41) De Nederlandse wetgeving dient rekening te houden met deze richtlijnen. Indien in Nederland stringenter opleidingseisen dan in de richtlijnen worden geformuleerd, kunnen deze eisen niet van toepassing zijn op diegene die in het bezit is van een in een andere lidstaat op grond van de richtlijnen geldig diploma. Bij een eventueel vestigingsbeleid dient uitgegaan te worden van gelijkwaardigheid, ongeacht in welke lidstaat het diploma is behaald en ongeacht de vraag of in Nederland strengere opleidingseisen gelden. 42)

Uit de gegevens blijkt, zoals reeds werd opgemerkt, dat de motieven voor verschillende wettelijke mogelijkheden ten behoeve van de bereikbaarheid en spreiding van individuele beroepsbeoefenaars uiteenlopen: uit kwaliteitsoogpunt tegengaan van een overaanbod, alsmede bevordering van een betere spreiding (WVG); uit financiële overwegingen en uit kwaliteitsoogpunt tegengaan van een in verhouding tot de vraag te groot aanbod (ziektekosten).

Hiernaast kunnen nog andere overwegingen een rol spelen, zoals bescherming van de belangen van de gevestigde beroepsgroep (gezondheidszorg als broodwinning). 43) Ook ter realisering van beleidsdoeleinden kan een vestigingsbeleid worden gevoerd, bijvoorbeeld gericht op een herstructureringsproces in de gezondheidszorg. Het effect van dit laatste zal mede afhangen van de mate waarin aanspraken in het kader van wettelijke ziektekostenverzekeringen hiermee in overeenstemming zijn.

### Noten bij paragraaf 2, hoofdstuk III

- 1) Zie onder meer Algemene Wet (bijzondere) Ziektekosten, Handelingen Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 24 oktober 1967, blz. 287. Aangedrongen werd op een op een wettelijke regeling stoelende planning welke verder ging dan een enkele bouwwet.
- 2) Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 9717, nr. 3, blz. 7.
- 3) Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 9717, nr. 3, blz. 6.
- 4) Tweede Kamer, zitting 1969-1970, 9717, nr. 5, blz. 3.
- 5) Tweede Kamer, zitting 1969-1970, 9717, nr. 5, blz. 2.
- 6) Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 9717, nr. 3, blz. 10.
- 7) Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 9717 nr. 3, blz. 11. Zie ook Handelingen, 79e Vergadering, 10 juni 1970, blz. 3703.
- 8) Tweede Kamer, zitting 1969-1970, 9717, nr. 5, blz. 1 en 2.
- 9) Beschikking van 5 juli 1982, nr. 123616, DG VGZ/VKG/VE, Stcrt. 1982, 132 en van 15 september 1982, nr. 124977 DG VGZ/VKG/VE, Stcrt. 1982, 186.
- 10) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17993, ingediend 7 juli 1983.
- 11) V66r 1-1-1983 gebeurde dit op basis van een a.m.v.b. Vanaf die datum is een dergelijke clause gebaseerd op de wet (Ziekenfondswet of AWBZ, Stb. 1982, 702, art. 8c resp. 8b).
- 12) Beschikking van 7 september 1976, nr. 70978, DG VGZ/VKG, Stcrt. 1976, 176; vervangen door Beschikking van 5 juli 1982, nr. 123616, Stcrt. 1982, 132; zie ook vorige voetnoot, art. 8f resp. 8e.
- 13) Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14181, nr. 4, blz. 44.
- 14) Tweede Kamer, zitting 1967-1968, 14181, nr. 3, blz. 30.

- 15) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 12.
- 16) Planning op drie niveaus, al naar gelang de toedeling van de voorziening (rijk, provincie, gemeente); landelijke normen en richtlijnen, zowel ten aanzien van planning als met betrekking tot kwaliteit; inspraak door commissies; kwaliteitseisen worden van de verzekeringswetgeving overgeheveld naar de structuurwetgeving, met erkenningverlening ten behoeve van toegang tot financiering (algemene middelen of Ziekenfondswet, c.q. AWBZ) op niveau van plannende instanties; samenhang tussen voorzieningen; regelingen voor beroepsbeoefenaars, informatica, basisgezondheidsdiensten e.d.
- 17) Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18111, nr. 1.
- 18) Academische en militaire ziekenhuizen alsmede TBR-klinieken behoren altijd tot de bemoeiingen van het Rijk.
- 19) De relatie tussen planning en aanspraken van verzekeren is overigens op aandringen van de Tweede Kamer in de WVG opgenomen, Tweede Kamer, UCV-42, 9 februari 1981, blz. 28.
- 20) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14181, nr. 6, blz. 35 en nr. 9, blz. 21.
- 21) Door de functiegerichtheid alsmede de bouwaspecten is er overigens wel een indirecte relatie met het aantal specialisten werkzaam in een intramurale voorziening.
- 22) Onder een specialistenplaats wordt verstaan de plaats van een full-time specialist met een gemiddelde jaarproductie, ongeacht het aantal specialisten dat deze plaats bezet.
- 23) H.D.C. Roscam Abbing, Het erkenningstelsel als reguleringsinstrument, TvGR 1983/2, blz. 53-64.
- 24) Stb. 1980, 646.
- 25) Van deze mogelijkheid is inmiddels gebruik gemaakt o.a. ten behoeve van fysiotherapeuten. Een besluit m.b.t. tandartsen is in voorbereiding.
- 26) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14182, nr. 7, blz. 10.
- 27) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 7808, nr. 3, blz. 41.
- 28) Zie vonnis nr. 1, TvGR 77/1, blz. 43-45 en nr. 10, TvGR 77/4, blz. 184-185. Vergelijk ook vernietiging door Kroon van gemeentelijke vestigingsverordening - gemeente Lelystad - voor medische en paramedische beoefenaars; TvGR 1982/2, blz. 91-92.
- 29) L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland; Ontwikkelingen en perspectieven, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963, blz. 20-21.
- 30) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 7; L.S. Godefroi, o.c. blz. 27.

- 31) Verordeningsblad 1941/217.
- 32) L.S. Godefroi, o.c., blz. 117.
- 33) L.S. Godefroi, o.c., blz. 118
- 34) Nota vestigingsbeleid, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 10, blz. 36.
- 35) Nota vestigingsbeleid, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 10, blz. 31.
- 36) Een eerste ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen is inmiddels bekend gemaakt (Stcrt. 1983, no. 135). Door de daarin gekozen omschrijving van het begrip 'huisartsenhulp', waarbij is aangesloten op de in het kader van de Ziekenfondswet gehanteerde definitie, wordt een - normatieve - beperking aangelegd welke de vrijheid van keuze van de patiënt zou kunnen inperken (advies Ziekenfondsraad inzake vestiging en praktijkomvang huisartsen, 1983 nr. 245, blz. 7). Hoe de relatie tussen deze regeling en een voorgenomen planningsregeling ten aanzien van gezondheidscentra zal zijn wordt niet duidelijk uit het ontwerp.
- 37) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 14181, nr. 54; UCV-43, 16 februari 1981, blz. 11.
- 38) Tweede Kamer, UCV-43, 16 februari 1981, blz. 15.
- 39) Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14181, nr. 2, hoofdstuk V.
- 40) Eerste Kamer, Handelingen, 1 september 1982, blz. 605.
- 41) - Richtlijn van 16 juni 1975, 75/362/EEG (PbEG, L 167) inzake de onderlinge erkenning van diploma's, certificaten en andere titels van de arts, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten, laatstelijk gewijzigd bij Richtlijn van 26 januari 1982, nr. 82/76/EEG (PbEG, L 43).
  - Richtlijn van 16 juni 1975, 75/363/EEG (PbEG, L 167) inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van de arts, laatstelijk gewijzigd bij Richtlijn van 26 januari 1982, 82/76EEG (PbEG, L 43).
  - Richtlijn van 27 juni 1977, 77/452/EEG (PbEG, L 176) inzake de onderlinge erkenning van diploma's, certificaten en andere titels van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger, tevens houdende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten.

- Richtlijn van 27 juni 1977, 77/453/EEG (PbEG, L 176) inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger.
  - Richtlijn van 25 juli 1978, 78/686/EEG (PbEG, L 233) inzake de onderlinge erkenning van diploma's, certificaten en andere titels van beoefenaren der tandheelkunde, tevens houdende maatregelen ter vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten.
  - Richtlijn van 25 juli 1978, 78/687/EEG (PbEG, L 233) inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de werkzaamheden van de beoefenaar der tandheelkunde.
  - Richtlijn van 21 januari 1980, 80/154/EEG (PbEG, L 33) inzake onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van de verloskundigen, tevens inhoudende maatregelen tot vergemakkelijking van de daadwerkelijke uitoefening van het recht van vestiging en vrij verrichten van diensten.
  - Richtlijn van 21 januari 1980, 80/155/EEG (PbEG, L 33) inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepaling betreffende de toegang tot en de uitoefening van de werkzaamheden van verloskundige.
  - Richtlijn van 14 december 1981, 81/1057/EEG (PbEG, L 385) met betrekking tot verworven rechten.
- 42) Zie uitspraak nr. 246/80, TvGR 1982/6, blz. 238-249; zie tevens TvGR 80/5, blz. 210-212; 80/6, blz. 261; 83/4, blz. 200-201 en 83/5 blz. 262-264.
- 43) J. Goudsmit, Anderhalve eeuw dokters aan de arts; geschiedenis van de medische opleiding in Nederland, Sun, Amsterdam, 1978, blz. 126; zie ook Nota vestigingsbeleid, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 10, blz. 24.

### 3. Financiële toegankelijkheid

#### 3.1 Aanbodzijde

Beoogt de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (en in de toekomst de WVG) de bouw (inclusief spreiding) te ordenen, zo is het beheer van deze voorzieningen eveneens onderhevig aan wettelijke ordening.

Door de tweede wereldoorlog bestond een tekort aan ziekenhuisbedden hetgeen het stellen van een maximum aan de verpleegprijs noodzakelijk maakte. Toezicht op ziekenhuistarieven vond plaats op grond van de nog uit 1939 daterende Prijsopdrivings- en Hamsterwet. Hieruit was een stelsel van individuele prijsvaststellingen voortgevloeid. Achtergrond van deze regeling was onder meer dat de hoogte van verpleeggeldprijzen van groot belang was voor de hoogte van de ziekenfondspremie en daarmee voor de kosten van levensonderhoud in het algemeen. 1) De Prijzenwet (Stcrt. 1961, 135), welke de wet van 1939 verving, bood alleen de bevoegdheid tijdelijk in te grijpen in de vrije prijsvorming; de wet beoogde niet het treffen van permanente, structurele prijsmaatregelen.

Het bevorderen van een redelijk niveau van kosten van gezondheidszorg in het algemeen (het kostenpeil van de gezondheidszorg heeft invloed op het gehele loon en prijsniveau), alsmede de noodzaak tot beperking van de kosten van de verplichte ziekenfondsverzekering vormden de rechtsgrond voor overheidsoptreden, als vastgelegd in de Wet Ziekenhuistarieven (WZT; Stb. 1965, 190). Bij deze wet stond het principe van vrije onderhandelingen voorop. De overheid stelt niet de prijzen vast, doch beperkt zich tot het aangeven van de hoogste uit het oogpunt van algemeen belang aanvaardbare prijs ingeval een beoogde prijsverhoging of invoering van een nieuwe prijs daartoe aanleiding zou geven. De resultaten van privaatrechtelijke onderhandelingen staan voorzover het betreft ziekenfonds- (en later ook AWBZ) tarieven ter beoordeling van de Ziekenfondsraad (artikel 4 tweede uitvoeringsbesluit ziekenfondsenbesluit; Wet op de Ziekenfondsraad (Stb. 1947, H135).

Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), een op privaatrechtelijke leest geschoeid orgaan met publiekrechtelijke taken, kreeg bevoegdheden ten aanzien van ziekenfonds- en partikuliere tarieven. Het orgaan was primair belast met het ontwikkelen van richtlijnen te hanteren bij tariefvaststelling; ten aanzien van partikuliere tarieven trad het op als tariefgoedkeurend orgaan, ten aanzien van ziekenfondstarieven als adviseerend orgaan, alvorens de Ziekenfondsraad hierover kon beslissen.



In plaats van vaststelling van tarieven door de centrale overheid (Prijzenwet) werd in het kader van de WZT een systeem gehanteerd van overheidstoezicht met mogelijkheid tot repressief ingrijpen. 2)

De WZT verenigde aldus private en publieke verantwoordelijkheden inclusief een duidelijke toedeling daarvan, en zij bevatte een stimulans van overheidswege aan maatschappelijke instituten om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. 3) De grote nadruk op maatschappelijke zelfregulering, werd overigens in de Eerste Kamer wel ter discussie gesteld. Gezien de taak van de overheid de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen voor een ieder te garanderen zou deze beschikbaarheid niet alleen kunnen worden overgelaten aan de vrije markt verhoudingen. De overheid zou, indien nodig, de strikt economische verhouding in het belang van de volksgezondheid dienen te kunnen corrigeren. 4)

Aan de WZT kleefden een aantal bezwaren. Genoemd kunnen onder meer worden: de uitsluitend intramurale werking van de wet; het ontbreken van duidelijk inzicht in de totale financiële situatie van voorzieningen voor gezondheidszorg bij de ziekenfondsen; het gebrek aan greep vanuit de centrale overheid op de inhoud van COZ-richtlijnen. Een mogelijkheid voor het tot stand brengen van een sluitend en samenhangend tariefstelsel ontbrak voorts vanwege het feit dat in feite vier vormen van regelgeving betrokken waren bij de totstandkoming van tarieven in de gezondheidszorg, te weten de Prijzenwet, de Wet Ziekenhuistarieven, de Ziekenfondswet en de AWBZ. Deze regelingen kenden ieder hun eigen doelstelling, waren veelal beperkt tot slechts een aantal gezondheidszorgvoorzieningen of omvatten zelfs niet de totaliteit van één voorziening. Bovendien waren de procedures met betrekking tot de totstandkoming en beoordeling van tarieven verschillend. 5)

De Structuurnota Gezondheidszorg 1974 6) merkte terzake onder meer op dat de algemene verantwoordelijkheid van de overheid voor een goed gestructureerd, democratisch en efficiënt werkend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen zich niet verdraagt met een systeem als neergelegd in de Wet Ziekenhuistarieven. Wetgeving gericht op beleidsbepaling door andere organen, met uitsluitend repressief toezicht van de overheid, zou zich niet verdragen met die verantwoordelijkheid. De overheid dient, aldus de nota, hoofdlijnen van het beleid te trekken, waardoor parlementaire controle tot haar recht kan komen. Uitvoeringsbeslissingen daarentegen kunnen in grote mate worden gedelegeerd aan daartoe geëquipeerde organen.

Een nieuwe wettelijke regeling met betrekking tot de tarieven van gezondheidszorg werd dan ook in 1976 aan de Tweede Kamer aangeboden (Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG; Stb. 1980, 646).

Drie overwegingen hebben ten grondslag gelegen aan invoering van de WTG: het meer inzichtelijk maken en onderling afstemmen van de tariefs- en honoreringssystemen in de gezondheidszorg; afstemming ten behoeve van het bereiken van een goed functionerend stelsel van voorzieningen en de noodzaak kostenontwikkelingen van de totale gezondheidszorg te kunnen beheersen.

Het COZ is vervangen door een orgaan met een sterker publiekrechtelijk karakter, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) dat niet alleen bevoegd is tot vaststelling c.q. goedkeuring van partikuliere tarieven maar ook van tarieven in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Deze laatste bevoegdheid is derhalve overgenomen van de Ziekenfondsraad.

Het werkgebied van het COTG beperkt zich overigens voor wat betreft goedkeuring c.q. vaststelling van tarieven, tot die tarieven aan het in rekening brengen waarvan een privaatrechtelijke rechtsverhouding ten grondslag ligt. 7) Deze privaatrechtelijke rechtsverhouding heeft in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen een wettelijke grondslag: toegang tot dit systeem voor het verlenen van verstrekkingen is afhankelijk van het sluiten van een overeenkomst. 8) Deze overeenkomst vormt in het kader van de WTG de basis voor het tarief. De subsidie categorie valt daarentegen buiten het werkgebied van het COTG, behoudens indien de subsidiënt daarom verzoekt. Wel kan het COTG op grond van artikel 30 WTG informatie verlangen van het gesubsidieerde orgaan (werkings sfeer van de wet). 9) Eigen bijdragen in het kader van het wettelijk ziektekostenverzekeringssysteem worden evenmin beschouwd als een tarief in de zin van de wet; een eigen bijdrage heeft geen invloed op de kosten van de instelling en doorkruist derhalve niet het tarievenbeleid. 10)

Uiteraard heeft het COTG ook geen bemoeienis met in andere landen aan Nederlandse verzekerden in rekening gebrachte tarieven. Dit is met name van belang in het kader van wettelijke ziektekostenverzekeringen ingeval EEG-verordeningen (met name EEG-verordening 1408/71) toepassing vinden, alsmede bij toepassing van internationale verdragen.

Het principe van onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en organen voor gezondheidszorg, waaronder tevens begrepen beroepsbeoefenaars, is in de WTG gehandhaafd. De overheid neemt ten aanzien van gezondheidszorgvoorzieningen aan de aanbodzijde haar verantwoorde-

lijkheid door wettelijke ordening, normering en controle. 11) Deze verantwoordelijkheid komt tot uitdrukking door het stellen van algemene en globale grenzen ten aanzien van tarieven en voorzieningen, doch binnen die grenzen moet onderhandelingsvrijheid over tarieven en over het optimaal functioneren van de voorzieningen optimaal kunnen worden gerealiseerd. Zou dit anders zijn, dan zou de eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg in het gedrang komen. 12)

De WTG kenmerkt zich door een eenvormige procedure voor de totstandkoming van tarieven (onderhandelingen tussen partijen), één beoordelingssystematiek (toetsing van tarieven aan richtlijnen) en één beoordelingsorgaan (het COTG). 13) De in de WZT vervatte functionele decentralisatie ten aanzien van het opstellen van richtlijnen en het goedkeuren c.q. vaststellen van particuliere tarieven wordt derhalve in de WTG voortgezet en uitgebreid. De overheid blijft repressief toezicht houden, zowel ten aanzien van richtlijnen opgesteld door het COTG (onderworpen aan overheidsgoedkeuring) als ten aanzien van de goedkeuring of vaststelling van een tarief (schorsing of vernietiging). Aan het in de Structuurnota neergelegde algemene verantwoordelijkheidsbeginsel van de overheid ten aanzien van hoofdlijnen van het beleid is in de WTG vorm gegeven door middel van het aanwijzingen-systeem. De overheid heeft de bevoegdheid aanwijzingen te geven over de inhoud van door het COTG op te stellen richtlijnen, in acht te nemen bij de vaststelling van die richtlijnen. De richtlijnen voor de beoordeling van tarieven worden door het COTG vastgesteld op advies van de daartoe ingestelde kamers. Bij tariefsgoedkeuring of vaststelling is sprake van een prijs, die in rekening mag worden gebracht, ongeachte de kwaliteit van het gebodene.

Dekkers en Douben zijn van oordeel dat in de gezondheidszorg sprake is van kartelvorming: artsen hebben onderlinge concurrentie weten uit te sluiten door landelijk uniforme tarieven te bedingen, ondanks grote verschillen in efficiency. 14)

Een zekere tweeslachtigheid kan niet aan de wet worden ontzegd. 15) Het COTG heeft immers enerzijds zelfstandige bevoegdheden (o.a. door richtlijnvaststelling en tariefsgoedkeuring of -vaststelling) en anderzijds is het in grote mate afhankelijk van de overheid (o.a. door de door de overheid te geven aanwijzingen). Hoe gedetailleerder de aanwijzingen, hoe minder ruimte voor het COTG ter invulling en nadere concretisering van de richtlijnen. Het als onafhankelijk orgaan ingestelde COTG is afhankelijk van de wijze waarop de overheid gebruikmaakt van haar bevoegdheden terzake van aanwij-

zingen, welke het beleid van het COTG bindend bepalen. Een vergelijking met de situatie in het kader van de WVG dringt zich op: hoe gedetailleerder de WVG-richtlijnen en hoe kleiner de financiële marges, hoe minder speelruimte voor lagere overheden.

Aanwijzigingen geven onder andere de financiële ruimte voor verruiming (of versmalling) van richtlijnen, voor prioriteiten welke in algemene zin zijn opgenomen in het beleid, alsmede de onderhandelingsmarges van partijen bij het sluiten van overeenkomsten aan. 16) Er dient een evenwichtige verhouding te bestaan tussen aanwijzingen en richtlijnen, 17) terwijl tegelijkertijd vermeden dient te worden dat richtlijnen gaan functioneren als beleidsbepalend, in plaats van als beleidconcretiserend instrument. 18) Richtlijnen vormen een instrument ter verwezenlijking van geformuleerde beleidsdoeleinden en niet een kader waarbinnen die doeleinden worden geformuleerd.

De beleidsdoeleinden van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg komen tot uitdrukking in het financieel overzicht gezondheidszorg (FOG), waarmee de WTG een nauwe relatie heeft. Het FOG geeft enerzijds de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg aan, maar behelst anderzijds een financiële vertaling van het te voeren beleid, rekening houdend met prioriteitenstelling voor de sector als geheel en voor onderdelen daarvan. Het FOG geeft hiermee het kader van het te voeren tarieven- en volumebeleid. 19)

Op basis van de WTG wordt sinds 1983 overgegaan tot invoering van budgettering in de intramurale sector. 20) Enerzijds biedt budgettering de instellingen meer vrijheid om binnen de financiële grenzen zelf nader inhoud te geven aan adequate zorgverlening (prioriteiten, inspelen op nieuwe ontwikkelingen e.d.), anderzijds geeft budgetfinanciering (in beginsel) aan waar de grenzen van de kosten liggen. Budgettering mag echter nooit leiden tot het niet voldoen aan verplichtingen in het kader van wettelijke ziektekostenverzekeringen. Rechten van verzekerden én kwaliteitseisen (zie paragraaf 1) vormen bij budgettering een gegeven.

### 3.2 Vraagzijde

De overheidsbemoedening op het terrein van de gezondheidszorg is, naast de sterke opkomst van het particulier initiatief, in hoge mate beïnvloed door de wijze van financiering van de gezondheidszorg.

Het verschijnsel van overheidssubsidie doet in de twin-

tigste eeuw zijn intrede, in 1904 met de eerste toekenning van subsidie aan een partikuliere organisatie, het Nederlands Centraal Comité ter bestrijding van tuberculose. Overigens blijft subsidiëring van partikuliere organisaties door de Centrale Overheid in het begin nog beperkt, dit in tegenstelling tot de subsidiëring door provincies en gemeenten. Lange tijd is het voortbestaan van het partikulier initiatief afhankelijk geweest van kontributies, fondsenwerving, schenkingen e.d., zo zelfs dat de kruisverenigingen zich rond 1920 afvragen of het niet beter zou zijn bepaalde taken over te laten aan de in 1901 ingestelde gezondheidscommissies. Het stranden van het wetsontwerp van 1920 (gericht op uitbreiding van uitvoerende taken van de overheid door gezondheidsdiensten) is mede aanleiding geweest voor toename van subsidiëtoekenning, enerzijds beargumenteerd door de wens het partikulier initiatief in stand te houden, anderzijds omdat financiering op subsidiebasis een mogelijkheid bood tot beperking van overheidsfinanciering, terwijl toch via het stellen van voorwaarden aan subsidieverlening overheidssturing kan plaatsvinden. Door de ontwikkeling van het wettelijk ziektekostenverzekeringssysteem heeft het subsidie-element in de gezondheidszorg aan omvang ingeboet.

De ontwikkeling van sociale verzekeringswetten heeft de verdere koers van de ontwikkeling van de ziekenfondsen in hoge mate bepaald. Allereerst voorzag de Ongevallenwet (1901) naast geldelijke uitkeringen ook in geneeskundige behandeling bij bedrijfsongevallen. Het ontwerp Ziekteverzekeringsgeld van 1904 bevatte vervolgens een regeling voor zowel uitkering van ziekingeld als voor geneeskundige behandeling, onder meer op grond van het feit dat gebleken was dat de geneeskundige voorziening door ziekenfondsen vaak tot klachten aanleiding gaf. 21) Het in 1906 ingediende ontwerp-Veegens voorzag eveneens in deze koppeling, met uitvoering door één orgaan, doch werd ingetrokken mede onder invloed van bezwaren, ingebracht onder andere van de zijde van de NMG. Een van de argumenten voor een koppeling was dat een regeling inzake ziekingeld niet goed kan functioneren als er geen waarborgen bestaan voor beschikbaarheid van goede geneeskundige hulp. Het algemeen oordeel was, dat de ziekenfondsen die waarborgen niet konden geven. Bij de NMG bestond de vrees voor onvoldoende beloning van artsen, alsook voor medisch niet verantwoorde beperking van de duur van de geneeskundige verzorging; ziekenkassen zouden streven naar verhoging van ziekingelden, zodat de medische verzorging een sluitpost zou gaan vormen. Ook voerde de NMG aan dat de regeling

niet voorzag in twee fundamentele beginselen, te weten vrije artskenkeuze en het recht van artsen op behoorlijke vertegenwoordiging in het bestuur van de bijzondere ziekenkassen. 22) Ook werd aangevoerd dat de zorg voor medische voorzieningen van geheel andere aard is en andere problemen met zich brengt dan de uitvoering van een regeling voor ziekengeld. Om die reden werd de organisatorische combinatie ongewenst geacht.

In de Ziektewet van 1913 (Stb. 204; in werking getreden in 1930) ontbrak een regeling van geneeskundige behandeling met als motivering dat de verzekering van geneeskundige behandeling niet specifiek een arbeidsbelang is, doch een algemeen volksbelang, welk belang een regeling in een afzonderlijke wet behoeft. Het belang van ziektebehandeling van dat deel van de bevolking dat economisch niet sterk genoeg is, wettigt niet een beperking van de verzekering tot een arbeidersverzekering. 23) Deze opvatting van minister Talma in 1912 heeft mede ten grondslag gelegen aan het in 1966 ingediende ontwerp voor een beperkte verplichte volksverzekering.

Ondanks het feit dat reeds in 1913 een principekeuze is gemaakt voor de wijze van regelen van de financiële verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg, heeft het tot 1964 geduurd voordat een definitieve wettelijke regeling terzake het licht zag. Een van de redenen voor deze vertraging vormde de tegenstrijdige belangen van betrokkenen bij een regeling van ziektekosten. Geschilpunten waren onder meer de bestuurssamenstelling van de fondsen, de medewerking van vrijgevestigde beroepsbeoefenaars dan wel die in dienst van het fonds, het al dan niet heffen van een kinderprenie, de inkomensgrens voor toelating e.d.

In 1920 werd een eerste ontwerp tot regeling der ziekenverzorging ingediend. Het ontwerp van 1920 voorzag in een regeling op vrijwillige basis en in toelating van ziekenfondsen, welke in aanmerking zouden kunnen komen voor rijkssubsidie. Overigens was wel in de Ziektewet een verband gelegd tussen het recht op ziekengeld en het lidmaatschap van een toegelaten ziekenfonds (art. 50: geen ziekengeld wordt uitgekeerd indien men niet bij een ziekenfonds is ingeschreven en men ook niet kon aantonen dat geneeskundige hulp op andere wijze kon worden verkregen; de zogenaamde indirecte verplichting). Deze bepaling trad pas in 1941 in werking.

De eisen vanuit de artsenkring zijn er de oorzaak van geweest dat een aantal wijzigingen op het wetsontwerp van 1920, gericht op het honoreren van de verlangens van artsen, strandden op het verzet van de zijde van de ziekenfondsen. Met name tegen het opleggen van de ver-

plichting aan de ziekenfondsen elke arts als medewerker te accepteren bestonden onoverkomenlijke bezwaren uit kostenoverwegingen (door de toename van het aantal artsen zou praktijkverkleining ontstaan, met daaruit voortvloeiende hogere financiële eisen).

Vlak voor de tweede wereldoorlog werd een nieuw wetsontwerp voorbereid, dat de basis vormde van het tijdens de Duitse bezettingstijd ingevoerde Ziekenfondsenbesluit. 24)

Het zgn. Unificatierapport van 1925 heeft een belangrijke invloed gehad op dit wetsontwerp. 25) Dit rapport stelde onder meer voor een stelsel van verplichte verzekering van arbeiders, die onder de Ziektewet zouden vallen. Dit voorstel is overgenomen in het Ziekenfondsenbesluit (1941), zodat de destijds beoogde koppeling tussen ziekgeld en geneeskundige hulp toch werd gerealiseerd, zij het op een organisatorisch andere wijze dan in eerdere wetsontwerpen werd voorgestaan. Nieuw was het overheidstoezicht op beleid en financieel beheer van ziekenfondsen. Het Ziekenfondsenbesluit is van kracht gebleven tot invoering (per 1 januari 1965) van de Ziekenfondswet (Stb. 1964, 392).

Het Ziekenfondsenbesluit werd op veel punten uitgewerkt en aangevuld in drie 'uitvoeringsbesluiten', terwijl tevens een aantal zaken bij circulaire werd geregeld. Naast een regeling voor de verplicht verzekerden voorzag het Ziekenfondsenbesluit ook in een regeling voor verzekerden die niet onder die regeling vielen (kleine zelfstandigen, andere niet in loondienst werkzame personen en ambtenaren). Het toezicht op de ziekenfondsen, dat aanvankelijk in handen was gelegd van een Commissaris werd bij wet van 24 april 1947 (Stb. H135, in werking getreden op 1 januari 1949) opgedragen aan de Ziekenfondsraad.

Bij wet van 21 december 1950 Stb. K 590 (in werking getreden met ingang van 1 januari 1951) werd een aantal nieuwe groepen onder de verplichte verzekering gebracht: bejaarden met uitkeringen ingevolge de Noodwet Ouderdomsvoorziening en degenen die uitkeringen ontvingen ingevolge de Invaliditeitswet of een der Ongevallenwetten. Ten aanzien van bejaarden ontstond met inwerkingtreding van de Algemene Ouderdomswet (wet van 19 december 1956, Stb. 634) een andere situatie. Aangezien de AOW recht geeft op uitkering aan alle bejaarden, ongeacht hun financiële situatie was het inkomen van bejaarden niet meer bekend bij de administratie van de ouderdomsvoorziening, zodat administratieve problemen zich verzetten tegen het doen voortbestaan van een verplichte verzekering voor bejaarden met een inkomen

beneden een bepaalde grens. Als oplossing werd een zogenaamde bejaardenverzekering ingesteld, waartoe toetreding vrijwillig was, met als voorwaarde dat aantoonbaar kon worden gemaakt dat het inkomen beneden een bepaalde grens lag. Deze regeling werd ingaande 1 januari 1957 van kracht. De verzekering bood dezelfde aanspraken als de verplichte tegen een sterk gereduceerde premie (bijdragen kwamen van het Rijk en het Vereveningsfonds, ingesteld ten behoeve van de vrijwillige verzekering).

Een voor-ontwerp Ziekenfondswet zag in 1951 het daglicht. Als rechtsgrond voor een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen werd aangevoerd dat conform de pre-ambule van het Statuut van de Wereldgezondheids Organisatie het genot van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand een van de grondrechten van de mens is en dat derhalve voor dat deel van de bevolking, dat niet zelf het volledige risico voor een gehele geneeskundige verzorging kan dragen, de voorwaarden dienen te worden geschapen waardoor deze verzorging wordt gewaarborgd. 26)

"Het is zaak", aldus de toelichting bij het wetsontwerp, "van het grootste belang, dat het Nederlandse volk in al zijn geledingen in staat zij, de nodige geneeskundige verzorging te verkrijgen, en het is een taak van de Overheid zodanige voorzieningen te treffen, dat deze verzorging voor geen enkele groep der bevolking onbereikbaar wordt. De eigen verantwoordelijkheid van de staatsburgers dient hierbij echter voorop te staan". Het beginsel van het gezamenlijk dragen van risico (de verzekeringsgedachte) zou worden ingevoerd voor die groepen van de bevolking die onvoldoende draagkracht hebben om geneeskundige voorzieningen te kunnen betalen, zodat via de sociale zekerheid de nodige geneeskundige verzorging waarop een ieder recht heeft, gewaarborgd zou zijn.

Een algemene verplichte verzekering tot een bepaalde welstandsgrens werd niet voorgestaan. Als argument werd aangevoerd dat dit de vrijheid zou ontnemen te beslissen op welke wijze de nodige geneeskundige verzorging zou kunnen worden gewaarborgd. Wel werd het gewenst geacht een verplichte verzekering in te voeren gekoppeld aan een dienstbetrekking, aangezien juist die dienstbetrekking nodig maakte dat ziekte tijdig en goed werd bestreden. Voor de vrijwillige verzekering kon deze overweging niet worden aangevoerd, terwijl voorts een zogenaamde beperkte volksverzekering op praktische uitvoeringstechnische bezwaren zou stuiten en tevens bij een beperkte volksverzekering in de vrijheid van ziekenfondsen in



sterke mate zou moeten worden ingegrepen. De tijd voor een volksverzekering werd dan ook nog niet rijp geacht. Het ontwerp 1951 ging uit van voortzetting en ontplooiing van zelfwerkzaamheid van maatschappelijke organen (in casu de ziekenfondsen), en, uit hoofde van het volksgezondheidsbelang, van gelijkheid van verstrekkingspakketten. Het wetsontwerp legde alleen datgene vast, dat als grondslag voor een doelmatige regeling noodzakelijk was. Voor het overige werd gedelegeerd aan de Kroon, de Minister of de Ziekenfondsraad, zodat tijdig op nieuwe ontwikkelingen kon worden ingespeeld.

Mede naar aanleiding van op het voorontwerp en andere uitgebrachte adviezen over een gewenst geachte wettelijke regeling van het ziekenfondswezen 27) is in 1962 een wetsontwerp ingediend bij de Staten Generaal. Het wetsontwerp beoogde met name het over vijf verschillende wettelijke regelingen verspreid liggende recht te codificeren, te unificeren en te vereenvoudigen. 28) Van wezenlijke vernieuwing van het stelsel was geen sprake. De belangrijkste elementen die worden gelegaliseerd en gecoördineerd in de op 15 april 1965 gedeeltelijk en op 1 januari 1966 volledig in werking getreden Ziekenfondswet zijn het beginsel van verplichte ziekenfondsverzekering met vrije artsenkeuze, vrije ziekenhuiskeuze, het voortbestaan van de bejaarden- en vrijwillige verzekering, verstrekkingen in natura, effectuering van verstrekkingen op basis van contractuele medewerking. Voorop stond dat de rechten (aanspraken) uit hoofde van de verplichte-, vrijwillige- en bejaardenverzekering gelijk zouden zijn.

Bij indiening van de Ziekenfondswet werd er op gewezen dat de ziekenfondsverzekering een uiterst belangrijke bijdrage levert aan de volksgezondheid en van het geheel aan instellingen met betrekking tot de gezondheidszorg een wezenlijk onderdeel uitmaakt. "Zij is een vorm van verplichte sociale verzekering, die een belangrijk stuk volksgezondheid realiseert en daartoe ook institutioneel behoort". 29) Tegenover het nadeel van het binden van het verkrijgen van verstrekkingen ten laste van de ziekenfondsverzekering aan voorschriften en normen, dat weleens als een verzwakking van de eigen verantwoordelijkheid en keuze-vrijheid van de patiënt en de vrijheid van de hulpverlener wordt gezien, staat onmiskenbaar het voordeel dat een medisch gezien noodzakelijke behandeling kan worden verleend zonder financiële belemmeringen.

Het beginsel van de mogelijkheid van het vragen van bijbetalingen, dat reeds gold in het kader van het Ziekenfondsenbesluit is ook in het kader van de Zieken-

fondswet ingevoerd. Daar kunnen verschillende motieven aan ten grondslag liggen, zoals het voorkomen van een beroep op onnodig dure verstrekkingen, het bevorderen van de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid, besparing kosten levensonderhoud e.d. Uitgangspunt dient hierbij te zijn, aldus de Memorie van Toelichting, dat bijbetalingen nooit dusdanige belemmeringen mogen opwerpen voor het verkrijgen van geneeskundige zorg, dat hierdoor een gevaar voor de gezondheid van de individuele verzekerde of van de volksgezondheid in het algemeen zou ontstaan. Evenmin mag een systeem van eigen betalingen leiden tot een uit sociaal-economisch oogpunt niet te verantwoorden last, aangezien ook hierdoor uiteindelijk de gezondheidszorg voor verzekerden in gevaar zou kunnen komen. 30)

Bij de parlementaire discussies rond de Ziekenfondswet werd onder andere benadrukt het belang van het ziekenfondswezen voor de aard, kwaliteit en kwantiteit van geneeskundige voorzieningen, waardoor het ziekenfondswezen een beslissende factor is geworden voor de volksgezondheid. 31) Ook werd geconstateerd dat de Ziekenfondswet niet als een eindpunt, doch als een begin van verdere ontwikkeling van het ziekenfondswezen diende te worden beschouwd: voorgesteld werd te overwegen de middelzware en zware geneeskundige risico's tot object van een volksverzekering te maken en de lichtere risico's aan de verplichte verzekering te onttrekken.

Een en ander heeft in 1966 mede geleid tot indiening van een aantal onderling samenhangende wetsontwerpen, waaronder nr. 8457 met betrekking tot een verzekering zware geneeskundige risico's en nr. 8730 met betrekking tot een definitieve regeling van de ziekenfondsverzekering door invoering van een verplichte beperkte volksverzekering. 32)

Als hoofdmotief voor indiening van het ontwerp beperkte volksverzekering gold dat ten aanzien van de drie verzekeringsvormen in het kader van de Ziekenfondswet weliswaar sprake was van gelijke rechten, doch deze werden financieel op verschillende wijze omgeslagen. Een ongelijke rechtsbedeling met betrekking tot de verschillende vormen van ziekenfondsverzekering was hiervan het gevolg. Een en ander werd in strijd geacht met het recht op gezondheidszorg, dat de overheid de plicht oplegt voorwaarden te scheppen waardoor alle burgers op redelijke wijze aan adequate gezondheidszorgvoorzieningen deel kunnen hebben. Dit brengt met zich mee, aldus de indieners van het ontwerp, een adequaat pakket gezondheidszorgvoorzieningen voor alle burgers met een inkomen beneden de welstandsgrens, op gelijke voorwaarden. 33)

Het ontwerp verplichte beperkte volksverzekering beoogde voorts een oplossing te bieden voor een aantal urgente problemen (bv. financieringsproblematiek van de vrijwillige- en de bejaardenverzekering). Ook zou via deze wet de samenhang worden aangebracht met de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de volksverzekering zware geneeskundige risico's: de ziekenfondsverzekering diende een doelmatige onderbouw te vormen voor de volksverzekering zware geneeskundige risico's en het recht op medische revalidatie buiten de wettelijke arbeidsongeschiktheidsverzekering. 34)

Een van de onderwerpen van discussie over het ontwerp vormde de aansluiting tussen de beperkte volksverzekering en de volksverzekering zware geneeskundige risico's (AWZ). Een door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid ingebracht advies over een globale afgrenzing tussen beide verzekeringen tendeerde naar aansluiting enerzijds op het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering, terwijl anderzijds de grenzen daar zouden moeten liggen, waar niet meer het gezondheidsaspect, maar de maatschappelijke verzorging overweegt. 35, 36, 37) Met name de regeling voor ziekenhuisverpleging en de (poli)-klinische specialistische hulp gedurende het eerste jaar speelden tijdens de parlementaire behandeling van de beperkte volksverzekering een rol.

Deze kwestie bleek voor de Tweede Kamer te onduidelijk te liggen. Om vertraging van de met prioriteit te behandelen AWZ te voorkomen is het wetsontwerp beperkte volksverzekering ingetrokken. In het kader van een gewijzigd ontwerp AWZ zou de ziekenhuisverpleging in zijn geheel kunnen worden geregeld. 38, 39)

De uiteindelijk onder de naam Algemene Wet Bijzondere Ziektekostenverzekering van 14 december 1967 in Stb. 617 opgenomen wettelijke verzekeringsregeling voorziet in een regeling voor de gehele bevolking, primair gericht (uit pragmatische overwegingen) op zware geneeskundige risico's in de intramurale sfeer. Wel is uitdrukkelijk de weg opengelaten voor uitbreiding naar de extramurale sector, met inbegrip van de maatschappelijke dienstverlening. 40, 41)

De AWBZ is geboren uit de wens een oplossing te bieden voor zeer zware geneeskundige risico's. Beginselen van menselijke solidariteit en persoonlijke verantwoordelijkheid liggen ten grondslag aan een dergelijke de gehele bevolking omvattende sociale verzekering waarbij tegenover het recht op verzorging en behandeling de plicht tot premiebetaling staat. Dwingend overheidsingrijpen is hierbij, aldus de indieners, gerechtvaardigd op grond van het feit dat geen privaatrechtelijke oplos-

sing gevonden kan worden voor niet-individueel te dragen risico's. 42) Het realiseren van gelijke kansen vormt hierbij een belangrijk element.

Na invoering van de AWBZ is het er niet van gekomen een definitieve regeling voor de ziekenfondsverzekering tot stand te brengen, ook al heeft het aan plannen en adviezen niet ontbroken. 43)

Wel wordt inmiddels een stelselwijziging overwogen. 44) Opzet van de stelselwijziging zal, naar verluidt, zijn te komen tot a) een in een volksverzekering onder te brengen basispakket (premie naar draagkracht), b) een pakket voorzieningen waarvoor verzekering uit een oogpunt van volksgezondheidsbelang nodig wordt geacht, (verplicht te verzekeren, nominale premie) en c) een mogelijkheid naar eigen inzicht een aanvullende verzekering te sluiten voor bepaalde voorzieningen. 45)

De toegang tot de zorg, zoals deze met name via de in de Ziekenfondswet en AWBZ verankerde rechten is geregeld stoelt op de opvatting dat deze in beginsel onafhankelijk dient te zijn van de financiële draagkracht van de individu. 46)

De hoofdbestanddelen van de Ziekenfondswet en de AWBZ worden gevormd door de aanspraken van verzekerden (verstrekkingen in natura), de erkenning van instellingen en de overeenkomsten met medewerkers of instellingen. 47, 48)

Vaststelling van aard, inhoud en omvang van de verstrekkingen is voorbehouden aan de Kroon, met dien verstande dat een aantal verstrekkingen (genoemd in art. 8 Ziekenfondswet, resp. art. 6 AWBZ) ten minste geregeld dienen te zijn. Nadrukkelijk is overigens gesteld dat het hierbij niet gaat om een onbeperkte omvang van de verstrekkingen. 49)

De keuze voor een systeem in natura is gebaseerd op het belang van een goede volksgezondheidsvoorziening, alsmede op de gelijke behandeling van verzekerden. Het restitutiesysteem zou een te zware belasting kunnen vormen voor de verzekerden. 50)

Een 'natura-systeem' impliceert het sluiten van overeenkomsten tussen medewerkers en instellingen die verstrekkingen zullen leveren, en verzekeringsorganen. De verhouding ziekenfonds, c.q. ziektekostenverzekeraars en instellingen c.q. medewerkers wordt dan ook in de wet geregeld. Het betreft overeenkomsten tot het verrichten van enkele diensten. 51)

Sinds de wetwijziging van 2 december 1982 (Stb. 702) is voorzien in een wettelijke regeling van de zogenaamde modelovereenkomsten. 52) De minimum vereisten, waaraan

de overeenkomsten dienen te voldoen liggen wettelijk vast (art. 45 Ziekenfondswet, art. 43 AWBZ). Met name de controlebepalingen beogen er toe bij te dragen dat ongebreidelde consumptie van gezondheidszorgvoorzieningen wordt tegengegaan. 53) Tevens is nadrukkelijker bepaald dat het financieringssysteem van de wettelijke ziektekostenverzekeringen eerst toegankelijk is nadat een adequate overeenkomst terzake is gesloten. 54) Als complement op het vereiste van overeenkomsten geldt de (beperkte) keuzevrijheid van de verzekerde. De beperking ligt voornamelijk hierin dat de verzekerde in beginsel zijn recht op verstrekkingen alleen kan realiseren door zich te wenden tot een medewerker of medewerkende instelling binnen zijn woonplaats of de naaste omgeving daarvan. De medewerker heeft de vrijheid om een verzekerde al dan niet te accepteren. Wel worden grenzen aan deze vrijheid gesteld, onder andere door de regels van de medische ethiek: een patiënt mag nooit van de benodigde hulp verstoken blijven en een medewerker mag nooit een verzekerde weigeren alleen omdat deze veel hulp nodig heeft. 55) Een regeling terzake in het kader van de overeenkomsten (en de erkenningsnormen en -voorwaarden) ligt voor de hand.

Wil een instelling voor gezondheidszorg een overeenkomst met een ziekenfonds dan is vereist dat deze een erkenning heeft. De erkenning geeft in beginsel aanspraak op een overeenkomst. Er kunnen zich wel situaties voordoen, waarbij geen contract zal worden gesloten: het bestaan van ernstige bezwaren (art. 47.2 Ziekenfondswet, resp. art. 45.2 AWBZ), ontheffing van de contracteerplicht (art. 47.3 Ziekenfondswet resp. 45.3 AWBZ) en toepassing van artikel 8a, tweede lid, laatste volzin Ziekenfondswet. Invoering van de WVG zal hierop, zoals reeds is opgemerkt, geen invloed hebben.

Toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen is ook mogelijk ten laste van het in Nederland geldende wettelijk ziektekostensysteem in een van de andere lidstaten van de Europese Gemeenschappen. Verordening EEG 1408/71 (en 574/72) betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkenden en hun gezinnen die zich binnen de gemeenschap verplaatsen, zoals laatstelijk gewijzigd bij verordening EEG nr. 2793/81 (Pb.L 275 van 29 september 1981) biedt de mogelijkheid zich elders ten laste van de ziektekostenverzekering onder behandeling te stellen. Voorzover het een voorziening betreft waarop onder het eigen ziektekostensysteem (en onder dat van het land van behandeling) aanspraak bestaat, en uitstel van behandeling niet verantwoord is mag toestemming niet worden onthouden. In alle overige situaties kan toestemming worden verleend.

De voorwaarden welke gelden in het land van behandeling zijn van toepassing. Deze regeling geldt sinds 1 juli 1982 voor zelfstandigen. (Verordening EEG nr. 1390/81; Pb.L 143 van 29 mei 1981). Ondanks de in 1981 aangebrachte wijziging van de verordening met het oog op verduidelijking van de aanspraken, kunnen er nog problemen van interpretatie ontstaan, met name vanwege het in Nederland vage, c.q. globale begrip 'gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten'. 56)

Naast de regelingen welke gelden in het kader van de Europese Gemeenschappen zijn ook in het kader van bilaterale verdragen regelingen getroffen. 57) Voorts biedt de Europese overeenkomst met betrekking tot medische hulp aan personen tijdelijk in het buitenland verblijvend (opgesteld in het kader van de Internationale Arbeidsorganisatie, Genève, 17 oktober 1980) de mogelijkheid gedurende het verblijf in een ander land onmiddellijk geneeskundige verzorging te ontvangen indien men ingevolge enigerlei wetgeving verzekerd is tegen ziektekosten. 58)

Tenslotte kan niet onvermeld blijven de tendens om van artikel 9, vierde lid Ziekenfondswet gebruik te maken voor het verkrijgen van hulpverlening in het buitenland. 59) Hoewel op grond van de historie van de ziekenfondsverzekering nauwelijks aannemelijk valt te maken dat dit artikellid geschreven zou zijn voor verkrijgen van hulp in het buitenland 60), heeft zich desondanks een zekere praktijk terzake ontwikkeld, althans voorzover het een in Nederland geregelde aanspraak betreft. 61) Ook hier doen zich problemen voor in verband met te vage en summiere omschrijvingen. Meningsverschillen kunnen ontstaan omtrent de vraag of een behandeling nog 'experimenteel' is dan wel als 'gebruikelijk' is aan te merken. Bovendien kan wat in eigen land als 'experimenteel' wordt beschouwd, elders 'gebruikelijk' worden geacht. De Ziekenfondsraad is over de vraag of hulp in het buitenland al dan niet op grond van artikel 9, vierde lid ten laste van de ziekenfondsverzekering kan worden verleend, verdeeld. 62) De huidige terzake gevolgde praktijk werkt rechtsongelijkheid in de hand. Toepassing van artikel 9, vierde lid is een discretionaire bevoegdheid van een ziekenfonds en kan in beginsel alleen worden gebruikt vanwege bij de verzekerde gelegen omstandigheden gelet op zijn gezondheidstoestand. Een tijdelijk tekort aan voorzieningen kan geen reden zijn een beroep te doen op artikel 9, vierde lid. 63) Bij de zogenaamde 'hartluchtbruggen' waarbij de titel om vergoeding ten laste van de ziekenfondsverzekering plaats te doen vinden onduidelijk is, zijn overigens wel landelijk gedragslijnen geformuleerd. Zowel deze rechtsongelij-

lijkheid als mogelijke (juridische) problemen die zich in het buitenland kunnen voordoen (aansprakelijkheid, overlijden e.d.) pleiten voor een eenduidige uitspraak omtrent de reikwijdte van dit artikellid.

Noten bij paragraaf 3, hoofdstuk III

- 1) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6810, nr. 3, blz. 4.
- 2) Psychiatrische inrichtingen worden onder meer uitgesloten van de deze wet vanwege de grote bemoeienis van provincies met de materie (artikel 11 Krankzinnigenwet). Academische ziekenhuizen zijn eveneens uitgesloten.
- 3) Tweede Kamer, Handelingen, 3 februari 1965, blz. 1041.
- 4) Eerste Kamer, Handelingen, 27 april 1965, blz. 600.
- 5) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14182, nr. 6, blz. 1 en 2.
- 6) Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974, blz. 19.
- 7) Brief van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur d.d. 22 november 1983, kenmerk 156140, DgVgz/VTA/THP, gericht aan het COTG, inzake de werkingssfeer van de WTG.
- 8) Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14182, nr. 3, artikel 12, blz. 25).
- 9) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16817, nr. 3, blz. 9.
- 10) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, nr. 6, blz. 37.
- 11) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14182, nr. 9, blz. 2.
- 12) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14182, nr. 9, blz. 5.
- 13) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14182, nr. 6, blz. 3.
- 14) J.M. Dekkers en N.H. Douben, Naar een synthese van macht en regulering; in: Privatisering en deregulering, van verzorgingsstaat naar waarborgstaat, essaybundel onder redactie van M.M. Kaag; Raad voor Binnenlands Bestuur, Reeks Bestuur in beweging, nr. 6, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983, blz. 137.
- 15) Kasdorp o.a. signaleert deze tweeslachtigheid, zie J.P. Kasdorp, Bepalen en betalen in de gezondheidszorg, Medisch Contact, nr. 38, 21 september 1979, blz. 1208.
- 16) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14182, nr. 9, blz. 11.
- 17) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14182, nr. 8, blz. 9.

- 18) Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 14182, nr. 8, blz. 5.
- 19) Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14182, nr. 9, blz. 4.
- 20) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600 hfst. XVI, nr. 49 en zitting 1983-1984, 18100 hfst. XVI, nr. 69.
- 21) Ontwerp Ziekenfondswet waaromtrent door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid advies is gevraagd aan de Sociaal Economische Raad, Staatsdrukkerij, 1951, p. 45.
- 22) L.S. Godefroi, Het ziekenfondswezen in Nederland, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1963, blz. 37-38; Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 7.
- 23) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8730, nr. 3, blz. 15.
- 24) 1 Augustus 1941, Verordeningenblad 1940, 34, Stb. 1941, 804.
- 25) Rapport voorbereid door een breed samengestelde commissie ingesteld op initiatief van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen; Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 8.
- 26) Ontwerp Ziekenfondswet, Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage, 1951, blz. 51.
- 27) Zie o.a. het in 1951 door de SER uitgebrachte advies, alsmede de door een studiecmissie ziekenfondsverzekering van de Ziekenfondsraad opgestelde rapporten betreffende de grondslagen der ziekenfondsverzekering en de werkgebieden der algemene ziekenfondsen, uitgebracht door de Ziekenfondsraad op 6 mei 1959.
- 28) Eerste Kamer, zitting 1964-1965, Handelingen, blz. 71 e.v.
- 29) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 14.
- 30) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 16.
- 31) Tweede Kamer, zitting 1964-1965, 6808, nr. 3, blz. 1.
- 32) De Ziekenfondswet van 1964 zou slechts een voorlopig karakter hebben ten aanzien van de omvang van de verplichte verzekering, zowel naar object als naar kring van verzekerde en de daarmee samenhangende dieldeling naar kring van verzekerden, Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8730, nr. 3, blz. 17.
- 33) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8730, nr. 3, blz. 15.
- 34) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8730, nr. 3, blz. 13-15; zitting 1966-1967, 8457, nr. 10, blz. 9.



- 35) Advies inzake een volksverzekering tegen grote geneeskundige risico's, Verslagen, mededelingen betreffende de Volksgezondheid, nr. 12, dec. 1964, blz. 10-13.
- 36) Opname in instituten voor maatschappelijke verzorging, ook indien dit wegens lichamelijke of geestelijke gesteldheid plaatsvindt, dient geen object van de verzekering te vormen, aldus de Centrale Raad. Zie ook Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8730, nr. 3, blz. 13 voor een samenvatting van de uitgebrachte adviezen.
- 37) Het advies van de Raad is overigens op het laatste punt niet gevolgd, getuige de regeling als verstreking van een aantal voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening.
- 38) Tweede Kamer, zitting 1966-1967, 8457, 8458, 8730, nr. 11.
- 39) In de derde Nota van Wijzigingen in het wetsontwerp (zitting 1966-1967, 8457, nr. 13) werd de mogelijkheid vastgelegd bij a.m.v.b. de ziekenhuisverpleging en de klinisch specialistische hulp ook gedurende het eerste jaar ten laste van de in de AWZ te regelen verzekering te doen komen (art. 6, derde lid), teneinde voor de problematiek ten aanzien van de geneeskundige verzorging voor anderen dan loontrekken een passende oplossing te bieden. Nadrukkelijk was hierbij overigens de mogelijkheid van temporisering van invoering van een dergelijke regeling ingebouwd. Het wetsontwerp verplichte beperkte volksverzekering (nr. 8730) kon toen worden ingetrokken. Het voorstel ten aanzien van de ziekenhuisverpleging is later weer teruggetrokken, mede naar aanleiding van terzake uitgebrachte adviezen (SER: het voorstel kan diep ingrijpen in de bestaande structuur van verzekeringsregelingen voor ziektekosten; LSV: bezwaren tegen introductie van een nationale gezondheidszorg, niet bereid tot medewerking; ziektekostenverzekeraars: te grote aantasting positie; Tweede Kamer, zitting 1966-1967, 8457, nr. 16, blz. 4.
- 40) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 8.
- 41) Een van de achterliggende gedachten hierbij was dat bij beperking van de wet tot de inrichtingssector mogelijkheden tot verbetering van aanpassing en tot herstel, welke bij de patiënt aanwezig zijn en alleen door een wisselwerking tussen intra- en extramurale voorzieningen ten volle benut zouden kunnen worden, aan de patiënt ontzegd zouden worden. Zie o.a. Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 23; Eerste Kamer, zitting 1967-1968, blz. 182-185; zie ook A. Querido, De zware risico's van de Wet Zware Geneeskundige Risico's. MGV, 1968, blz. 5.

- 42) Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 8.
- 43) Zie o.a. SER, Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging, 1973, nr. 19; plan voor een ziektekostenverzekering, Stichting Volksgezondheidszorg VGZ, Nijmegen, 1973; Wetsontwerp gezondheidszorgverzekering, Medisch Contact, 19, september 1975.
- 44) Adviesaanvraag van de Staatsscretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur d.d. 18 april 1983 inzake wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, gericht aan de SER, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- 45) De idee van een volksverzekering voor een basispakket is overigens ook in de Tweede Kamer reeds eerder aan de orde geweest. Zie o.a. WZV, Handelingen Tweede Kamer, 10 juni 1970, blz. 3717.
- 46) Profijt van de overheid, Sociale en Culturele studies, Sociaal en Cultureel Planbureau, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1981, blz. 231.
- 47) Hoewel zowel de inhoud van verstrekkingen als de erkenning op basis van de Ziekenfondswet/AWBZ geregeld worden geldt hierop één uitzondering, te weten verstrekkingen met betrekking tot bepaalde vormen van maatschappelijke dienstverlening. De Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (Stb. 1975, 157) voorziet in een van de in de gezondheidszorg gebruikelijke procedures afwijkende regeling, zowel ten aanzien van planning (gezondheidszorg: WZV), erkenningenbeleid (gezondheidszorg: Ziekenfondswet, AWBZ), indicatiestelling, controle op dienstverlening, toezicht (gezondheidszorg: Ziekenfondswet, AWBZ), terwijl financiering van onder deze wet vallende voorzieningen ten laste van de AWBZ plaatsvindt.
- 48) Hoewel niet minder belangrijk valt het buiten het bestek van dit pre-advies in te gaan op onderwerpen als premiestelling, toezicht, taken en bevoegdheden van ziekenfondsen e.d.
- 49) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 24.
- 50) Zie o.a. Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 15 en Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, blz. 25.
- 51) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 31.
- 52) De tot dan toe in de praktijk vigerende medewerkersovereenkomsten voldeden in het algemeen niet aan de wettelijke vereisten, ondanks het feit dat deze overeenkomsten een centrale plaats innemen in het systeem van wettelijke overeenkomsten.

- 53) Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16187, nr. 7, blz. 3.
- 54) De modelovereenkomst dient onder meer bepalingen te bevatten omtrent de wederzijdse rechten en plichten, behoudens voorzover bij of krachtens de WTC geregeld, de te verlenen vormen van hulp, het verstrekken van gegevens ten behoeve van controle. Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16817, nr. 3, blz. 9.
- 55) Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6808, nr. 3, blz. 31.
- 56) Zie o.a. TvGR, 78/4, uitspraak nr. 51, blz. 164-174; 80/1, uitspraak nr. 96, blz. 22-36; 80/4, uitspraak nr. 114, blz. 168-177.
- 57) Zie overzicht recht op verstrekkingen van in Nederland werkende personen bij tijdelijk verblijf in het buitenland, Ziekenfondsraad, circulaire nr. 48/82 d.d. 24 februari 1982.
- 58) Uitbreiding van de overeenkomst tot buiten Europa ligt in het voornemen. In Nederland wordt ernaar gestreefd de regeling ook van toepassing te doen zijn op partikulier verzekerden. Zie Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17604, nr. 1.
- 59) Dit artikellid biedt de mogelijkheid - met voorafgaande toestemming van het ziekenfonds - een behandeling te ondergaan bij een niet in de naaste omgeving zich bevindende persoon of instelling, medewerker van het ziekenfonds.
- 60) Ook de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was, blijkens haar schrijven van 30 maart 1982, kenmerk 101847, DG Vgz/VKG/VE inzake problematiek met betrekking tot harttransplantaties/behandeling in het buitenland, van mening dat dit artikellid hier niet voor was bedoeld.
- 61) Zie o.a. Centrale Raad van Beroep, 12 juli 1977, nr. Zfw 1975/10.
- 62) Zie advies Ziekenfondsraad 1983, nr. 209 inzake hulp in het buitenland, blz. 19 e.v. en het in december 1983 door de Ziekenfondsraad uitgebrachte advies over hetzelfde onderwerp.
- 63) Zie advies Commissie van Juristen van de Ziekenfondsraad inzake tandheelkundige hulp in noodgebieden, Amstelveen, 1968.

## HOOFDSTUK IV

## EEN VISIE OP DE OVERHEIDSTAAK (WET- EN REGELGEVING)

1. Inleiding

Het in de voorafgaande hoofdstukken gegeven overzicht van de ontwikkeling in wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg past in het beeld van de aan het eind van hoofdstuk I geschetste evolutie in staatsopvattingen. Was men aanvankelijk voor verzorging in geval van ziekte sterk afhankelijk van gezin, familie of sociale groep, allengs zijn organisaties opgericht om gezamenlijk de verzorging ter hand te nemen. 1)

Het partikulier initiatief ontwikkelde gezondheidszorginstellingen en fondsen (liefdadigheidsfondsen, commerciële en door artsen opgerichte fondsen). De zorg voor zieken stond in het teken van liefdadigheid; de toenmalig geldende staatsopvatting (onthouding van bemoeienis) verzette zich tegen financiële overheidsbemoeienis. Langzamerhand groeide de overtuiging dat het partikulier initiatief een nuttige taak verricht, welke anders door de overheid zou moeten worden opgevat: het partikulier initiatief werd erkend en gesubsidieerd of anderszins ondersteund en gestimuleerd, zonder dat de overheid het beleid van de instellingen ingrijpend beïnvloedt.

Ziekenfondsen vormden een bron van financiering voor een deel van de organisaties werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg.

Na de tweede wereldoorlog, vooral in de zestiger jaren, verandert de positie van het partikulier initiatief; de toenemende erkenning van sociale grondrechten gaat gepaard met een toenemende vraag naar garantie van voorzieningen door de overheid. Professionalisering en specialisatie namen toe. De gezondheidszorg komt meer en meer in de sfeer van overheidsbemoeienis, enerzijds vanwege het groeiend besef dat de overheid een eigen verantwoordelijkheid heeft voor dit zorgterrein, anderzijds vanwege de zowel door stijgende welvaart als door ontwikkelingen in medische mogelijkheden toenemende vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen. Beide factoren brengen de overheid ertoe meer sturend en structurerend op te treden, maar steeds wel op basis van de overlegformule. Het partikulier initiatief institutionaliseert.

Het ziektekostenverzekeringstelsel, ontstaan als gevolg van erkenning van sociale grondrechten, gebaseerd op een wettelijke grondslag, heeft tijdens de ontwikkeling van de verzorgingsstaat niet alleen geleid tot het uitbouwen van bestaande, maar ook tot het creëren van nieuwe

voorzieningen. De mede door de stijgende welvaart mogelijk gemaakte realisering van de wens van de overheid zoveel mogelijk gezondheidszorgvoorzieningen aan zoveel mogelijk burgers ter beschikking te stellen werd gevoed vanuit de maatschappij zelf. Ook de ontwikkeling van de medische wetenschap en technologie zijn hierop van invloed geweest. De hulpverleningsmogelijkheden hebben zich ontwikkeld en gedifferentieerd, terwijl verlangens van specifieke groeperingen meestentijds konden worden gehonoreerd.

Schnabel typeert dit als volgt: 'Minimalisering van individueel onwelzijn is veranderd in maximalisering van collectief welzijn op individuele basis.' 2) Tijdens de verzorgingsstaat is geen mechanisme ontwikkeld om onderscheid te maken tussen datgene waar de overheid - al dan niet rechtstreeks - in moet voorzien en datgene waar de mensen zelf in kunnen voorzien.

Het creëren van voor ieder gelijke aanspraken heeft tevens geleid tot centralistische tendensen in de verzorgingsstaat. 3) Tegelijkertijd heeft zich een proces voltrokken, waarbij de afhankelijkheid bij ziekte van gezin, buren en sociale groep, mede door de ontwikkeling van het sociale zekerheidsstelsel, is omgezet in een nieuwe vorm van afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid is met name ontstaan vanwege bureaucratische overheersing en bestaat uit een afhankelijkheid van de hulpverlener en de hulpverlenende instellingen, maar ook van de overheid. De overheid is zich gaan presenteren als bewindvoeder van de individu, overheidsverantwoordelijkheid werd meer en meer overheidspaternalisme. Hayek beschreef dit proces als volgt: "The more dependent the position of the individual or group is seen to become on the action of the government, the more they will insist that the government aim at some recognisable scheme of distributive justice. The more governments try to realise some preconceived pattern of desirable distribution, the more they must subject the position of the different individuals and groups to their control." 4)

Nu het stadium is bereikt waarbij minder geld beschikbaar is en waarin ook op de gezondheidszorg bezuinigd moet worden, bestaat het gevaar dat een rechtvaardige verdeling onder druk komt te staan. Hoewel bij gezondheid en ziekte nauwelijks kan worden gesproken van gelijkheid in behoefte aan voorzieningen en verzorging, ontstaat het risico dat de bestaande rechtsgelijkheid verandert in een rechtsongelijkheid ten aanzien van de mogelijkheid van verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg. De overheid heeft tot taak er voor zorg te dragen dat de claims op gezondheidszorgvoorzieningen worden gekanaliseerd op basis van afgewogen besluitvor-

ming. Het recht op gezondheidszorg, dat tot onuitputtelijke aanspraken leek te kunnen leiden vindt behalve in de financieel-economische begrenzing zijn grenzen ook in datgene wat de gezondheidszorg nog aan meerwaarde kan toevoegen, en in beginselen van rechtvaardigheid en rechtsgelijkheid.

Het is aan de overheid de balans, die in de aanvangfase te groot gewicht legde op onthouding van bemoeienis en daarna naar de andere kant doorsloeg, die van overmaat van bemoeienis, in een juist evenwicht te brengen. Het zelfbeschikkingsrecht van de mens veronderstelt het kunnen dragen van eigen verantwoordelijkheid en verdraagt zich niet met een te grote afhankelijkheidssituatie noch van de hulpverlener, noch van de overheid. Het bevorderen van eigen keuzes, waar de maatschappij zelf ook op aandringt, getuige het ontstaan van nieuw spontaan partikulier initiatief in de gezondheidszorg, vereist overheidsrealisme ten aanzien van de wijze waarop de overheid haar verantwoordelijkheid tot uitdrukking brengt. Een overheidsbeleid waarbij recht wordt gedaan aan het pluralistische karakter van de samenleving en de condities worden gecreëerd waaronder de individu tot zelfbeschikking in staat is, zal de realisering van het recht op gezondheidszorg ten goede komen.

Terugnemen van overheidsbemoeienis daar waar geen noodzaak daartoe is ten gunste van verzelfstandiging van de samenleving zal er toe leiden dat zelfordening en zelfwerkzaamheid weer meer kansen kunnen krijgen, doch wel met behoud van de voor een realisering van het recht op gezondheidszorg noodzakelijke overheidsregulering. Een dergelijke verandering in overheidsoptreden zal ongetwijfeld op verzet stuiten, juist vanwege de door de overheid zelf gecreëerde afhankelijkheidssituatie. Dit geldt niet alleen voor de consument, maar evenzeer voor de hulpverlener, die ook afhankelijk is geworden van de collectieve middelen. Daardoor kunnen bij de hulpverlener andere belangen dan die van de patiënt meer de boventoon gaan voeren, onder andere in samenhang met de eigen rechtszekerheid. De overheid zal zich moeten bezinnen op een herwaardering van 'needs' en 'demands' in de gezondheidszorg vanuit zowel de vraagzijde als de aanbodzijde, maar ook ten aanzien van de wijze van overheidsoptreden en -interventie, al dan niet in de vorm van wet- en regelgeving.

Anderzijds dient ervoor gewaakt te worden dat onder eenzijdige druk van financieel-economische omstandigheden de bevorderingstaak van de overheid leidt tot het creëren van nieuwe vormen van afhankelijkheid.

Concepties tot uitdrukking gebracht in termen als 'zorgzame samenleving', 'zelfhulp', 'mantelzorg' dienen met de grootste omzichtigheid benaderd te worden. Hier gaat immers een risico vanuit dat eenzijdige nadruk wordt gelegd op een aspekt van een complex systeem wat zal leiden tot symptoombestrijding en niet systeembeheersing. Ook de vaagheid van de gehanteerde begrippen is reden tot zorgvuldigheid. Noodzaak tot bezuinigingen kan de overheid er toe brengen door beleid gericht op sociale zelfredzaamheid essentiële aspecten van het recht op de gezondheidszorg aan te tasten. Zelfzorg als middel dreigt dan te worden tot doel in zichzelf. 5) Indien niet de vereiste zorgvuldigheid wordt betracht bestaat de mogelijkheid dat de ontwikkeling in de gezondheidszorg van caritas naar recht in omgekeerde richting omslaat. Terugbrengen van verantwoordelijkheid van de zorgverlening naar de maatschappij en de individu kan alleen voorzover de maatschappij hiertoe een draagvlak biedt; maatschappelijke mogelijkheden en maatschappelijke acceptatie vormen de begrenzing van dit proces. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid heeft gewezen op een aantal voorwaarden in acht te nemen bij heroriëntatie op de zorgverlening. 6)

Ook dient acht te worden geslagen op het optreden van een inhoudelijke grensvervaging van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een specifiek zorggebied, en niet een aspekt van algemene zorg. Alleen bij het bepalen van de grenzen van wat behoort tot het specifieke gezondheidszorggebied 7) kunnen de vragen over de ontwikkeling van de gezondheidszorg, van wat essentieel is voor realisering van het recht op gezondheidszorg en waarop derhalve overheidsverantwoordelijkheid zich dient te richten worden beantwoord.

#### Noten bij paragraaf 1, hoofdstuk IV

- 1) J.H. van Kreveld geeft in zijn ten behoeve van de Nederlandse Juristenvereniging opgestelde pre-advies 'In hoeverre mogen en moeten bij het verlenen van subsidie voorwaarden worden gesteld' een heldere indruk van de ontwikkelingen ten aanzien van particuliere instellingen; Handelingen 1977, deel 1, tweede stuk, Tjeenk Willink, Zwolle blz. 91-94.
- 2) P. Schabel, Nieuwe verhoudingen tussen burgers en staat, in: De nadagen van de verzorgingsstaat, onder redactie van Ph.A. van Idenburg, Amsterdam, 1983, blz. 29.

- 3) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Beleidsgerichte toekomstverkenning 2, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983, blz. 306.
- 4) F.A. Hayek, The mirage of social justice, Law, legislation and liberty, vol. 2, Routledge and Kegan Paul, London and Henley, 1976, blz. 68.
- 5) Parafrase op Schuyt die spreekt van 'welzijn als middel tot 'is geworden als doel in zichzelf', C.J.M. Schuyt, Wetgeving en welzijn, in: Tussen macht en moraal', Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983, blz. 196.
- 6) Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Zorgverlening in een periode van economische teruggang, Signalement nr. 15, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983.
- 7) Zie ook: Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Grenzen van de gezondheidszorg, enkele sleutelvraagstukken voor een toekomstgericht beleid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983.



## 2. Wetgeving

### 2.1 Inleiding

Doordat de overheid tijdens de verzorgingsstaat de zorgfunctie meer en meer naar zich heeft toegetrokken en deze in regels wilde vastleggen is het aantal wetten en regels toegenomen. De wettelijke grondslag met betrekking tot het bestuur uit hoofde van de presterende functie van de overheid is, met name ten aanzien van administratief-rechtelijke rechtsverhoudingen uitgebreid. 1)

Ook regulering gericht op het inhalen van een achterstandsituatie en ter bescherming van specifieke groepen en overheidsprogramma's gericht op groepen, die bij een normaal marktmechanisme onevenredig in hun belangen geschaad dreigden te worden, waren een veelvuldig voorkomend verschijnsel van de verzorgingsstaat. 2)

Door de toenemende staatszorg is voorts een toename van overheidsingrijpen in de partikuliere sfeer opgetreden, zodat gesproken kan worden van 'juridificering van maatschappelijke verhoudingen'. 3) Wetgeving en andere overheidsinterventies zijn niet meer uitsluitend gericht op ordening van maatschappelijke verhoudingen, maar beheersen ook die verhoudingen, voorzover al niet sprake is van overheersing.

Het karakter van wetgeving is daarbij op bepaalde terreinen veranderd. Zo is naast primair ordenende wetgeving, waar tijdens de liberale rechtsstaat met name sprake van was, tijdens de verzorgingsstaat wetgeving ontstaan gericht op sturing van maatschappelijke verhoudingen. Het beïnvloeden, begeleiden en sturen van maatschappelijke processen, ook wel 'social engineering' genoemd 4) is doel van wetgeving geworden. De verdeelfunctie van het recht is hierdoor soms meer op de voorgrond komen te staan dan de andere functies: de conflictbeslechtende en de normhandhavende. 5) De wet is daardoor minder normatief houvast gaan bieden; toetsing van rechtmatigheid, rechtszekerheid en formele rechtsgelijkheid is op de achtergrond geraakt. De wet stuurt om een doel te bereiken. De mogelijkheden van sturende wetgeving dienen overigens niet te worden overschat. Maatschappelijke ontwikkelingen zijn niet eenzijdig te sturen en rekening moet worden gehouden met een veelheid van elkaar beïnvloedende factoren. 6) Ook in de gezondheidszorg kan de vraag worden gesteld of de grenzen van regelgeving niet zijn bereikt en of niet sprake is van 'verminderende meeropbrengst'.

## 2.2 Problemen van wetgeving in de gezondheidszorg

De wetgevingsmachine in de gezondheidszorg is versneld door de Structuurnota Gezondheidszorg. Deze verhoogde activiteit richtte zich op structuurwetgeving, op het bevorderen van doelmatigheid van het systeem, op wettelijke beheersing van tarieven, op kwaliteitseisen en op het wegnemen van financiële belemmeringen voor toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen. Wil deze wetgeving doelmatig en doeltreffend zijn, dan zal zij moeten voldoen aan vereisten van systematische, inhoudelijke en procedurele samenhang. Is dit niet het geval dan kunnen niet aanvaardbare overlappingsen in regelgeving ontstaan, kunnen inconsistentie in wetgeving, ondoorzichtigheid van regelgeving en normstelling, o.a. door gebrek aan systematiek, samenloop van procedures en het ontbreken van een uniform begrippenkader optreden. Een gevolg hiervan zal zijn onbeheersbaarheid van maatschappelijke processen, gepaard gaande met een onbelemmerde groei van bureaucratische verschijnselen. 7)

Het in het vorige hoofdstuk gegeven globale wetgevingsoverzicht laat op diverse onderdelen lacunes en onvolkomenheden zien. Samenhangende wetten zijn gebaseerd op verschillende principes. De WVG berust op het principe van territoriale en de WTG op functionele decentralisatie, terwijl de wettelijke ziektekostenverzekeringen uitgaan van individuele rechten in een 'parastatale' organisatie. 8) Deze verschillen zijn verklaarbaar vanuit de respectieve doelstellingen van de onderscheiden wetten doch wel zijn er vragen over de eenheid van systematiek. Indien voorts het bestaan van deze verschillen onvoldoende wordt onderkend, en daarmee bij de uitvoering van de regelingen onvoldoende rekening wordt gehouden, dan dreigt het gevaar van ondoorzichtigheid en divergentie, alsook het risico dat de wetten elk een eigen leven gaan leiden. Dit proces wordt veelal nog versterkt doordat ambtelijke vernauwing van blikveld leidt tot eenzijdige, niet met de overige regelgeving samenhangende uitbouw van wettelijke stelsels. 9) De verschillende wetten bestrijken niet ieder voor zich, maar tesamen het gehele gezondheidszorggebeuren en bevatten derhalve elkaar wederzijds beïnvloedende regels. Iedere wet heeft een eigen werkingsgebied en bevat een eigen instrumentarium gericht op onderscheiden aspecten van de gezondheidszorg. Er is geen sprake van een zekere hiërarchie tussen de verschillende wetten maar van een onderling verband. 10)

Vraagtekens kunnen echter worden geplaatst bij de noodzakelijke coördinatie. Zo zijn problemen van overlapping

van materiële reikwijdte te constateren, bijvoorbeeld ten aanzien van regels gericht op kwaliteitsbevordering en beheersing (opgenomen zowel in de BIG als de WVG). Ook is sprake van cumulatie van niet homogene doelstellingen in één wet, bijvoorbeeld in de WVG, waar planning en vestigingsbeleid een ander oogmerk hebben. Is ten aanzien van instellingen voor gezondheidszorg in de WVG een duidelijke samenhang gebracht tussen functionele en geografische bereikbaarheid (plan), kwaliteit, prijs, erkenning en financiering, ten aanzien van beroepsbeoefenaars is deze samenhang afwezig.

Een voorbeeld van complexiteit door het in de onderscheiden wetten opnemen van verschillende instrumenten gericht op een min of meer vergelijkbaar doel wordt gevormd door de regulering van het aantal beroepsbeoefenaars waartoe zowel de WVG als Ziekenfondswet en de AWBZ regels bevatten, terwijl ook de WTG een, zij het meer indirecte, sturingsmogelijkheid biedt. Wil beheersing van een categorie beroepsbeoefenaars op basis van een plan (WVG) niet worden doorkruist door een op ruimere normstelling gebaseerd vestigingsbeleid, dan is analoog aan één van de uitgangspunten van het plan, namelijk de koppeling aan de financieringsbron, het complementeren van vestigingsregelingen op grond van de WVG met een regeling op grond van de wettelijke ziektekostenverzekeringen (art. 47, derde lid Ziekenfondswet) noodzakelijk.

Van een samenloop van procedures kan ook sprake zijn bij toepassing van het complex van maatregelen gericht op beheersing van aanschaf van apparatuur van enige omvang, te weten bepalingen van het overeenkomstenstelsel (Ziekenfondswet/AWBZ), Algemene Maatregel van Bestuur op grond van hoofdstuk V van de WVG en daarnaast artikel 17 WTG. Een regeling in het kader van erkenningsnormen is evenmin ondenkbaar. 11) Een dergelijke samenloop behoeft op zichzelf niet onoverkomenlijk te zijn en is soms wellicht onvermijdelijk vanwege de onderscheiden wettelijke doelstellingen, doch in dergelijke gevallen worden hoge eisen aan het uitvoeringsbeleid gesteld, waarbij met name de complementariteit in uitvoering betracht zal moeten worden. Omdat van deze samenloop een risico uitgaat voor te zelfstandige en daardoor conflicterende toepassing dient steeds de noodzaak van het creëren van dergelijke verschillende instrumenten te worden getoetst.

Ook het naast elkaar bestaan van zogenaamde algemene en zogenaamde categorale, verticale wetgeving (bijvoorbeeld bij de Wet op het Menselijk Bloed) kan onduidelijkheid en juridische complicaties met zich brengen. De noodzaak

van categorale wetgeving zal terdege dienen te worden afgewogen tegen de mogelijke nadelen van opname in een algemeen wetgevingskader.

Uitvoering van wetgeving dient evenzeer te voldoen aan normen van zorgvuldigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid. Voorkomen dient te worden dat de wetgevings-systematiek wordt doorbroken omwille van op korte termijn gericht, ad hoc overheidsbeleid. Zo ligt het bijvoorbeeld in het voornemen ten behoeve van het met voorrang onder de WVG brengen van de eerstelijns gezondheidszorg voorshands de systematiek richtlijnen, planning en erkenning van de WVG niet te volgen. 12) Hoewel het de bedoeling was het tijdstip van inwerkingtreding van hoofdstuk VII WVG (erkenningen) te doen samenvallen met de aanvang van de eerste planperiode, wordt dit hoofdstuk voor de eerstelijns gezondheidszorg ingevoerd, zonder dat eerst een plan is vastgesteld. 13) Waarom bij eerste invoering van WVG-delen de systematiek van de wet meteen al wordt doorbroken wordt niet beargumenteerd. De potentiële risico's van een dergelijke procedure zijn dat eerst in een te laat stadium duidelijk wordt of de financiële kaders worden aangehouden, of de rechten van verzekerden voldoende zijn gewaarborgd e.d. Bovendien is in beginsel de erkenning behalve een kwaliteitsuitspraak ook een uitspraak op basis van een plan over de functie(s) en het bijpassende volume (de capaciteit) van de instelling, welke ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering dan wel de algemene middelen kan worden gebracht. 14) Voldoet de erkenningsbeschikking niet aan de vereisten (b.v. doordat deze meer omvat dan verstrekkingen waar verzekerden aanspraak op hebben, danwel doordat het daarin opgenomen volume niet op de behoefte is afgestemd) dan zullen problemen ontstaan bij de in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen op te stellen overeenkomsten; AROB-procedures tegen erkenningsbesluiten liggen dan in het verschiets, hetgeen noch de verzekerde, noch de instellingen ten goede komt.

De effectiviteit van de wetgeving in de gezondheidszorg wordt ook nadelig beïnvloed door het lange tijdsverloop dat heeft gelegen tussen ontwerp en tot standkoming en invoering van wetten. Inmiddels kan onder invloed van externe factoren, gewijzigde maatschappelijke verhoudingen en economische omstandigheden een accentverschuiving ten opzichte van de oorspronkelijke doelstellingen ontstaan. Zo kan bijvoorbeeld de noodzaak tot kostenbeheersing en bezuiniging een zwaarder gewicht krijgen. Dit beïnvloedt dan de wijze waarop uitvoering zal worden gegeven aan de wet en het kan zelfs leiden tot het niet

meer volledig kunnen realiseren van oorspronkelijke doelstellingen. Het risico is bij de WVG bijvoorbeeld aanwezig dat de afname van financiële mogelijkheden uiteindelijk zal resulteren in het enkel uitvoering geven op decentraal niveau van centraal vastgesteld beleid.

Een andere konsekwentie van het lange wetgevingsproces is dat de parlementaire besluitvorming over inhoud, reikwijdte, karakter, toepassingswijze e.d. van een wet door gewijzigde omstandigheden niet meer blijken te passen in het beleid. Financieel-economische ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld mede debet aan het feit dat het oorspronkelijke wetgevingsdrieluik van de Structuurnota Gezondheidszorg (één ordeningswet voor de voorzieningen, één tarievenregeling voor de aanbodzijde, één algemene wettelijke ziektekostenregeling voor de vraagzijde) niet kon worden verwezenlijkt.

De Structuurnota Gezondheidszorg ging uit van de gedachte dat de structuur van de gezondheidszorg een daarop passende financieringsstructuur vereist. Behoudens voor de openbare gezondheidszorg, waarbij gedacht werd aan financiering uit de algemene middelen, zou herstructurering van het financieringssysteem moeten leiden tot in beginsel een financiering van het eerste en tweede echelon via de sociale verzekeringswetten. 15) Deze gedachte is terug te vinden in de stukken uit de voorbereidingsfase van de WVG (zie hoofdstuk III, paragraaf 2.).

Kon Frowijn in 1972 in zijn preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht over de ontwikkeling van de wetgeving op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg nog stellen dat het voorontwerp van Wet Gezondheidsvoorzieningen een complement vormde op de wettelijke ziektekostenverzekeringen, thans kan dit nauwelijks meer worden gezegd.

De in de gezondheidszorg voorkomende elementen van publieke ordening en overheidssturing en van beleidsvorming en -uitvoering in partikulier beheer stellen hoge eisen aan overheidsinterventie via regelgeving. De sinds de Structuurnota Gezondheidszorg gewijzigde omstandigheden vereisen bijvoorbeeld heroverweging van de vormgeving aan de daarin vervatte globale doelstellingen. Alternatieven voor wetgeving dienen te worden gezien. Enkele van de algemene criteria waaraan de wetgeving in de gezondheidszorg getoetst moet worden zijn mogelijkheden van rechtshandhaving, rechtszekerheid, rechtsgelijkheid, samenhang van begrippen, samenhang met verwante wetgeving, kwaliteit van wetgeving, lange termijn effecten en uitvoerbaarheid (inclusief

bureaucratische belasting en door wetgeving gegeneerde kosten) enz. Evaluatie van bestaande wetgeving op doeltreffendheid en doelmatigheid in het licht van geformuleerde doelstellingen en opgetreden veranderde omstandigheden en eventueel het stellen van andere doelen is evenzeer een vereiste. Wordt hieraan niet voldaan, dan zal wetgeving een verstarrende invloed hebben op een in beginsel dynamisch bedrijf als de gezondheidszorg. Vermeden moet worden dat wetgeving een belemmering gaat vormen voor het doorvoeren van vernieuwingsprocessen in de gezondheidszorg.

Een mogelijkheid tot vergroting van wetgevingsflexibiliteit biedt het invoeren van 'horizon' wetgeving, waarbij de wet een van te voren vastgestelde expiratiedatum kent. Een andere methode is toetsing van het wettelijk stelsel voorafgaande aan inwerkingtreding (experimenten op basis van de wet).

Ook oneigenlijk gebruik van wetgeving moet worden voorkomen. Een voorbeeld van oneigenlijk gebruik van wetgeving is te vinden in het Besluit van 25 november 1983 (Stcrt. 230) inzake ontheffing van de in de Ziekenfondswet vervatte contracteerplicht voor huisartsen in Almere, dat als achtergrond heeft het weren van vrije vestigingen, zodat huisartsenhulp alleen vanuit gezondheidscentra zal worden verleend. 16)

Onderkend dient ook te worden dat het wetgevingsinstrument wel is gebruikt om eigen wensen en verlangens van bepaalde groepen gerealiseerd te krijgen. Zo zal er naar worden gestreefd zelfregulatie te doen vervangen door formele wettelijke regelingen zodra van zelfregulatie onvoldoende groepsbescherming uitgaat. 17, 18) Maar ook in meer algemene zin gaan wetgeving en groepsbelang nog wel eens samen. Het grote aantal aanvragen om als beroep onder de werkingssfeer van de BIG te komen is een voorbeeld van pogingen eigen belang veilig te stellen. Dit verschijnsel doet zich ook voor bij het pogen van instellingen in het kader van de Ziekenfondswet een erkenning te krijgen, dan wel van hulpverleners voor een medewerkersovereenkomst in aanmerking te komen.

De noodzaak tot ordenende overheidsinterventie op het terrein van de gezondheidszorg staat niet ter discussie. Kwaliteitsbevordering en bewaking in het belang van de patiënt en de gemeenschap rechtvaardigt vrijwel altijd overheidsop treden, hetzij direkt, dan wel indirekt. Doelmatige inzet van middelen en mankracht er toe strekkend dat ieder individu optimaal gebruik kan maken van gezondheidszorgvoorzieningen, is een andere legitimatie

voor overheidsoptreden in deze sector. Financiële belemmeringen ten aanzien van de toegang tot de gezondheidszorg zullen zoveel mogelijk door daarop gerichte regelgeving moeten worden vermeden. Ook de rechtspositie van de patiënt vormt een reden tot regelgeving. De mate waarin en de wijze waarop interventie van de wetgever plaats vindt is echter wel voor discussie vatbaar. Bezinning van de rol van die wetgeving bij behartiging door de overheid van haar drieledige taak met betrekking tot het recht op gezondheidszorg (kwaliteit, functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid, financiële toegankelijkheid) is noodzakelijk. De overheid heeft daarbij ook de verantwoordelijkheid over te gaan tot screening van wetgeving op ingeslopen onzuivere elementen en op niet op noodzaak berustende regels. Over deze aspecten zullen in het navolgende een aantal suggesties voor mogelijk wetgevingsbeleid worden gemaakt.

#### Noten bij paragraaf 2, hoofdstuk IV

- 1) E.M.H. Hirsch Ballin, Vertrouwen op het recht; over de plaats van de wet in de rechtsorde; rede; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1982, blz. 16.
- 2) Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16625, nr. 39, blz. 6.
- 3) Deregulering van overheidsregelingen, Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3, blz. 10.
- 4) De Haan, Drupsteen, Fernhout, Bestuursrecht in de sociale rechtstaat, instrument en waarborg, Kluwer, Deventer, 1978, blz. 16.
- 5) C.J.M. Schuyt, Het rechtskarakter van de verzorgingsstaat, in: Tussen macht en moraal, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983, blz. 204.
- 6) M. Scheltema, Deregulering, denkrichting met perspectief? Bestuur, maandblad van overheidskunde, 2, 1983, nr. 5, blz. 4.
- 7) C.J.M. Schuyt heeft o.a. een oriënterende inventarisatie gemaakt van problemen welke zich bij wetgeving kunnen voordoen; zie: Problemen van wetgeving in: Tussen macht en moraal, Samsom, Alphen a/d Rijn, 1983, blz. 172-191. Zie voor wetgevingsvraagstukken ook: Deregulering van overheidsregelingen, Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3.
- 8) Deregulering van overheidsregelingen, Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3, blz. 57.

- 9) In Deelrapport 31, Regulering en deregulering, rapport van de heroverwegingswerkgroep, 'wettelijke voorschriften in verband met de economische ontwikkeling', Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16625, nr. 39 wordt aandacht besteed aan deze problematiek.
- 10) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 14181, nr. 21, blz. 3.
- 11) Zie de brief van de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne d.d. 4 maart 1982, kenmerk 121054, DG Vgz/VKG/VE inzake normen en algemene voorwaarden voor ziekenhuizen gericht aan de Ziekenfondsraad.
- 12) Nota inzake invoering WVG, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 17720, nr. 4.
- 13) Erkenningverlening op grond van de WVG betekent toetsing aan een plan (artikel 43). Het verlenen van een erkenning zonder plan lijkt weinig zinvol. Zie Tweede Kamer, zitting 1980-1981, nr. 17, blz. 9. Artikel 83 WVG biedt hiertoe in beginsel de mogelijkheid.
- 14) Zie o.a. Tweede Kamer, UCV-43, 16 februari 1983, blz. 6.
- 15) Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974, blz. 45.
- 16) Zie terzake het plan gezondheidszorg Almere, januari 1983.
- 17) De privaatrechtelijke vestigingsregelingen van beroepsverenigingen vormen hiervan een voorbeeld. Toenemende ontduiking van dergelijke regels zal leiden tot een toenemende druk op de overheid over te gaan tot formele wettelijke regeling.
- 18) Een ander voorbeeld om groepsbelangen in regels te vatten is het regulier op de markt toelaten van Vasolastine, door ontheffing te verlenen van de krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vereiste registratieplicht.



### 3. Kwaliteitsbewaking en bevordering

Het patroon van op kwaliteit gerichte bepalingen in de wetgeving is rijk geschakeerd. Uit het globale overzicht in hoofdstuk III (paragraaf 1) blijkt dat kwaliteitsaspecten zijn te vinden in regelingen met betrekking tot beroepsbeoefenaars, vestiging, planning, erkenning, overeenkomsten, tarieven, e.d. Deze regelingen hebben betrekking op individuele beroepsbeoefenaars en/of instellingen voor gezondheidszorg.

De wettelijke basis evenals het toepassingsbereik lopen uiteen. Zijn bij de ene regeling kwaliteitseisen afhankelijk van de financieringsbron, bij de andere niet. Regelingen de kwaliteit rakende zijn te vinden in de BIG, de Wet op het Menselijk Bloed (straks te vervangen door de Wet Bloedtransfusie) en de Wet Ambulancevervoer. De WVG bevat naast regelingen met betrekking tot de kwaliteit van beroepsbeoefenaars, regels ten aanzien van instellingen, de handhaving van welke laatste gekoppeld is aan de financieringsbron (nl. hetzij de algemene middelen, hetzij de wettelijke ziektekostenverzekeringen). Uitgaande van de verantwoordelijkheid van de overheid voor garanties die kwantitatief en kwalitatief moeten worden gegeven in het kader van de rechten van de verzekerden 1) ligt deze koppeling voor de hand, doch vanzelfsprekend is zij geenszins. Bij kwaliteitsvragen is het in beginsel niet relevant welke bron de voorzieningen financiert. De rechtsgrond voor het stellen van kwaliteitseisen is het recht op gezondheidszorg, dat van de overheid verlangt zorg te dragen voor een kwalitatief verantwoord aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen in het belang van de individu die een beroep doet op de gezondheidszorg. Zou financiering niet ten laste van de collectieve sector plaatsvinden, dan zou dit de overheid nog niet ontslaan van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Voorts worden kwaliteitsbewaking en -bevordering ten aanzien van beroepsbeoefenaars primair op centraal niveau behartigd (BIG) en ten aanzien van instellingen decentraal (WVG). Men kan zich afvragen of op decentraal niveau hiertoe wel voldoende deskundigheid aanwezig is.

De kwaliteitswetgeving bevat nog lacunes. Zo is er geen kwaliteitsgarantie voor instellingen die geheel uit partikuliere bron worden gefinancierd. Soms zijn hulpverleners werkzaam in de gezondheidszorg, die niet onder het tuchtrecht vallen. Met name op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg is enige vorm van regeling in dit opzicht wel op zijn plaats.

Ook met het oog op een mogelijke wijziging van het

stelsel van ziektekosten is het niet onbelangrijk de aparte taakstelling van de overheid met betrekking tot de kwaliteit te onderkennen. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat nu via de financiering gecontroleerde zorg, zich aan overheidsbemoeienis kan onttrekken, voorzover die zorg wordt geprivatiseerd. Tijdens behandeling in de Tweede Kamer in 1981 van de Nota kwaliteitsbewaking is ook gewezen op deze afzonderlijke overheidsverantwoordelijkheid. Gesteld werd toen dat kwaliteitswetgeving de vorm dient te krijgen van een 'dwarsverband' tussen de overige wetten als WVG en WTG en daar geen onderdeel van dient te vormen. Een dergelijke regeling zou in het kader van andere wetten als gegeven dienen te worden beschouwd. 2)

Het verdient dan ook aanbeveling te komen tot een 'kaderwet' c.q. 'algemene wet' kwaliteitseisen voor de gezondheidszorg, of tot tenminste een dusdanige wettelijke vormgeving dat loskoppeling van op andere doelstellingen gerichte wetten plaats vindt. Sancties op het niet voldoen aan kwaliteitseisen zouden gezocht kunnen worden in strafbepalingen. Bij financiering ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekeringen kan, zoals dit thans ook het geval is, het erkenningstelsel als sanctiemogelijkheid worden gehanteerd. Ook bestaan er hierbij mogelijkheden in het kader van het overeenkomstenstelsel (opzeggen of niet sluiten van een overeenkomst). Tenslotte kunnen sancties worden gevonden in de WTG. Dit is met name van belang voor voorzieningen, die niet ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering komen. De WTG is immers in beginsel van toepassing op iedere instelling van gezondheidszorg. Het COTG zou, na gebleken nalatigheid op het punt van kwaliteitsvereisten, bepaalde activiteiten van een voorziening buiten beschouwing moeten laten bij vaststelling van een tarief.

#### Noten bij paragraaf 3, hoofdstuk IV

- 1) Tweede Kamer, UCV-38, 26 januari 1981, blz. 31.
- 2) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, UCV-35, 19 januari 1981, (Lansink), o.a. blz. 17, 19, 34.

#### 4. Functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid

In verband met wettelijke regelingen van de functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid van de gezondheidszorg moet het gestelde in paragraaf 2 van dit hoofdstuk over de betrekkelijke waarde van sturende wetgeving in het oog worden gehouden. 1) De Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsmaatregelen (Commissie Geelhoed) geeft in haar tussenbericht een aantal toetsingscriteria voor de keuze van wetgevingsinstrumenten, waaronder het evenredigheidsbeginsel. 2) De wijze waarop en de mate waarin de wetgever optreedt, dient in evenredige verhouding te staan tot het te bereiken doel.

Ten behoeve van het operationeel maken van dit beginsel noemt de Commissie de volgende subcriteria: doeltreffendheid, matigheid en proportionaliteit in engere zin. Ook de procedurele aspecten zijn van belang. Kostbare, tijdrovende coördinatie en besluitvormingsprocedures en gecompliceerde inspraakregelingen kunnen tot ondoelmatigheid leiden. Bovendien geven procedurele waarborgen in de vorm van inspraakregelingen nog geen garantie voor de maatschappelijke acceptatie van sturend overheidsingrijpen. 3) De ervaringen met de experimenten Kaderwet Specifiek Welzijn hebben dit ook aangetoond. 4)

Aangezien in het ontworpen wettelijk kader (WVG) voor de functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid decentralisatie van besluitvorming is neergelegd is het gewenst de mogelijkheden van decentralisatie te bezien. Van belang is in dit verband dat bij sturende, op planning gerichte wetgeving in de gezondheidszorg, zoals de WVG, de grenzen van decentrale bevoegdheden mede worden bepaald door andere wettelijke kaders, zoals wettelijk vastgelegde aanspraken van verzekeren. De mogelijkheden van verschuivingen en veranderingen in het voorzieningenpatroon via planningsmechanismen zijn in grote mate afhankelijk van de wijze waarop deze aanspraken als verstrekking zijn geformuleerd.

Decentralisering mag niet leiden tot rechtsongelijkheid en onrechtvaardigheden door plaatselijke of regionale uiteenlopende beslissingen. Landelijk gegarandeerde aanspraken vereisen een bepaalde mate van landelijke verantwoordelijkheid, niet alleen ten aanzien van kwaliteitseisen, maar ook ten aanzien van aard en omvang van voorzieningen. Alleen al hierdoor krijgt gedecentraliseerde planning een beperkt karakter. 5)

Daarbij komt dat door het beleid van beheersing en inkrimping van middelen het richtlijnmechanisme van de WVG waarschijnlijk verstrakt zal worden. De top-bottom beheersing zal versterkt worden ten koste van de bottom-up conceptie. De vraag rijst of ook hierdoor geen af-

breuk zal worden gedaan aan de decentralisatie die aan de WVG ten grondslag ligt, en of hiervan niet een te grote bureaucratiserende werking zal uitgaan. Het is dus niet uitgesloten dat de oorspronkelijke met de WVG beoogde vrije decentrale beleidsruimte vooral zal bestaan in het regionaal, dan wel lokaal aanbrengen van verschuivingen in het voorzieningenpatroon, voorzover van toepassing binnen de marges van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Van sturing van aard en omvang van voorzieningen van enige financiële betekenis zal waarschijnlijk nauwelijks sprake zijn. De mogelijkheden tot decentrale planning van intramurale voorzieningen zijn voorts beperkt doordat beslissingen van enige financiële importantie op langere termijn doorwerken en bovendien hierbij sprake is van een grote mate van centrale beslissingsbevoegdheid. (Hoofdstukken V en IX WVG). Een coherent decentraal intra- en extramuraal beleid lijkt door deze factoren vrijwel onmogelijk. Of een decentraal beleid ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg gevoerd zal kunnen worden zal afhangen van de mate van gedetailleerdheid van terzake centraal te formuleren regels. De eerste gepubliceerde conceptregelingen hebben een detaillistisch karakter. 6), 7)

Naast de genoemde factoren zal ook de doelmatigheid van de in de WVG aangebrachte relatie tussen planning en specifieke financieringsbronnen (wettelijke ziektekostenverzekeringen of algemene middelen) onder ogen moeten worden gezien. Zeker nu met het oog op vermindering van collectieve lasten een wijziging van het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt voorgestaan in welk kader een bepaalde mate van privatisering niet ondenkbaar is 8) rijst de vraag of, en in hoeverre een dergelijke koppeling in overeenstemming is met de uit het recht op gezondheidszorg voortvloeiende overheidsverantwoordelijkheid voor functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid van voorzieningen. In beginsel is het bij dit laatste immers niet van belang of de financiële toegankelijkheid van die voorzieningen wordt gegarandeerd door een wettelijk ziektekostenverzekeringssysteem, dan wel dat hierbij sprake is van andere reguleringsvormen. 9)

In aansluiting op de criteria van de Commissie Geelhoed moet voorts worden gezien of de in de WVG gehanteerde instrumenten zich evenredig verhouden tot het beoogde doel (het bevorderen van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg). Daarbij moeten uiteraard ook de andere motieven dan het bevorderen van een doelmatig stelsel van voorzieningen, zoals het decentralisatie-beginsel en de vergroting van democratisering door inspraak procedures in aanmerking worden genomen, met name ook vanuit de gezichtshoek van effectiviteit en interne en externe lasten van de WVG. Een

afweging van voor- en nadelen verbonden aan de verschillende regelingsfiguren in de WVG, de ervaringen met de WZV mede in aanmerking genomen, voorafgaand aan de introductie van een nieuw systeem, heeft nog niet plaatsgevonden. 10) Daar in het perspectief van deregulering, zoals door de Commissie Geelhoed uitgewerkt, een in verhouding tot het te bereiken doel te omvangrijke en ingewikkelde regelgeving voorkomen moet worden, zal v66r invoering van de WVG de vraag aan de orde moeten worden gesteld of de doeleinden zoals in de WVG neergelegd niet evenzeer behartigd kunnen worden door het hanteren van minder belastende en minder gecompliceerde alternatieven. Niet zal worden betwist dat de huidige vorm van wetgeving uit een oogpunt van realisering van het recht op gezondheidszorg niet de enig mogelijke is.

Een voor de hand liggende heroverweging is het bezien van de mogelijkheden tot het vereenvoudigen van de in de WVG neergelegde procedures en het verminderen van bureaucratistische belasting door bijvoorbeeld de decentralisatie van de planning voorshands te beperken tot het provinciaal niveau en inspraakprocedures te laten verlopen via de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Wellicht is dit ook meer in overeenstemming met de reeds genoemde beperkingen van de feitelijke decentralisatiemogelijkheden in de gezondheidszorg. Tijdens de verdere ontwikkeling kunnen nadere mogelijkheden van decentralisatie worden bezien. Handhaving van hoofdstuk VII van de WVG (personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg) is hierbij desgewenst mogelijk. Toekenning van bevoegdheden ten aanzien van de vergunningverlening voor beroepsbeoefenaars dient dan, voorzover de noodzakelijke samenhang tussen voorzieningen dit vereist, bij voorkeur plaats te vinden aan die overheid, welke bevoegdheden heeft bij de planning.

Een veel ingrijpender alternatief is de realisering van het beoogde doel (de bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen) in grotere mate te baseren op van inhoudelijke normstelling uitgaande regels en in mindere mate het accent te leggen op sturende regelgeving. \*)

---

\*) Kort na afronding van deze tekst kreeg ik de voordracht onder ogen van een op 20 januari 1984 te Utrecht gehouden studieconferentie 'deregulering in de gezondheidszorg', georganiseerd door de Vakgroep algemene gezondheidszorg en epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Hieruit blijkt dat een aantal van de sprekers van verschillende disciplines soortgelijke gedachten hebben ontvouwd als opgenomen in deze paragraaf. Hierdoor worden de hier geformuleerde voorstellen versterkt. De voordrachten worden binnenkort gepubliceerd in het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg.

Wetgeving, waarbij wordt uitgegaan van met name procedurele voorschriften vormt, ook in de opvatting van de Commissie Geelhoed, geen gelijkwaardig alternatief voor duidelijke materiële normstelling. 11)

Dit betekent een geheel nieuwe overdenking van de wettelijke regeling van de verdeling van de gezondheidszorgvoorzieningen. Een dergelijk type wetgeving zou uiteraard ook de bevoegdheden moeten bevatten om te beslissen over de feitelijke toedeling van de op grond van de materiële normen beschikbare voorzieningen. Tegenover het mogelijkwerijs tegen een dergelijke vorm van wetgeving in te brengen bezwaar dat actieve sturing door lagere overheden hierdoor wordt beperkt, staan voordelen van onder andere rechtszekerheid, duidelijkheid en bestendigheid, eenvoud en beperking van coördinatie- en besluitvormingslasten.

Een ander voordeel van een meer op inhoudelijke normstelling gebaseerde regelgeving ten aanzien van bereikbaarheid van voorzieningen is meer uniformiteit van systematiek. Het bevorderen van bereikbaarheid van individuele beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg is, zoals bleek uit hoofdstuk III, paragraaf 2.2, gebaseerd op inhoudelijke normstellende regels. Wordt dit beginsel ook geïntroduceerd voor instellingen van gezondheidszorg (zowel extra- als intramuraal) dan ontstaat in dit opzicht meer eenheid en kan de afstemming tussen beide categorieën waarschijnlijk beter verlopen. Hierdoor kan ook worden vermeden dat voor de oplossing van problemen, voortvloeiende uit verschillende systemen in de WVG, in andere wetten een oplossing moet worden gezocht. Men denke bijvoorbeeld aan oneigenlijk gebruik van het door de WVG geboden instrumentarium ter regulering van het volume van intramurale instellingen. 12)

Normatieve regelgeving van deze strekking is gericht op voorzieningen waarvan de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid voor het recht op gezondheidszorg de bereikbaarheid noodzakelijk acht. Door voorpublicatie van dergelijke regelingen en bespreking in de Tweede Kamer kan worden voldaan aan de voor dergelijke normering vereiste inspraak en aan de parlementaire controle op hoofdpunten van het beleid.

Feitelijke toekenning op grond van normatieve verdeling, bijvoorbeeld door lagere overheden, kan plaats vinden door middel van een stelsel als ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaars in de WVG is neergelegd.

Het is niet noodzakelijk een dergelijk systeem te beperken tot voorzieningen die worden gefinancierd ten laste van de algemene middelen of de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Ook het FOG, waarvan het hier beoogde normenstelsel zal worden afgeleid, bestrijkt voorzie-

ningen ongeacht de financieringsbron. Dit zou betekenen, dat de ten aanzien van de verschillende financieringsbronnen geldende wettelijke regelingen blijven functioneren conform hun eigen doelstellingen. Zo zal de noodzaak voor het al dan niet handhaven van een contractplicht conform artikel 47, derde lid Ziekenfondswet en artikel 45, derde lid AWBZ ongeacht of het betreft een individuele beroepsbeoefenaar of een instelling kunnen worden beoordeeld in het kader van de normatieve verdeling van de op basis van de wettelijke ziektekostenverzekeringen gefinancierde voorzieningen. (Dit bevordert voorts de uniformiteit van systematiek in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen). Ook de erkenningsregeling kan dan worden gehandhaafd in de wettelijke ziektekostenverzekeringen, met dien verstande dat toetsing van de kwaliteit als voorgesteld in paragraaf 3, plaats vindt in een ander wettelijk kader.

Ten aanzien van de reikwijdte van een op bereikbaarheid gerichte wetgeving kan worden gesteld dat deze zich dient te richten op voor realisering van het recht op gezondheidszorg op grond van prioriteitenstelling noodzakelijk geachte voorzieningen. 13) Ook hierbij zijn naast criteria van inhoudelijke aard, doelmatigheid en doeltreffendheid van wetgeving aan de orde. Zoals bekend ligt het in het voornemen van de regering belangrijke delen van maatschappelijke dienstverlening toe te voegen aan de, te vereenvoudigen, WVG. Naast de bezuinigings-taakstelling worden als argumenten aangevoerd de wens te komen tot een efficiënte, bestuurlijke en beleidsmatige afstemming tussen de terreinen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, alsmede de versterking van de eerstelijnsvoorzieningen. Gemeenschappelijke doelstellingen voor de zorgsector noodzaken tot een gemeenschappelijke regie en een gezamenlijk, doeltreffend en doelmatig planningsinstrumentarium. 14) Aan deze uitspraak wordt de conclusie verbonden dat planning binnen één wettelijk kader moet plaatsvinden en althans vooralsnog, gericht moet zijn op de extramurale zorg. Het valt buiten het kader van dit preadvies in te gaan op de problematiek van de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de inhoudelijke samenhang tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Wel moet de vraag worden gesteld of de aangevoerde argumenten voldoende zijn voor het in één wet samenbrengen van regels voor functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid van twee onderscheiden sectoren.

Aan de weg die wordt voorgesteld, ligt de veronderstelling ten grondslag dat de beoogde samenhang in beleid

met name zou worden bereikt door het bundelen van regels met betrekking tot de bereikbaarheid. Verkokering van op deze bereikbaarheid gerichte wetgeving zou de samenhang tot op heden hebben belemmerd. Gebrekkige samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is echter niet zozeer een gevolg van verkokerde wetgeving, als van verkokerde hulpverleningsopvattingen. Het onderbrengen van de betreffende sector in één wet behoeft niet zonder meer een voordeel te zijn. Wettelijke combinatie van ongelijksoortige factoren kan zelfs nadelen opleveren. 15) Bovendien is wetgeving er maar in bepaalde mate op gericht dergelijke knelpunten op te lossen.

Een ander voor de bereikbaarheid belangrijk aspect is de samenhang tussen extra- en intramurale zorg. 16) Een op de de-institutionalisering van gezondheidszorgverlening gericht streven heeft gevolgen voor het geheel van de gezondheidszorg en voor andere sectoren, zoals de maatschappelijke dienstverlening. Voor tot de bovengenoemde combinatie in wetgeving wordt besloten is derhalve een inhoudelijke analyse van verschillende samenhangen (in de eerstelijns, intra- en extramuraal) geboden.

Een ander probleem in dit verband is dat anders dan bij de sector maatschappelijke dienstverlening de financiering van de gezondheidszorg in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen een systeem van landelijk vastgelegde en gegarandeerde aanspraken bevat.

Ik ga dan nog voorbij aan risico's van medicalisering door integratie van op bereikbaarheid gerichte regels. 17) Een risico is voorts dat de gezondheidszorg onder druk komt te staan van andere belangen en daardoor de eigen verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg in het gedrang komt. 18)

#### Noten bij paragraaf 4, hoofdstuk IV

- 1) Zie terzake in zijn algemeenheid ook o.a. J.Th.J. van den Berg, De machteloze wetgever, Beleid en maatschappij, 1983, nr. 3, blz. 55-64.
- 2) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3, blz. 17-18.
- 3) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3, blz. 21.
- 4) Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Advies inzake de Kaderwet, nr. 32, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983, blz. 10.
- 5) Tweede Kamer, UCV-38, 26 januari 1981, blz. 14.
- 6) Concept-regelingen met betrekking tot een vestigingsbeleid en praktijkomvang van huisartsen, Stcrt. 1983, nr. 135.



- 7) Bedacht dient te worden dat een verantwoorde manpowerplanning meer dan alleen normen voor een vestigingsbeleid vereist. Ook normering van omvang van opleidingen op basis van geraamde behoefte en niet op basis van universitaire capaciteitsoverwegingen is onmisbaar. (Zie voor algemene uitgangspunten voor een vestigingsbeleid het in maart 1983 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid opgestelde rapport).
- 8) Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18108, nrs. 1 en 2, blz. 56 e.v.
- 9) Rutten geeft in zijn inaugurale rede een aantal opties voor de marktbenadering; F.F.H. Rutten, Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg, 1983. In bewerkte vorm gepubliceerd in Openbare Uitgaven nr. 15, blz. 328 e.v.
- 10) Zie ook College voor Ziekenhuisvoorzieningen, jaarverslag 1982, Utrecht, blz. 56-60.
- 11) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17931, nr. 3, blz. 22.
- 12) Op de noodzaak rekening te houden met de respectieve doelen van de onderscheiden wetten is reeds gewezen in paragraaf 2.
- 13) Zie terzake ook de volgende paragraaf 'financiële toegankelijkheid'.
- 14) Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18111, nr. 1, blz. 5.
- 15) De doelmatigheid van de momenteel bij de aanwijzingen in het kader van de WZV gehanteerde systematiek waarbij rekening wordt gehouden met onderlinge relaties, niet alleen tussen voorzieningen voor gezondheidszorg, maar ook die van de gezondheidszorg en aanverwante sectoren is bovendien nog niet getoetst.
- 16) Zie o.a. de door de algemene ledenvergadering van de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad in november 1983 aanvaarde nota 'Beleidsperspectief op zorgverlening door ziekenhuizen'.
- 17) Zie hierover uitvoeriger o.a. H.J.J. Leenen, Grenzen van de gezondheidszorg en grenzen van planning van de gezondheidszorg; A. de Swaan, Het medisch regiem, F.B. Terhorst, Worden welzijnsvoorzieningen medisch verheld?, T. Soc. Gen. 1982, nr. 5, blz. 77-99.
- 18) Zie ook het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de afstemming van de Kaderwet Specifiek Welzijn en de WVG; Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 10, blz. 6-8.

## 5. Financiële toegankelijkheid

### 5.1 Het beschikbare middelenkader

De ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg wordt jaarlijks vastgelegd in het FOG. Naast een retrospectief beeld geeft het FOG ook inzicht in de te verwachten kostenontwikkeling en het terzake hiervan te voeren beleid. Het FOG legt als - in beginsel - taakstellend macrobudget het financiële kader vast waarbinnen de financiering van de gezondheidszorg zich dient af te spelen, terwijl het tevens de prioriteiten aanreikt van het in hoofdlijnen te voeren beleid.

Het rechtskarakter van het FOG is diverse malen onderwerp van parlementaire discussie geweest. 1)

De status van het FOG is die van een beleidsnota van de regering, gevoegd bij de Rijksbegroting. Het geeft, naast een inzicht in de financiële gevolgen van de in de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting neergelegde beleidsvoornemens ook een beeld van andere geldstromen (ziekenfondsverzekering, Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, partikuliere bijdragen en betalingen, gelden van gemeente en provincie) afgezet tegen het gevoerde en te voeren beleid in het kader van de daartoe geëigende wettelijke kaders. 2)

Het wettelijk instrumentarium waarin dit beleid gestalte krijgt is naast de wettelijke ziektekostenverzekeringen met name de Wet Tarieven Gezondheidszorg en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. De wettelijke aanspraken van verzekerden op gezondheidszorgvoorzieningen, alsmede de aan die voorzieningen te stellen kwaliteitseisen vormen voor het FOG een gegeven. Mede vanwege de wettelijk vastgelegde rechten kan het FOG niet in strikte zin het uitgavenplafond voor de gezondheidszorg fixeren. Wel bevat het FOG een taakstelling in die zin, dat door het voeren van beleid en het stellen van prioriteiten wordt getracht de uitgaven voor de gezondheidszorg binnen de voor die sector beschikbare ruimte als aangegeven in het overzicht, te houden. 3)

De beleidskeuzen en prioriteiten binnen het financiële kader inclusief de voorgestane reallocatie van middelen binnen, dan wel tussen sectoren van gezondheidszorg, worden enerzijds verwoord in aanwijzingen en daarop gebaseerde richtlijnen in het kader van de WTG en komen anderzijds tot uitdrukking in richtlijnen en algemene maatregelen van bestuur op grond van de WVG, gericht op aard, omvang en spreiding van voorzieningen.

Als zodanig vormt het FOG een dwarsverband tussen de wettelijke regels (WVG en WTG enerzijds, Ziekenfondswet en AWBZ anderzijds), zonder daar een onderdeel van uit te maken. 4)

Anders dan bij de Rijksbegroting heeft het parlement niet het recht van amendement op het FOG. Aangezien het grootste gedeelte van de financieringsstroom in de gezondheidszorg via de wettelijke ziektekostenverzekeringen (premiesector) loop, ligt een amendementsrecht op het FOG in zijn huidige vorm staatsrechterlijk niet voor de hand. Wel zal het parlement zich moeten kunnen uitspreken over de algemene door de bewindslieden voorgestane beleidslijnen en prioriteiten in de gezondheidszorg als 'public utility'. Het parlement kan zich hierover uitspreken zowel bij discussies omtrent het FOG alsook indien de WVG, de WTG dan wel de wettelijke ziektekostenverzekeringen terzake aan de orde zijn. Niet alleen de aanwijzingen ten aanzien van het voorgenomen tariefsbeleid, maar ook de richtlijnen inzake de infrastructuur van de gezondheidszorg zouden vooraf in de Tweede Kamer ter bespreking kunnen worden gegeven. Het verschaffen van inzicht in financiële konsekventies van voorstellen is hierbij een vereiste, of die nu voortvloeien uit de introductie van nieuwe voorzieningen of uit de verschuiving tussen voorzieningen, dan wel uit wensen geuit door het parlement. Mogelijkheden van financiële compensatie, konsekventies voor andere voorzieningen e.d. zullen steeds duidelijk moeten worden aangegeven, wil een afgewogen besluitvorming tot stand kunnen komen. Alleen op deze wijze kan sprake zijn van een op grond van zowel inhoudelijke argumenten als maatschappelijke keuzen, binnen de financieel beschikbare ruimte, verantwoord besluitvormingsproces ten aanzien van de realisering van het recht op gezondheidszorg door de overheid.

Overwogen zou kunnen worden een afzonderlijke wettelijke regeling van procedures voor de tot standkoming van het FOG, en voor de inhoud daarvan. Hierop is zowel door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid als door de Ziekenfondsraad aangedrongen. 5) Een dergelijke versterking van de status van het FOG zou ten goede komen aan de realisering van het recht op gezondheidszorg. In het kader van zo'n wettelijke regeling kan, conform het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, tevens de status van het FOG als dwarsverband tussen verschillende wettelijke regelingen worden aangegeven. Hierdoor kan tot uitdrukking komen dat het FOG met in achtneming van rechten van verzekerden, de basis vormt voor aanwijzingen ten behoeve van het tarievenbeleid en voor besluiten en richtlijnen ten behoeve van plannings- en vestigingsbeleid voor instellingen en beroepsbeoefenaars. Vanwege het hier bedoelde specifieke karakter van het FOG is het niet aangewezen de wettelijke basis te

vinden in een reeds bestaande wet als de WVG of de WTG. Hierdoor zou de indruk worden gewekt dat het FOG alleen betrekking heeft op die wet, waardoor de onderlinge relatie tussen de onderscheiden wetten (inclusief de Ziekenfondswet en de AWBZ) alsmede de relatie tussen het FOG en die wetten onvoldoende tot uitdrukking zouden komen (zie ook paragraaf 2.2 waarin is aangegeven dat er geen sprake is van hiërarchie tussen de verschillende wetten).

Een dergelijke wet zou tegelijkertijd een regeling kunnen bevatten voor een gecoördineerd beleid ten aanzien van het verstrekken van gegevens. Informatieverstrekking en -verwerking vindt nu plaats op basis van verschillende wetten (WTG, WVG, Ziekenfondswet en AWBZ), terwijl ook voor opstelling van het FOG gegevens benodigd zijn. Het betreft veelal dezelfde gegevens, ten behoeve van beleidsvoering uit hoofde van deze wetten, binnen het financieel kader vervat in het FOG. Een regeling voor informatieverstrekking in één wet zal de vereenvoudiging en stroomlijning bevorderen, terwijl hierdoor kosten kunnen worden bespaard en waarborgen voor bescherming van de persoonlijke levenssfeer groter zullen zijn.

## 5.2 Het collectieve voorzieningenstelsel

Eén van de gevolgen van de verzorgingsstaat is dat de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen in toenemende mate via de collectieve sector is geregeld, met als gevolg een toenemende druk op die sector. Oorzaken van stijging van financieringslasten in de gezondheidszorg waren onder andere autonome kostenstijgingen, evolutie van verstrekkingspakketten, zowel naar omvang als door verbetering van de kwaliteit en groei van het gebruik van voorzieningen.

Sinds invoering van de wettelijke ziektekostenverzekering heeft nooit inkrimping van aanspraken plaats gevonden (behoudens in de vorm van invoering van eigen bijdragen). Nieuwe verworvenheden en mogelijkheden hebben steeds geleid tot claims op de gezondheidszorg, op grond van het recht van de burger op adequate, financieel toegankelijke voorzieningen. Uitbreiding van aanspraken vond vrijwel als een autonoom proces plaats, soms zelfs met aanspraken, waarvan men zich zou kunnen afvragen of deze wel thuis horen in een op solidariteit gebaseerd stelsel. Een regelmatige evaluatie van nut en doelmatigheid van voorzieningen, van de vraag of voorzieningen al dan niet beantwoorden aan een werkelijke behoefte, heeft niet plaats gevonden. Het stelsel van wettelijke ziektekosten is evenmin kritisch bezien vanuit de vraag of het

voldoende rekening houdt met de veranderde maatschappelijke positie van de verzekerde, almede met veranderde maatschappelijke opvattingen.

Nu de grenzen van de financiële mogelijkheden in zicht komen, komt dit stelsel zelf ter discussie. De betaalbaarheid van voorzieningen, maar ook de legitimiteit daarvan als onderdeel van een wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel, de ongelijkheid van lastenverdeling en de onderlinge solidariteit zijn hierbij aan de orde. Deze en andere vragen geven aanleiding tot een discussie over de vraag hoever de overheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg zich dient uit te strekken. Voorop staat dat een goede financiële regeling van de toegang tot de gezondheidszorg noodzakelijk is zowel voor de patiënt uit hoofde van zijn recht op gezondheidszorg, maar ook vanwege de kwaliteit van de hulp, die mede wordt bepaald door zekerheid en continuïteit van financiering.

Aan het huidige wettelijk ziektekostenstelsel zijn in dit opzicht een aantal bezwaren verbonden. Zo is de verplichte ziekenfondsverzekering beperkt gebleven tot de kring van loontrekkers, ondanks het bij invoering van de Ziekenfondswet beoogde tijdelijke karakter daarvan. In beginsel bestaat voor iedereen met een inkomen beneden een wettelijk gestelde grens de mogelijkheid zich in het ziekenfondsenstelsel te verzekeren tegen kosten van geneeskundige verzorging. Hoewel er bij de ziekenfondsverzekering sprake is van gelijke rechten ongeacht of men verplicht, vrijwillig, dan wel bejaard verzekerd is, is toetreding tot die verzekering niet op dezelfde wijze geregeld. Het verplichte karakter is niet alleen gekoppeld aan een inkomensgrens, maar ook aan de status van werknemer. Voor deze vorm van verzekering geldt een procentuele premieheffing naar loon en dus naar draagkracht. Ook bij de bejaardenverzekering vindt in zekere mate verdeling van lasten naar draagkracht plaats. Bij de vrijwillige verzekering daarentegen is sprake van een heffing van een per regio vast te stellen nominale premie. Zowel bij de bejaarden als bij de vrijwillige verzekering zijn er problemen met de financiering.

Een rechtsgrond voor een wettelijke regeling van de verzekering is in ieder geval aanwezig voor die groepen van de bevolking waarvoor een relatief zware financiële belemmering bestaat voor de toegang tot de gezondheidszorg. Een dwingende reden voor optreden van de wetgever zou minder aanwezig zijn voor de dekking van lichtere risico's van groepen uit de bevolking, die de kosten daarvan al dan niet via een niet-verplichte verzekering zelf kunnen dragen.

Hoewel de uit het recht op gezondheidszorg voortvloeiende gelijke toegankelijkheid van voorzieningen wel wordt gehanteerd als argument voor invoering van een algehele verplichte verzekering tegen ziektekosten 6), gaat het veeleer om een keuze, dan om een aan dit recht noodzakelijkerwijs verbonden konsekwentie. Leenen wees in 1971 reeds op het feit dat uit bedoeld recht geen dwingende argumentatie volgt voor of tegen een volksverzekering. 7) Neemt men de solidariteit als uitgangspunt, dan zou men aan een volksverzekering kunnen denken. Neemt men primair de financiële draagkracht als invalshoek voor argumentatie voor een regulerend optreden van de wetgever, dan lijken tenminste een verplichte volksverzekering met een goed omschreven, beperkt verstrekkingenpakket voor werknemers en niet-loontrekkenden met een inkomen beneden een bepaalde welstandsgrens alsmede een volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's noodzakelijk.

Uitgaande van de gedachte van een beperkte volksverzekering en een algemene verzekering voor zware geneeskundige risico's is een heroverweging op de omvang van de wettelijke aanspraken aangewezen. De omvang van de rechten dient immers met de doelstelling van de wettelijk geregelde verzekering in overeenstemming te zijn. Dit zou een verschuiving kunnen betekenen tussen aanspraken zoals deze momenteel over de ziekenfondsverzekering en de verzekering tegen zware geneeskundige risico's zijn verdeeld. 8)

Tmeer daar de collectieve sector teruggedrongen moet worden is een dergelijke bezinning op de aard van de voorzieningen waarvoor de toegang wettelijk gegarandeerd dient te zijn op zijn plaats. Dit houdt onder meer in screening van aanspraken op daarin geslopen oneigenlijke elementen. Tevens dient nagegaan te worden of bepaalde voorzieningen zich zelf niet hebben overleefd in die zin, dat onder meer door gewijzigde opvattingen dan wel gewijzigde patronen in de samenleving geen behoefte aan die voorzieningen meer bestaat. Handhaving van dergelijke voorzieningen betekent handhaving van achterhaalde uitgaven ten laste van de collectieve sector. Hierdoor worden middelen onttrokken aan voorzieningen voor gezondheidszorg, waar inzet kwantitatief en/of kwalitatief meer aangewezen is. Ook belemmert dit het creëren van nieuwe voorzieningen.

In dit verband wordt afgrenzing van de sector gezondheidszorg ten opzichte van andere sectoren van belang. Zo is het bij discussies omtrent afstemming van wetgeving tussen de sector gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening 9) noodzakelijk te onderkennen dat in de gezondheidszorg grotendeels sprake is van

financiering uit hoofde van een stelsel van premieheffingen. 10) Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat verworven rechten in de gezondheidszorg uit hoofde van een afstemmingsbeleid worden aangetast, waarmee de grondslag voor het huidige ziektekostenstelsel ter discussie komt te staan. 11)

Bij bezinning op het huidige wettelijke ziektekostenstelsel speelt een rol dat de eerder in hoofdstuk I aangegeven ontwikkeling van de verzorgingstaak van de overheid naar een bevorderingsopvatting ook pleit voor een differentiatie in het systeem. Een dergelijke differentiatie is vervat in de aan de verschillende adviesorganen voorgelegde suggestie omtrent een mogelijke wijziging van het stelsel van ziektekosten. 12)

Aangezien wettelijke regelgeving zich niet behoeft te beperken tot het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg, maar ook gericht kan zijn op andere verzekeringsvormen, kan een keuzevrijheid worden geïntroduceerd binnen daaraan door de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg te stellen randvoorwaarden. Ongeacht de vraag of een dergelijk stelsel zich moet richten op een basispakket van voorzieningen, waarvoor de overheid garanties stelt en voor welke onderdelen van de gezondheidszorg voor welke groeperingen van de bevolking sprake moet zijn van een verzekeringsplicht van rechtswege in een of andere vorm (een verzekeringsrecht gekoppeld aan verplichte premiebetaling via bijvoorbeeld belastingheffingen is hierbij een van de mogelijke varianten), en of, en zo ja in hoeverre sprake dient te zijn van een eigen risico aan de voet, dan wel een eigen bijdrage per verstrekking, 13) zullen voor de realisering van het recht op gezondheidszorg noodzakelijk geachte voorzieningen geen financiële belemmeringen mogen bestaan. Hierbij kan worden opgemerkt, dat een bepaalde verzekeringsvorm uit een oogpunt van rechtszekerheid de voorkeur verdient boven begrotingsfinanciering van gezondheidszorgvoorzieningen. Handhaving van een volksverzekering voor bepaalde zware geneeskundige risico's lijkt uit een oogpunt van overheidsverantwoordelijkheid voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg eveneens voor de hand te liggen. Een zekere mate van privatisering hoeft voorts met die verantwoordelijkheid niet noodzakelijkerwijs in strijd te zijn. 14)

Wil een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen maatschappelijk aanvaardbaar zijn, dan is zorgvuldig voorbereide op inhoudelijke studie gebaseerde besluitvorming vereist. Meningen van consumenten en hulpverleners dienen hierbij te worden gehoord.

Naast de inhoudelijke beoordeling van het bestaande pakket van voorzieningen stellen financieringsgrenzen ook de vraag aan de orde welke criteria moeten worden gehanteerd bij het introduceren van nieuwe voorzieningen. Het automatisme waarmee veelal nieuwe methoden en technieken zonder voorafgaande inhoudelijke afweging via wettelijke verzekeringen toegankelijk worden gemaakt, dient te worden doorbroken. Medisch-technisch mogelijk zijn legitimeert niet zonder meer het financieel toegankelijk maken daarvan in een verplicht verzekeringsstelsel. Dit is de vraag van de prioriteitenstelling. Maatschappelijke opvattingen over hetgeen in het kader van het recht op gezondheidszorg financieel toegankelijk dient te zijn, spelen uiteraard ook een belangrijke rol. De keuze van pakket en prioriteiten dienen expliciet in het parlement aan de orde te komen bij de begrotingsbehandeling en de discussies omtrent het FOG. 15)

#### Noten bij paragraaf 5, hoofdstuk IV

- 1) Zie o.a. Tweede kamer, Handelingen, 11 juni 1980, blz. 5206, 5296, 5297 en 5304.
- 2) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16400, hfdstk. XVII, nr. 65, blz. 10. Zie ook FOG 1984, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18100 hoofdstuk XVI, nr. 9, blz. 3, waar wordt gesproken van een 'taakstellend financieel kader ter bevordering van een onderling samenhangend en consistent beleid voor de gezondheidszorg'.
- 3) Advies inzake het Financieel Overzicht Gezondheidszorg, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk, november 1980, blz. 51; zie ook Ziekenfondsraad, nader advies inzake de Wet Tarieven Gezondheidszorg, nr. 117, 1980, blz. 3-5.
- 4) Tweede Kamer, UCV-35, 19 februari 1981, blz. 19.
- 5) Zie eerder genoemd advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van 1980, blz. 40-43; zie ook Ziekenfondsraad, Financieel Overzicht Gezondheidszorg, 1980, nr. 137, blz. 11.
- 6) Voorstellen hiertoe zijn o.a. ontwikkeld door de Sociaal Economische Raad in zijn advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging, 's-Gravenhage, 1973, nr. 19.
- 7) H.J.J. Leenen, Een volksverzekering voor gezondheidszorg? Medisch Contact, 1971, nr. 17.



- 8) Een evenwichtige opbouw van de in het kader van de Ziekenfondswet resp. AWBZ geldende aanspraken is niet gerealiseerd. Zo kan bv. de voor het eerste jaar onder de werking van de Ziekenfondswet vallende ziekenhuisverpleging (inclusief specialistische hulp) als een zwaarder risico worden beschouwd dan bv. hulp vanwege een Kruisorganisatie die in het kader van de AWBZ is geregeld. Psychotherapie, indien verleend in een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg vormt een onderdeel van de AWBZ-verstrekkingen; indien gegeven vanuit de polikliniek vormt de Ziekenfondswet de wettelijke financieringsbron.
- 9) Zie Wetgeving Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18111, nr. 1, blz. 7 e.v.
- 10) Zie ook het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de onderlinge afstemming van de Kaderwet Specifiek Welzijn en de WVG, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181, nr. 10, bijlage, blz. 6.
- 11) Denkbaar is dat via premieheffing bijeengebrachte middelen worden aangewend voor voorzieningen waarop geen wettelijke aanspraken bestaan. Ook is het mogelijk dat op wettelijke ziektekostenverzekeringen berustende financiering van bepaalde voorzieningen wordt omgezet in een andere financieringsvorm.
- 12) Zie de aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de SER en de Ziekenfondsraad gerichte adviesaanvraag d.d. 18 april 1983, DG Vgz/VKG/VZ, nr. 154344.
- 13) In het rapport 'Toekomstverkenningen', deel 2 ontwikkelt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid een aantal visies, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1983. Zie ook SER, Advies verstrekkingenpakket wettelijke ziektekostenverzekeringen, publikatie nr. 30, 's-Gravenhage, 1983.
- 14) Zie H.F.F. Rutten, Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg, Openbare Uitgaven, 1983, nr. 15, blz. 328-343.
- 15) Recente adviesaanvragen aan de Gezondheidsraad inzake transplantatie van organen en inzake grenzen van de zorgverlening gericht aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wijzen erop dat prioriteitenstelling door de overheid wordt voorgestaan. Zie met name de aan de Gezondheidsraad gerichte adviesaanvraag inzake de algemene transplantatieproblematiek d.d. 16 december 1983 en de aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid op 10 januari 1984 gezonden adviesaanvraag inzake grenzen van de zorg; zie ook terzake Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18100 hoofdstuk XVI, nr. 26.

## 6. Internationale regelgeving

Ter bevordering van optimalisering van mogelijkheden voor realisering van het recht op gezondheidszorg is grotere internationale samenwerking noodzakelijk. Bundeling van know-how en beschikbare medische mogelijkheden en voorzieningen van gespecialiseerd niveau op internationaal vlak, bijvoorbeeld in het kader van de Europese Gemeenschappen zal bijdragen aan een doelmatiger en beter betaalbaar voorzieningenpakket. Nationale beschikbaarheid wordt dan vervangen door internationale. 1) In het kader van de EG is tot nu toe geen sprake geweest van afstemming van regelingen gericht op beschikbaarheid of toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Een harmonisatie wordt op dit punt uit beleidsmatig politieke overwegingen niet voorgestaan. Zonder dat hiertoe in de lidstaten gelijke wettelijke financieringsregelingen nodig zijn, kan de bereikbaarheid en toegankelijkheid met name voor geavanceerde en kostbare voorzieningen op tenminste het niveau van de EG worden vergroot. Dit vereist op functionele beschikbaarheid gerichte wettelijke regelingen op internationaal vlak, alsmede regels met betrekking tot financiële toegankelijkheid, in te passen in het kader van nationale wettelijke regelingen, ook al zijn die gedifferentieerd. De toegankelijkheid van deze voorzieningen in financieel opzicht kan voorts worden bevorderd door ook voor particulier verzekerden terzake in het kader van de EG richtlijnen op te stellen.

Een door de Commissie voor milieubeheer, volksgezondheid en consumentenbescherming van het Europees Parlement opgestelde resolutie voor een Europees Handvest voor de rechten van de patiënt bevat een dergelijk voorstel voor een verbreding van de bereikbaarheid en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen op Europees niveau. 2)

Kwaliteitsoverwegingen kunnen in ieder geval geen belemmering vormen voor realisering van een dergelijk voorstel, aangezien op Europees niveau minimum aan beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg te stellen opleidingseisen zijn geformuleerd. (Zie hoofdstuk III, paragraaf 1).

### Noten bij paragraaf 6, hoofdstuk IV

- 1) H.D.C. Roscam Abbing, *International organizations in Europe and the right to health care*, Kluwer, Deventer, 1979, blz. 255-257.
- 2) Europese Gemeenschappen, Europees Parlement, Zittingsdocumenten 1983-1984, document 1-970/83, d.d. 4 november 1983.