

(113 230)

Basisgegevens

van de Nederlandse en Belgische systemen
van gezondheidszorg en sociale zekerheid
bij ziekte en invaliditeit



Basisgegevens

van de Nederlandse en Belgische systemen
van gezondheidszorg en sociale zekerheid
bij ziekte en invaliditeit

onder redactie van

R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee

Uitgegeven ter gelegenheid van het congres 'Het gras aan gene zijde',
georganiseerd bij het eerste lustrum van 'Gezondheid en Samenleving';
21 en 22 maart 1985

Omslag en figuren: Mieke Cornelius

ISBN 90 6001 955 5

© 1985 Van Loghum Slaterus bv, Deventer

Behoudens uitzondering door de Wet gesteld, mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht c.q. de uitgever van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

De uitgever is met uitsluiting van ieder ander onherroepelijk door de auteurs gemachtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2 der Auteurswet 1912 en in het K.B. van 20-7-'74 (Stb. 351) ex artikel 16b der Auteurswet 1912, te doen innen door en overeenkomstig de reglementen van de Stichting Reprorecht te Amsterdam.

INHOUD

	<u>Blz.</u>
1. INLEIDING R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee.	7
2. GEZONDHEIDSTOESTAND EN DE BEHOEFTE AAN GEZONDHEIDSZORG M. Foets en J. van der Zee.	15
3. AANBODSZIJDE IN DE BELGISCHE EN NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG P.P. Groenewegen en X. Leroy.	43
4. FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIË J. Heesters en J. Kesenne.	77
5. WET- EN REGELGEVING OP GEBIED VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË EN NEDERLAND H. Nys en L.J.M. de Leede.	135
AUTEURS	165

1. INLEIDING

R.F. Peeters, F.C.J. Stevens en J. van der Zee

Stel, men organiseert een conferentie over de Belgische en Nederlandse systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid en men vraagt een aantal deskundigen om informatie te verschaffen over elk van beide systemen. Men loopt dan het volgende risico: òf de sprekers voelen zich geroepen om ieder voor zich in extenso uit te leggen op welke punten de systemen van beide landen verschillen in algemene zin, voordat ze toekomen aan hun eigenlijke onderwerp, òf ze veronderstellen deze algemene informatie als bekend en gaan direct over tot de orde van de dag. Ook is het niet uitgesloten, dat ze zich slechts ten dele bewust zijn van het bestaan van verschillen. Om deze risico's te voorkomen is dit boek geschreven ter gelegenheid van het congres 'Het gras aan gene zijde, systeemvergelijking van de Belgische en Nederlandse gezondheidszorg en sociale zekerheid op gebied van ziekte en invaliditeit'.

De systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid hebben in beide landen een volstrekt eigen weg gevolgd: in België sterk beïnvloed door het Franse systeem; in Nederland van oudsher sterk op Duitsland georiënteerd (het huidige ziekenfondsstelsel dateert zelfs nog uit de bezettingstijd, nadat overheid, vakbeweging en medische professie bijna 30 jaar vergeefs hadden gebakkeleid over een regeling).

Toch is er van een zekere convergentie sprake. Tegenwoordig probeert vrijwel elk land zijn systeem van ziektekosten en sociale zekerheid te hervormen om op deze wijze de steeds toenemende kosten van de gezondheidszorg en sociale zekerheid in te dammen. Daarbij kijkt men vaak over de grens, naar de inrichting van een systeem van gezondheidszorg in andere landen. In België zijn er voorstanders van het verlaten van de 'prestatie-geneeskunde' (de geneeskunde, betaald per verrichting) naar een 'forfaitaire geneeskunde' (een abonnementshonorarium). In Nederland kan men in huisartsenkringen geluiden horen, die het vigerende abonnementssysteem willen vervangen door een (gedeeltelijk) verrichtingensysteem. Uit de kringen van kinderartsen in Nederland komen geluiden over de wenselijkheid om direct toegankelijk te zijn voor patiënten, terwijl sommige Belgische huisartsen invoering van een strakke echelonnering propageren.

Zeker bij twee qua origine en functioneren zo sterk verschillende systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid, is vergelijking een (juist door de grote verschillen) moeilijke, maar belangwekkende zaak. Het leert ons dat het zonder blikken of blozen ook geheel anders kan, al moet men wel bedenken dat ieder systeem in een zeker evenwicht verkeert en dat verandering op een bepaald onderdeel niet alleen de nodige maatschappelijke weerstand opwekt bij groepen die de status quo als 'verworvenheid' beschouwen, maar ook onbedoelde veranderingen teweeg kan brengen in andere delen van het systeem.

Opzet van het boek

Een zekere ordening dient te worden aangebracht als men complexe systemen wil vergelijken; men moet in de veelheid van details hoofden en bijzaken kunnen onderscheiden. Verschillende ordeningsprincipes

zijn daarvoor mogelijk. Men kan zich concentreren op de behoeften van de bevolking, op de vraagzijde zoals economen zouden zeggen. Landen, maatschappijen, volkeren verschillen in 'gemiddelde' gezondheidstoestand en in de daarvan afgeleide behoefte aan medische of paramedische professionele zorg. Ook kan men uitgaan van de 'leveranciers' van gezondheidszorg. De bekende Wet van Roemer luidt: a bed built is a bed filled! Aanbod schept vraag! Ambtenaren ten departemente benadrukken het belang van wetgevende maatregelen - vestigingswetgeving, beheersing van het aantal beroepsbeoefenaren door de instroom in het hoger onderwijs te beperken door numerus clausus, regulering van bevoegdheden, tuchtrechtspraak - terwijl hun collegae van de financieringsinstellingen heilig geloven in het effect van regeren met de koorden van de beurs.

De lezer zal wel voelen aankomen, dat de samenstellers van dit boek al deze benaderingen op zich zelf te eenzijdig vinden. Noch 'behoefte' noch 'aanbod' noch wetgeving en financiering op zich zelf bepalen het gebruik van voorzieningen, maar juist de combinatie ervan.

Deze gedachtengang is ontleend aan het werk van de Canadese econoom Robert Evans (Evans, 1981), wiens stelling is dat het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg een functie is van eigenschappen van consumenten (gezondheidstoestand bijvoorbeeld), hoeveelheid en hoedanigheid van producenten van zorg (aanbodfactoren) onder invloed van legale en financiële randvoorwaarden, die overheid en (als ze apart bestaan) verzekeraars van de zorg aan de interactie tussen zorgbehoefte en zorgaanbod stellen.

Let vooral op het woord 'gebruik'. Hiermee is niet bedoeld de 'vraag' naar zorg. Het is de gerealiseerde vraag; de vraag die tot stand komt als functie van de hierboven genoemde krachten in de gezondheidszorg.

De vier elementen in het krachtenveld (Behoefte, Aanbod, Financiering en Verzekering en Wetgeving) vormen evenzovele hoofdstukken van dit boek.

In de hoofdstukken wordt basisinformatie bijeengebracht, maar worden naar verhouding weinig conclusies getrokken. De vraag hoe de aange troffen verschillen het gebruik van voorzieningen van gezondheidszorg en sociale zekerheid beïnvloeden, wordt niet of slechts verkennenderwijs beantwoord. Als we dat gedaan zouden hebben (afgezien van de vraag of de redactie ertoe in staat was geweest), dan zou het Congres overbodig zijn geweest.

Praktische problemen

In de praktijk is het niet zo eenvoudig, zelfs als afstanden kort en taalproblemen afwezig zijn, om feitelijke vergelijkingen te produceren. In een bijdrage omtrent de problematiek van internationaal vergelijkend onderzoek (Berting, Geyer & Jurkovich, 1979) maakt Berting een onderscheid tussen drie problemen die macro-sociologische vergelijkingen tussen landen kenmerken: organisatieproblemen, problemen van theoretische en methodologische aard en tekort aan gegevens. Onderliggende

publicatie biedt een gelegenheid deze driedeling aan te houden en met enkele voorbeelden te beschrijven.

Organisatieproblemen zijn er wel geweest, maar hebben in feite het minst doorgewogen op het resultaat van de samenwerking. In de eerste plaats is dit boek tot stand gekomen met een minimale financiële steun. Diegenen die ervaring hebben met dit soort samenwerking zullen weten dat vooraleer de subsidiëringstoezeggingen in alle meewerkende landen rond zijn er reeds enkele jaren verlopen kunnen zijn. In de tweede plaats is eerder geopteerd voor een samenwerking tussen individuen werkzaam in diverse instellingen dan voor een collaboratie tussen instellingen als zodanig. Tenslotte, en niet het minst belangrijk, is er nog het feit dat de auteurs zich op maximaal drie uur reizen van elkaar bevinden, wat er nog eens op wijst hoe klein onze lage landen zijn. Het vergaderen en bespreken van eerste en bewerkte versies van de verschillende hoofdstukken is daarom zonder grote moeilijkheden verlopen.

Anders is het vaak vergaan met de moeilijkheden van theoretische en methodologische aard.

In de eerste plaats moeten equivalentieproblemen genoemd worden: vormelijke gelijkheid en of gelijkaardigheid kan bedriegen en naar verschillende inhouden verwijzen. Dit is onder andere zo bij het beschrijven van indicatoren van de gezondheidstoestand en de behoefte aan gezondheidszorg (hoofdstuk 2). Een voorbeeld daarvan betreft de definitie van gehandicapt zijn: tellingen wijzen uit dat er in Nederland vijfmaal meer minder-validen zijn dan in België, een verschil dat enkel verklaard kan worden door een andere definitie van het fenomeen. Een voorbeeld uit de sfeer van het aanbod (hoofdstuk 3) is het verschillend gebruik dat van de term 'fysiotherapeut' wordt gemaakt in België en Nederland. Het probleem van de equivalentie is overigens voor de vergelijking van het aanbod in het algemeen overduidelijk. De oplossing die de auteurs van dat hoofdstuk voorstellen, is de beschrijving te plaatsen op een hoger abstractieniveau: waar directe vergelijkbaarheid moeilijk is, wordt een hele groep hulpverleners of een hele sector van het aanbod beschreven.

In de tweede plaats moet het gebrek aan conceptuele helderheid en de afwezigheid van goede sociale indicatoren voor de theoretisch relevante macro-verschijnselen genoemd worden. Hoewel onderliggend boek enkel beschrijvende ambities heeft en de diverse hoofdstukken dergelijke theoretische vraagstelling niet rechtstreeks raken, kan hier gewezen worden op een begrip als toegankelijkheid. Men kan daarbij de vraag stellen of de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen in België groter is dan in Nederland. Aan het begrip toegankelijkheid zijn echter verschillende aspecten te onderscheiden, zoals formele of institutionele toegankelijkheid en geografische toegankelijkheid. Eenzelfde vraag kan bijvoorbeeld gesteld worden aan de hand van het begrip samenhang tussen voorzieningen.

Tenslotte kan op een hele reeks moeilijkheden gewezen worden die te maken hebben met het (geheel of gedeeltelijk) ontbreken van gegevens

en de onvolledigheid van gegevens.

In het ene land zijn gegevens beschikbaar die in het andere compleet ontbreken. Dit geldt bijvoorbeeld voor cijfers over ziekenhuis-morbiditeit, die in Nederland op grote schaal verzameld worden en in België slechts incidenteel. Voor gegevens over verrichtingen in de huisartspraktijken geldt het omgekeerde. Doordat de huisartsenzorg in België per verrichting gehonoreerd wordt, worden deze verrichtingen ten behoeve van de uitvoering en controle van het stelsel geadmini-streerd. In de Nederlandse gezondheidszorg met zijn abonnementssysteem zijn de enige gegevens over het doen en laten van huisartsen, die ge-administreerd worden, de verwijzingen naar specialisten, die wel per verrichting betaald worden. In België bestaat een registratie van kankergevallen, terwijl gegevens hierover in Nederland grotendeels ontbreken. Het alternatieve aanbodcircuit is in beide landen statis-tisch onbestaand.

Daar waar gegevens bestaan, treedt het probleem van de vergelijk-baarheid op. Waar vergelijking van sterftecijfers tussen beide landen nog enigszins kan, is dit voor morbiditeitsgegevens erg moeilijk. Helemaal onmogelijk wordt het wanneer men resultaten van de schaarse bevolkingssurveys wil vergelijken, die in beide landen gehouden zijn. Daarin zijn pogingen gedaan om de behoefte aan gezondheidszorg vast te stellen door enquêtevragen over de beleving van de eigen gezondheid en over klachten. In dit soort gevallen wegen verschillen in de formule-ring van vragen erg zwaar.

In het hoofdstuk over de aanbodzijde treedt het probleem van de vergelijkbaarheid op bij vergelijking van het beddenaanbod. Het grote verschil in het aantal verpleeghuisbedden maakt een vergelijking tus-sen het aantal bedden in acute instellingen in België en in algemene ziekenhuizen in Nederland problematisch.

Ten aanzien van de onbetrouwbaarheid van bepaalde gegevens en de moeilijkheid deze in te schatten, moet gedacht worden aan statistieken over alcoholconsumptie en over doodsoorzaken. Gevonden verschillen tussen twee landen kunnen wijzen op reële verschillen of op artefacten ten gevolge van de wijze van definiëren van bepaalde verschijnselen (zoals het hogergenoemde voorbeeld van de handicaps) of ten gevolge van nog andere factoren. Telkens moet men er zich van bewust zijn dat statistische data context-gebonden zijn en dus geïnterpreteerd moeten worden binnen het geheel waaruit ze vandaan komen. In ieder geval kan worden gezegd - en het voorbeeld van de handicaps is hier weer ter-zake - dat gebruikte definities de realiteit maken, maar ook omge-keerd, dat de realiteit de definities creëert.

Nergens is deze context-gebondenheid echter zo belangrijk als in de vergelijking van statistieken met betrekking tot kosten en finan-ciering. De financiering van de diverse verzekeringsrisico's in Neder-land en België verschilt omdat deze ingebouwd zit in een verschillende organisatiestructuur. De uitgaven voor arbeidsongeschiktheid zijn bij-voorbeeld moeilijk vergelijkbaar omdat ze niet eenduidig en als zoda-nig ingeschreven staan onder dezelfde budgetposten in beide landen. Het is wellicht ook daarom dat het hoofdstuk over financiering het minst heeft geleid tot een geïntegreerde voorstelling van de situatie in beide landen.

Tot slot

Een inleiding op deze studie waarin beschrijvende gegevens worden gepresenteerd, hoeft niet al te lang te zijn.

Zij is wat langer geworden dan de inleiding die Huyse en Berting (1983) schrijven voor hun verzamelbundel met opstellen over een aantal aspecten van de Belgische en Nederlandse samenleving. Huyse en Berting volstaan met een honderdtal woorden en gaan dan over tot de orde van de dag.

Wij hebben gemeend Uw geduld iets langer op de proef te stellen.

LITERATUUR

- Berting, J., What is the use of international comparative Research?
in: Berting, J., F. Geyer en R. Jurkovich (eds.), **Problems in international comparative research in the social sciences**. Oxford, Pergamon Press, 1979.
- Evans, R.G., Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry, in: Van der Gaag, J. en M. Perlman (eds.), **Health, Economics and Health Economics**. Amsterdam, North Holland publishing company, 1981.
- Huyse, L. en J. Berting, Als in een spiegel? Een sociologische kaart van België en Nederland. **Tijdschrift voor Sociologie**, 4, 1983, p.1-271.

2. GEZONDHEIDSTOESTAND EN DE BEHOEFTE AAN GEZONDHEIDSZORG

M. Foets en J. van der Zee

- 2.1. INLEIDING
- 2.2. ALGEMENE DEMOGRAFISCHE GEGEVENS
 - 2.2.1. Nataliteit
 - 2.2.2. Samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht
- 2.3. KLASSIEKE GEZONDHEIDSINDICATOREN
 - 2.3.1. Sterftecijfers
 - 2.3.1.1. De algemene sterfte
 - 2.3.1.2. Levensverwachting
 - 2.3.1.3. Zuigelingensterfte
 - 2.3.1.4. Leeftijdsspecifieke sterftecijfers
 - 2.3.2. Morbiditeitscijfers en invaliditeitscijfers
- 2.4. RISKANTE GEWOONTEN
 - 2.4.1. Consumptie van alcohol
 - 2.4.2. Tabak
 - 2.4.3. Ongevallen in het verkeer

2.1. INLEIDING

De vraag die wij in deze bijdrage willen stellen is: In welke mate verschilt in algemene zin de gezondheidstoestand van de inwoners van België en Nederland, en zijn deze verschillen veranderd in de afgelopen 30 jaar. In termen van ons analyseschema gaat het om indicatoren voor de vraagzijde in de gezondheidszorg.

In hoofdstuk 1 is al uiteengezet dat we hier de term 'vraag' niet als een aanduiding van de 'gerealiseerde vraag' ofwel de consumptie van gezondheidszorg gebruiken, maar dat 'vraag' hier eerder verwijst naar gezondheidstoestand en behoefte aan zorg; factoren die, samen met de factoren aan de aanbodzijde, het uiteindelijk gebruik van de voorzieningen beïnvloeden. Het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg en het beroep dat gedaan wordt op regelingen van sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit, is een functie van vraagfactoren (behoeftefactoren) en aanbodfactoren onder bepaalde randvoorwaarden die meestal in termen van financieringsregelingen en wettelijke bepalingen zijn omschreven.

Met bovengenoemde omschrijving van 'vraag' is meteen een probleem gegeven bij het kiezen van de operationalisering van dit begrip. Om een zuiver beeld van de factoren aan de vraagzijde te krijgen, zou men indicatoren moeten kiezen die niet gecontamineerd zijn met het gebruik van voorzieningen. De meeste indicatoren die geacht worden de gezondheidstoestand van de bevolking aan te geven zijn dat echter wel. Gegevens over morbiditeit in ziekenhuizen en over ziekenhuisopnamen en over werkverzuim geven weliswaar een indruk van de aard en de intensiteit van het voorkomen van ziekten in een samenleving, maar zijn tegelijkertijd sterk beïnvloed door de twee andere factoren die het gebruik van voorzieningen bepalen, namelijk aanbodfactoren en financiële- en wettelijke randvoorwaarden.

Met deze beperkingen voor ogen moet men het eerste hoofdstuk in de reeks lezen. Gezocht is naar indicatoren die zoveel mogelijk los van het gebruik van voorzieningen de behoefte aan zorg indiceren. Dit betekent een tamelijk sterke beperking. Een tweede beperking is gelegen in de eis dat in deze publicatie alleen gegevens worden gebruikt die zonder al te veel moeite vergelijkbaar zijn tussen België en Nederland.

Er zijn vele factoren denkbaar, die naast de gezondheidstoestand de behoefte aan gezondheidszorg en de neiging om van voorzieningen gebruik te maken, beïnvloeden. Het is ook heel wel denkbaar dat de inwoners van Nederland en België op dit gebied verschillen. Zo er echter al gegevens voorhanden mochten zijn, dan is de vergelijkbaarheid daarvan minimaal.

Het is een belangwekkende vraag of er culturele verschillen bestaan in opvattingen over ziekte en gezondheidszorg tussen groepen in de Belgische en Nederlandse bevolking die vele zaken gemeenschappelijk hebben, maar verschillen in hun geografische positie ten opzichte van de grens tussen beide landen. We geraken dan aan het soort onderzoek dat Van Heek (1954) verrichtte onder bewoners van de Belgische en Ne-

derlandse Kempen, teneinde verschillen in geboorteniveau tussen beide gebieden te bestuderen en de bijzonderheid van het geboorteniveau van de Nederlandse Rooms-katholieken te illustreren. Als het congres 'Het gras aan gene zijde' een stimulans is voor het entameren van zulk onderzoek, dan zijn wij boven verwachting in onze opdracht geslaagd. Voor een publicatie over 'basisgegevens' zullen we dit onderwerp echter laten rusten en ons beperken tot enkele ruwe, maar wel tamelijk goed vergelijkbare indicatoren van de factoren aan de vraag- en behoeftezijde van gezondheidszorg.

Over het meten van gezondheidstoestand is veel literatuur verschenen, die vooral wijst op de feilen die aan de verschillende wijzen van meten (biometrische methoden, oordelen van medici, door patiënt zelf gegeven beschrijvingen, enquêtegegevens) kleven. De keuze van indicatoren is dus tamelijk arbitrair, maar andere mogelijkheden om gezondheidstoestand te meten dan door gebruik te maken van bepaalde parameters die meestal in indirecte zin betrekking hebben op zaken als gezondheid, zijn echter uitgesloten. De belangstelling voor gezondheidsindicatoren is reeds enkele decennia oud en kan gerelateerd worden aan diverse historische trends, met name (Patrick en Guttmacher, 1983):

- a) het toenemend aandeel van chronische aandoeningen;
- b) de toenemende complexiteit van gezondheidszorgvoorzieningen en van gezondheidstechnologie;
- c) de stijging van de kosten voor gezondheidszorg;
- d) de toenemende rol van de overheid in de gezondheidszorg.

Inmiddels is er een uitgebreid scala van indicatoren ontwikkeld, waarvan de verschillen in grote mate zijn terug te voeren op verschillen in doelstellingen waarvoor de instrumenten zijn ontwikkeld én op verschillen in definities van het begrip gezondheid.

Omdat het hier de bedoeling is enige vergelijking te maken tussen de gezondheidstoestand van de Nederlandse en van de Belgische bevolking, zijn we in onze keuze beperkt tot een aantal klassieke indicatoren. De meest gebruikte indicatoren voor de gezondheid van de bevolking (in westerse, ontwikkelde samenlevingen) zijn mortaliteitscijfers en cijfers over ziekte en invaliditeit. Meestal wordt gezondheid dus geïndiceerd via de meting van het complement, namelijk ongezondheid, in diverse vormen: sterfte, gezondheidsstoornissen en handicaps, met andere woorden, de behoefte die mensen vertonen aan gezondheidszorg (Laporte, Van Hecke en Berghmans, 1981).

Het centrale gedeelte van deze bijdrage zal dus bestaan uit de presentatie van sterfte-, morbiditeits- en invaliditeitscijfers voor zover ze voor beide landen vergelijkbaar zijn. Bij wijze van inleiding, zullen deze gegevens voorafgegaan worden door een aantal algemenere demografische gegevens, met name de nataliteit en de verdeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht. Deze gegevens zijn om twee redenen van belang. Ten eerste geven ze ook een eerste, en in het geval van het geboortecijfer specifieke, indicatie van de gezondheidsbehoeften van de bevolking. In de tweede plaats vormen deze gegevens een noodzakelijke achtergrond om de meer klassieke gezondheidsindicatoren juist te kunnen interpreteren.

Tenslotte zal ook een aantal gegevens worden gepresenteerd, die betrekking hebben op leefgewoonten. De toenemende belangstelling voor leefgewoonten als een indicator voor de vraagzijde in de gezondheidszorg heeft te maken met het feit, dat de gezondheidstoestand niet alleen samenhangt met een gebrek aan voedingsstoffen, maar ook met een teveel ervan, vooral in de sector genotmiddelen (alcohol, tabak).

2.2. ALGEMENE DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

2.2.1. Nataliteit

In tabel 2.1 kan men de evolutie van de nataliteit in België en in Nederland volgen en vergelijken. De cijfers geven het aantal levendgeborenen per duizend inwoners aan.

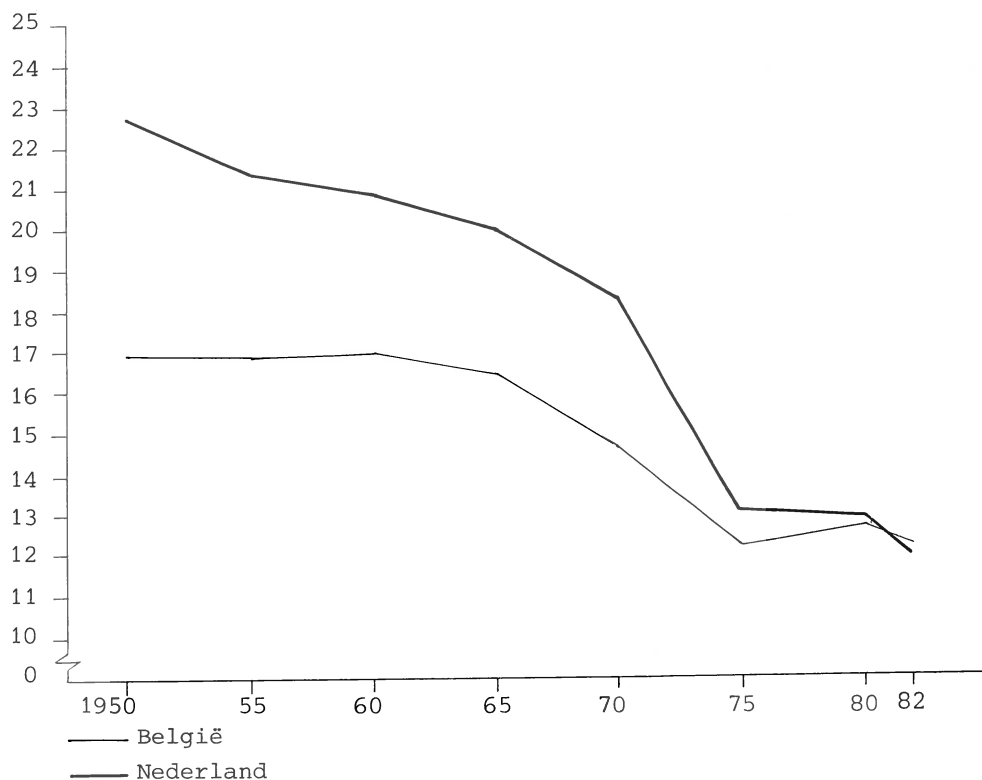
Tabel 2.1.: EVOLUTIE VAN DE NATALITEIT IN BELGIË EN IN NEDERLAND VANAF 1950 (AANTAL LEVENDGEBORENEN PER 1000 INWONERS).

Jaar	B	Nl	Index België 1950 = 100	
			B	Nl
1950	16.9	22.7	100	134
1955	16.8	21.3	99	126
1960	16.9	20.8	100	123
1965	16.4	19.9	97	118
1970	14.7	18.3	87	108
1975	12.2	13.0	72	77
1980	12.7	12.8	75	76
1981	12.6	12.5	75	74
1982	12.2	12.0	72	71

Bronnen: - Statistisch jaarboek van volksgezondheid, 1981, p. 49.
 - Tachtig jaren statistiek in tijdreeksen, 1979, p. 23.
 - Statistical yearbook of the Netherlands 1983, 1984, p. 21.

Van het grote verschil in geboortecijfer dat men nog in 1950 kon vaststellen is dertig jaar later niets meer te vinden. Beide landen produceren ongeveer twaalf (levend)geborenen per duizend inwoners. De ontwikkeling van het geboortecijfer heeft in Nederland veel dramatischer vormen aangenomen (een halvering bijna in 30 jaar tijd) dan in België, maar ook daar heeft het geboortecijfer vooral in de periode 1963/64 - 1973/74 de invloed van de orale anticonceptie merkbaar ondergaan. In Nederland daalde het geboortecijfer van rond de 21 per duizend in het begin van de jaren zestig tot rond de veertien à vijftien per duizend tien jaar later (een daling van 33%). In België van ongeveer zeventien per duizend naar dertien per duizend; toch ook altijd nog een daling van 25%. In beide landen is de decade '63-'73 van ingrijpende invloed

Figuur 2.1.: EVOLUTIE VAN DE NATALITEIT IN BELGIË EN NEDERLAND VANAF 1950 (AANTAL LEVENDGEBORENEN PER 1000 INWONERS).



op het geboortecijfer geweest.

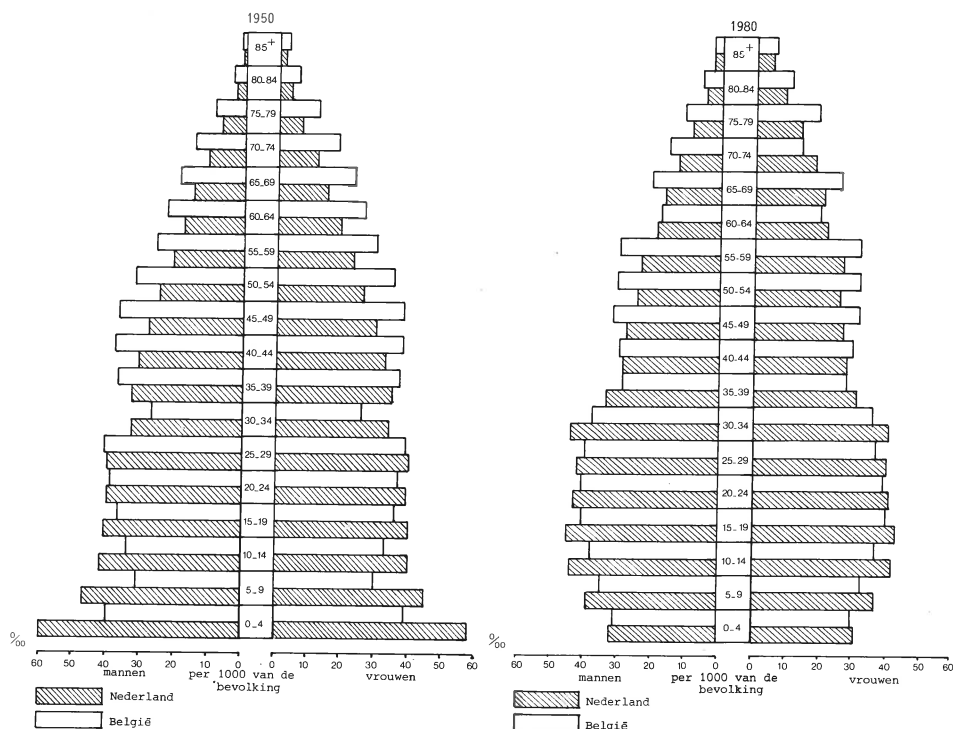
Een dergelijke 'verandering' zal zijn invloed nog lang doen voelen in beide samenlevingen. Het basis- en voortgezet onderwijs hebben de gevolgen al gemerkt; de arbeidsmarkt krijgt er nu mee te maken. De trendbreuk in de bevolkingsopbouw tussen de 'geboortegolf' (met name in Nederland) en het daaropvolgende 'dal' zal op het moment dat de 'golf-generatie' op grote schaal gebruik gaat maken van bijvoorbeeld collectieve financiële voorzieningen voor de oude dag, maatschappelijke problemen met zich meebrengen. De problemen zullen in Nederland sterker zijn dan in België, waar de trendbreuk zich, minder heftig, ná de 1^e wereldoorlog voordeed.

2.2.2. Samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht

De samenstelling van de bevolking van een land wordt meestal weergegeven met een zogenaamde bevolkingspyramide. Door de schaal waarop de pyramide is getekend te variëren, kan men de ontwikkeling van verschillen in de samenstelling in de tijd laten zien. Het is grafisch

niet doenlijk om én verschillen tussen België en Nederland én verschillen in de tijd laten zien. Voor twee tijdstippen (1950 en 1980) zijn de bevolkingspyramiden getekend. België en Nederland kunnen zo met elkaar worden vergeleken.

Figuur 2.2.: SAMENSTELLING VAN DE BEVOLKING VAN BELGIË EN NEDERLAND NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT (1950 EN 1980).



Bronnen: - Statistisch jaarboek van België, 1981, tabel 11c.
 - Statistisch zakjaarboek, 1981, p.26.
 - Statistisch zakboek, 1954 en 1981, sectie B.

Het meest opvallend is de versmalling van de basis van de pyramide (vooral in Nederland) en de groeiende asymmetrie tussen de mannen- en de vrouwenhelft in de oudere leeftijdsgroepen. Wat betreft België is het 'dal' tijdens en vlak ná de eerste wereldoorlog duidelijk zichtbaar. Door de continue groei van de bevolking is de relatieve omvang van de jaargroepen die in 1950 nul tot vier jaar oud waren in 1980 (30-34 jaar) afgenomen. Voor 1950 gold dat België en Nederland sterk qua samenstelling van de bevolking verschilden; vanaf 35 jaar consequent meer Belgen dan Nederlanders en onder 25 jaar het omgekeerde. Deze verschillen zijn nog steeds zichtbaar; de Belgische bevolking blijft ouder dan de Nederlandse, maar aan de basis van de pyramide zijn de verschillen weggevallen.

Voor het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg hebben de verschillen in samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht belangrijke consequenties. Wie zich in Nederland zorgen maakt over de toenemende vergrijzing van de bevolking en de wijze waarop deze ontwikkeling moet worden opgevangen, spiegele zich aan het Belgische voorbeeld waar sinds de tweede wereldoorlog een percentage bejaarden wordt aangetroffen dat men in Nederland voor het jaar 2000 in bange verwachting tegemoet ziet.¹

2.3. KLASSIEKE GEZONDHEIDSINDICATOREN

2.3.1. Sterftecijfers

Vanuit gezondheidsstandpunt kan men een traditionele belangstelling voor mortaliteitscijfers vaststellen. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn óf het ontbreken, óf het gebrek aan betrouwbaarheid, óf/en het fragmentaire karakter van andere indicatoren (Laporte e.a., 1981).

Sterftecijfers zijn in de meeste geïndustrialiseerde landen in hoge mate betrouwbaar en uitputtend.² Daarom blijven ze erg geschikte instrumenten, wanneer men landen onderling gaat vergelijken. Toch kleeft er aan deze indicatoren ook een aantal beperkingen die zich juist scherper stellen in geïndustrialiseerde landen. De relatieve stabilisatie van de sterftecijfers in de geïndustrialiseerde landen vermindert namelijk de gevoeligheid van dit meetcriterium en dus de waarde ervan als gezondheidsindicator. Dit heeft te maken met het terugdringen van acute levensbedreigende infecties ten voordele van meer chronische aandoeningen, die niet of pas na een langere tijd tot sterfte leiden³ (Laporte e.a., 1981).

2.3.1.1. De algemene sterfte

Bruto-sterftecijfers (het aantal sterfgevallen per 1000 eenheden van de bevolking) zijn als indicatoren voor de gezondheidstoestand van de bevolking weinig bruikbaar, omdat de sterfte-intensiteit in hoge mate leeftijdsgebonden is. Bij vergelijking van populaties met een verschillende leeftijdssamenstelling moet men verschillen in de samenstelling van de bevolking naar leeftijd uitschakelen door standaardisatie.

Om zowel België en Nederland onderling te kunnen vergelijken, als ook vergelijkingen in de tijd te kunnen uitvoeren, zijn de sterftecijfers over beide landen gestandaardiseerd. Standaardisatie is mogelijk als men voor de verschillende meetpunten (de jaren 1950, 1960, 1970 en 1980) beschikt over sterftecijfers naar leeftijd en geslacht en over een bepaalde standaardpopulatie op de verdeling waarvan men de leeftijd- en geslachtsspecifieke sterftecijfers kan terugvoeren. Bij standaardisatie doet men net of de situaties die men wil vergelijken (in dit geval twee landen op vier tijdstippen), beschikken over een bevolking die in opbouw gelijk is (Van der Maas en Habbema, 1981). In dit geval is als standaardpopulatie genomen de bevolking voor het jaar 1965. Een ongewogen (de bevolking van Nederland is immers 1,5 keer zo

groot als die van België) gemiddelde van de proportionele verdeling van de bevolking van beide landen naar leeftijd en geslacht in vijf jaarsgroepen is als standaard genomen. Na deze operatie krijgt men de in tabel 2.2 weergegeven gestandaardiseerde sterftecijfers voor beide landen op de vier tijdstippen.

Tabel 2.2.: BRUTO EN GESTANDAARDISEERDE STERFTECIJFERS VOOR BELGIË EN NEDERLAND OVER DE JAREN 1950 T/M 1980 (STANDAARDPOPULATIE: ONGEWOGEN GEMIDDELDE VAN DE PROPORTIONELE VERDELING VAN DE BEVOLKING VAN BELGIË EN NEDERLAND IN 1965).

	Bruto-sterfte per 1000 inw.		Gestandaardiseerde sterfte		Index gest. sterfte		
	B*	N1**	B***	N1****	B 1950=100		NL 1950=100
					B	N1	N1
1950	12.15	7.15	12.95	10.14	100	78	100
1960	12.41	7.65	11.70	9.14	90	71	90
1970	12.30	8.41	10.87	8.99	84	69	89
1980	11.45	8.12	9.49	7.69	73	59	75

- Bronnen: *
- Statistisch zakjaarboek, 1981, tabel IX p. 35.
 - **
 - Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1979, 1980, tabel 9.3.
 - Statistical yearbook of the Netherlands 1981, 1982, tabel B.1.
 - ***
 - Statistisch jaarboek van België, 1966, p. 52.
 - Statistisch jaarboek van Volksgezondheid, 1981.
 - ****
 - Statistical yearbook of the Netherlands 1965/66, 1968, tabel B.13.
 - Sterfte naar belangrijke doodsoorzaken 1950-77, 1980, tabel 49.
 - Statistical yearbook of the Netherlands 1982, 1983, tabel B.21.

De ongeschiktheid van bruto-sterftecijfers voor vergelijkingsdoeleinden blijkt duidelijk uit figuur 2.3 (volgende pagina). Zou men de bruto-sterftecijfers op dezelfde wijze indexeren (België: 1950 op 100 stellen), dan worden voor 1950 de cijfers 100:58 voor België respectievelijk Nederland en voor 1980 94 versus 67. De aanzienlijke daling van de sterfte in België (van 100 naar 73) zou verdoezeld worden en voor Nederland zou men zelfs tot een verhoging van de sterftecijfers kunnen concluderen.

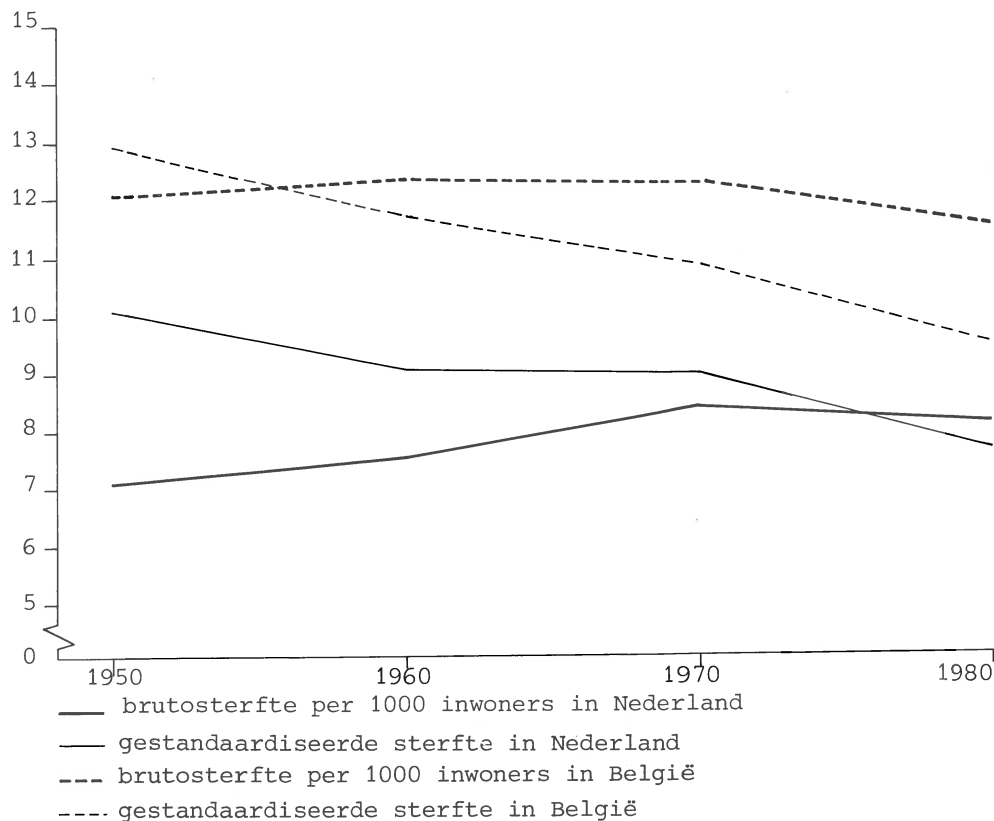
De relatieve daling van de sterfte is in beide landen ongeveer even hard gegaan (een daling van 27 respectievelijk 24% in België en Nederland); de verschillen in uitgangspositie tussen beide landen zijn echter gebleven.

De verhouding België/Nederland van de gestandaardiseerde cijfers is respectievelijk (1950) 1.28:1, (1960) 1.21:1, (1970) 1.21:1, (1980)

1.23:1. In deze verhouding is wel enige verandering gekomen, maar geen sterke.

De Belgische bevolking is, met deze grove maat gemeten, minder gezond te noemen dan de Nederlandse. In beide landen daalt het (voor de veroudering van de bevolking gecorrigeerde) sterftecijfer in de periode 1950-1980 aanzienlijk, maar de verschillen tussen Nederland en België nemen slechts weinig af.

Figuur 2.3.: BRUTO EN GESTANDAARDISEERDE STERFTECIJFERS VOOR BELGIË EN NEDERLAND OVER DE JAREN 1950 TOT EN MET 1980 (STANDAARD-POPULATIE: ONGEWOGEN GEMIDDELDE VAN DE PROPORTIONELE VERDELING VAN DE BEVOLKING VAN BELGIË EN NEDERLAND IN 1965).



2.3.1.2. Levensverwachting

Onder levensverwachting wordt verstaan het gemiddelde aantal nog te verwachten levensjaren voor iemand van een bepaalde leeftijd, als men ervan uitgaat dat de leeftijdsspecifieke sterftecijfers die op dat moment gelden, ook in de toekomst van toepassing zijn (Sturmans, 1982).

De levensverwachting is een zeer belangrijk geachte maat, onder meer voor het vergelijken van sterftepatronen tussen landen (Leowski, 1978).

Tabel 2.3.: LEVENSV ERWACHTING BIJ GEBOORTE, OP LEEFTIJD VAN 40 JAAR EN
OP LEEFTIJD VAN 60 JAAR, IN VERSCHILLENDE TIJDSPERIODEN.

		bij geboorte		op leeft. van 40		op leeft. van 60	
		M	V	M	V	M	V
N1	1880-1889	42.5	45.0	27.6	29.2	13.9	14.8
B*	1880-1890	43.6	46.7	26.8	29.3	13.5	14.8
N1	1890-1899	46.2	49.0	28.1	29.7	14.0	15.0
B	1891-1900	45.4	48.8	26.8	29.5	13.4	14.8
N1**		63.8	65.4	32.5	32.9	15.9	16.4
B	1923-1932	56.2	59.8	29.5	31.8	14.5	15.9
N1	1947-1949	69.4	71.5	34.5	35.6	17.5	18.2
B	1946-1949	62.0	67.3	30.6	34.2	15.5	17.5
N1***		71.1	74.2	34.8	37.0	17.7	19.1
B	1954-1957	67.0	72.2	31.8	35.8	15.6	18.2
N1	1961-1965	71.1	75.9	34.3	38.1	17.4	20.1
B	1959-1963	67.8	73.5	31.6	36.3	15.5	18.9
N1****		71.1	76.8	33.9	38.8	17.1	20.8
B	1968-1972	67.8	74.3	31.7	36.8	15.2	19.2
N1	1971-1975	71.2	77.2	33.9	39.0	17.0	21.0
B	1972-1976	68.6	75.1	32.0	37.5	15.5	19.7

* De Belgische cijfers worden gepubliceerd in jaren en maanden; met het oog op een vergelijking met Nederland werden ze omgerekend in het decimaal stelsel.

** Een gemiddelde werd gemaakt van de cijfers beschikbaar voor de perioden 1921-1930 en 1931-1940.

*** Idem als hierboven voor de periode van 1951-1955 en 1956-1960.

**** Idem als hierboven voor de periode van 1966-1970 en 1971-1975.

Bronnen: - Statistisch jaarboek voor volksgezondheid, 1981, p. 65.

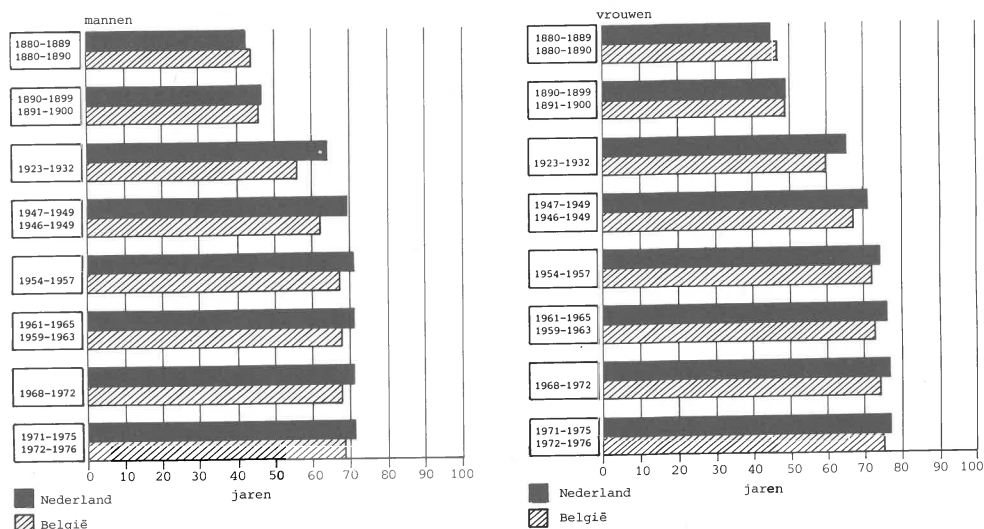
- 75 jaar statistiek van Nederland, 1975, tabel B.20.

- Statistical yearbook of the Netherlands 1980, 1981, p. 45.

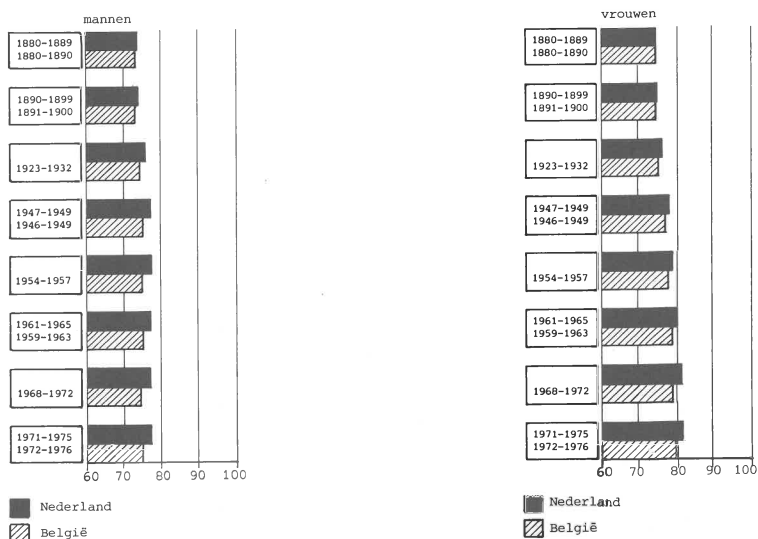
De cijfers over de leeftijdsverwachting bij geboorte en op latere leeftijd vertonen het beeld dat men na lezing van voorgaande tekst en inspectie van voorgaande tabellen zou verwachten: de cijfers voor België wijzen op een wat lagere levensverwachting dan de Nederlandse gegevens.

Duidelijk is te zien dat de substantiële toename van de levensverwachting bij de geboorte te danken is aan de drastische vermindering van kindersterfte. Stelt men de levensverwachting bij geboorte in

Figuur 2.4.: LEVENSVRWACHTING BIJ GEBORTE IN BELGIË EN NEDERLAND IN DE PERIODE 1880-1976.



Figuur 2.5.: LEVENSVRWACHTING VAN ZESTIG JARIGEN, 1880-1976.



1880-1889 op 100, dan is deze (voor mannen) in België en Nederland respectievelijk 157 en 167 in 1972-1976.

Voor levensverwachting op het 60e levensjaar zijn de overeenkomstige getallen respectievelijk 115 en 124; een meer bescheiden groei.

2.3.1.3. Zuigelingensterfte

Onder zuigelingensterfte wordt de sterfte beneden de leeftijd van één jaar van levendgeboren kinderen verstaan (Sturmans, 1982). Ter indicering van de gezondheidssituatie van de bevolking, wordt meestal de zuigelingensterfte als het belangrijkste leeftijdsspecifiek sterftecijfer beschouwd (Laporte e.a., 1981).

Deze indicator heeft een grote waarde omwille van zijn sterke samenhang met sociale omstandigheden (Sturmans, 1982), vooral met de hygiënische en voedingssituatie (Laporte e.a., 1981).

In tabel 2.4 en figuur 2.6 volgt een vergelijking van de evolutie der zuigelingensterfte in België en in Nederland vanaf 1950. In beide landen is de zuigelingensterfte in de periode 1950-1980 drastisch gedaald. In België bijna met een factor vijf, maar ook in Nederland, waar de zuigelingensterfte in 1950 ongeveer de helft van het Belgische getal bedroeg, heeft toch nog een daling met een factor 3 à 3.5 plaatsgevonden.

Voor België vond de sterftedaling plaats in de periode 1950-1960. Voor Nederland is de daling iets geleidelijker verlopen. In België is zowel voor pasgeboren jongetjes als meisjes in de periode 1950-1963 sprake van een halvering van de zuigelingensterfte; een halvering die

Tabel 2.4.: ZUIGELINGENSTERFTE IN BELGIË EN NEDERLAND (1950-1982)
(OVERLEDENEN ONDER DE 1 JAAR PER 1000 LEVENDGEBORENEN).

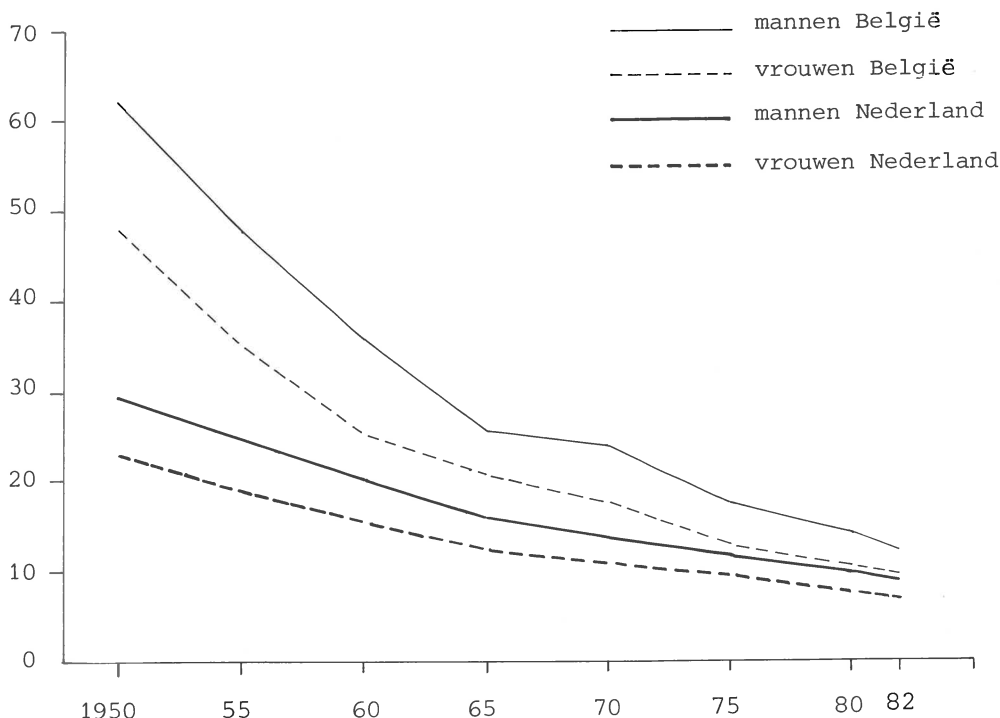
	B		Nl		Mannen 1950 België = 100			
					B		Nl	
	M	V	M	V	M	V	M	V
1950	62.5	48.1	29.8	23.3	100	77	48	37
1955	47.9	35.6	24.4	18.7	77	57	39	30
1960	35.8	26.6	20.1	15.7	57	43	32	25
1965	26.1	21.0	16.1	12.7	42	34	26	20
1970	24.6	18.2	14.4	11.1	39	29	33	18
1975	18.2	13.9	12.0	9.2	29	22	19	15
1980	13.9	10.9	9.7	7.4	22	17	16	12
1981	14.0	9.2	9.4	7.2	22	15	15	11
1982	12.6	9.7	9.3	7.2	20	16	15	11

Bronnen: - Statistische jaarboeken, 1950-1982, Sectie bevolking.
 - Sterfte naar belangrijke doodsoorzaken 1950-1977, 1980.
 - Statistical yearbook of the Netherlands, 1980-1982, sectie C.

zich in de periode 1963-1976 nog eens herhaalde. In Nederland vond de eerste halvering plaats over de periode 1950-1967; een tweede halvering zou ongeveer in 1984 bereikt moeten worden.

Van alle klassieke indicatoren voor de gezondheidstoestand van een bevolking vertoont deze zuigelingensterfte het meest spectaculaire patroon, vooral in België is er sprake van een revolutionaire ontwikkeling.

Figuur 2.6.: ZUIGELINGENSTERFTE IN BELGIË EN NEDERLAND (1950-1982)
(OVERLEDENEN ONDER DE 1 JAAR PER 1000 LEVENDGEBORENEN).



2.3.1.4. Leeftijdsspecifieke sterftecijfers

Leeftijds- en geslachtsspecifieke sterftecijfers bieden een duidelijk zicht op de intensiteit van levensbedreigende factoren in een samenleving. Bevolkingen zijn beter vergelijkbaar als de invloed van belangrijke determinanten van het sterftecijfer, als leeftijd en geslacht, is uitgeschakeld. Ontwikkelingen in de tijd laten zich heel aardig weergeven.

Uit de leeftijdsgroepen is een selectie gemaakt om de hoeveelheid informatie niet te groot te maken. Gekozen is voor vijf-jaars groepen die telkens twintig jaar in leeftijd van elkaar verwijderd zijn. De leeftijdsgroepen 5-9 jaar; 25-29 jaar; 45-49 jaar en 65-69 jaar zijn geselecteerd. Sterftecijfers worden weergegeven voor mannen en vrouwen en voor Nederland en België.

Tabel 2.5.: GEÏNDEXEERDE LEEFTIJDSSPECIFIEKE STERFTECIJFERS (STERFTE PER 10.000 INWONERS) IN BELGIË EN NEDERLAND, WAARBIJ HET CIJFER VOOR MANNEN IN BELGIË IN 1950 GEÏNDEXEERD IS OP 100. LEEFTIJDGROEPEN 5-9 JAAR, 25-29 JAAR, 45-49 JAAR, 65-69 JAAR, PERIODE 1950-1980.

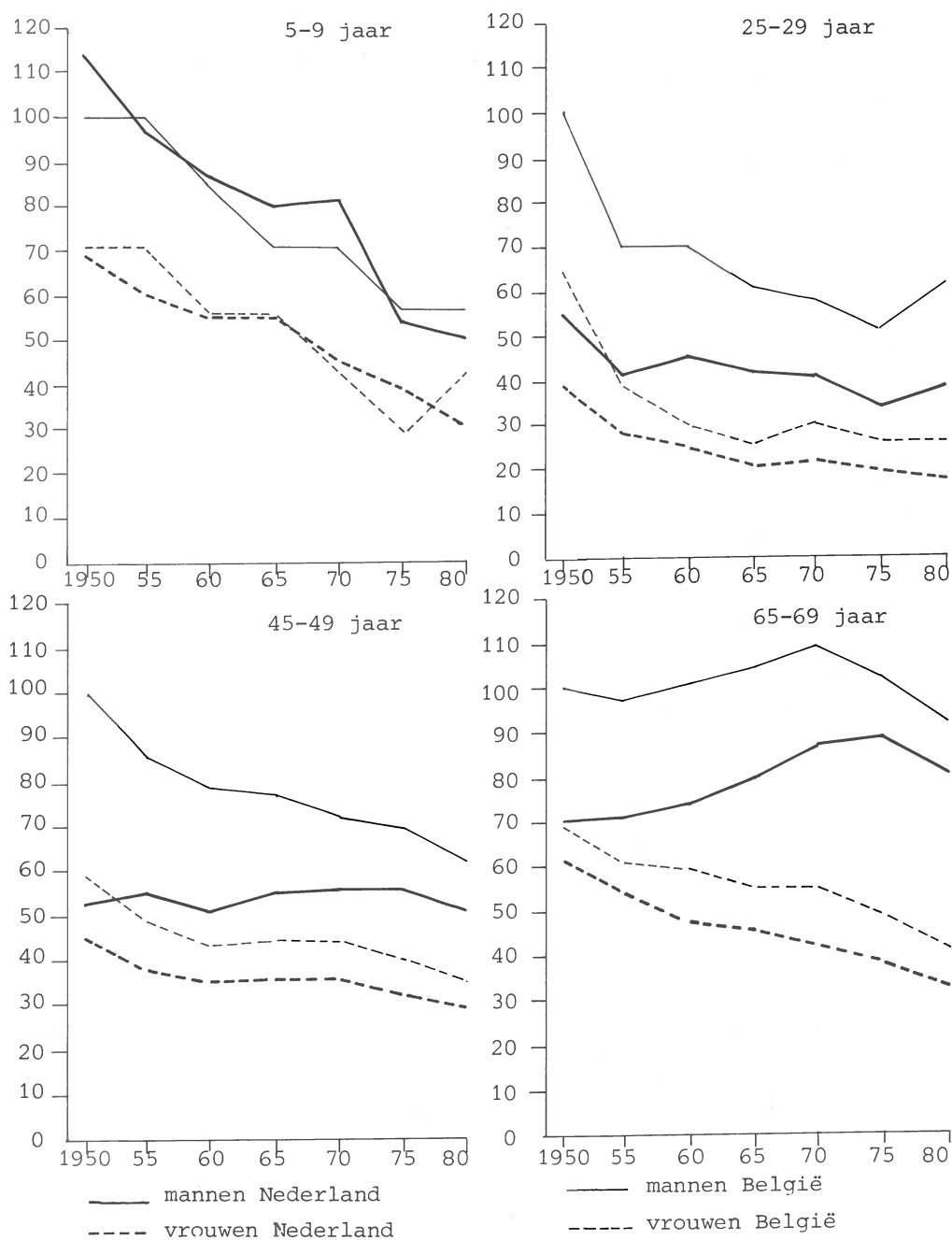
	5-9 jaar B-1950=100 (= niet ge- indexeerd: 7)				25-29 jaar B-1950=100 (= niet ge- indexeerd: 23)				45-49 jaar B-1950=100 (= niet ge- indexeerd: 78)				65-69 jaar B-1950=100 (= niet ge- indexeerd:405)			
	B		Nl		B		Nl		B		Nl		B		Nl	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
1950	100	71	114	69	100	65	55	39	100	59	53	45	100	69	70	62
1955	100	71	97	61	70	39	42	28	86	49	56	38	97	62	71	54
1960	86	57	87	56	70	30	46	25	79	44	51	35	101	59	74	47
1965	71	57	80	56	61	26	43	20	77	45	55	36	105	55	80	46
1970	71	43	81	46	57	30	41	22	73	44	56	36	109	55	87	43
1975	57	29	54	34	52	26	34	19	69	40	56	32	103	49	88	38
1980	57	43	50	31	61	26	38	17	63	35	51	29	92	43	80	33

Bronnen: - Statistische jaarboeken van België, 1950-1982, 1980
 - Sterfte naar belangrijke doodsoorzaken 1950-1977
 - Statistical yearbook of the Netherlands, 1981, 1982, tabel C 24.

Sterfte 5-9 jarigen. Zowel in België als in Nederland is de sterfte onder kinderen van 5-9 jaar aanzienlijk gedaald. De dalingspercentages zijn voor jongetjes en meisjes in Nederland en België respectievelijk 56% (NL-m), 44% (NL-v), 43% (B-m) en 40% (B-v). Tussen België en Nederland waren in 1950 geen belangrijke verschillen. In 1980 zijn de verhoudingen nauwelijks veranderd.

Sterfte 25-29 jarigen. Ook in deze groep heeft een aanzienlijke daling van de sterfte plaatsgevonden. Bij mannen voor Nederland en België respectievelijk met 31% en 39%. Voor vrouwen zijn de cijfers nog indrukwekkender - een daling van 55% in Nederland en 60% in België. De sterftetecijfers in Nederland waren gunstiger dan in België; in 1950 was de verhouding voor mannen 1:1.8 (NL versus B) en voor vrouwen 1:1.7 (NL versus B). In 1980 zijn deze getallen geëvolueerd tot respectievelijk 1:1.6 en 1:1.5. De daling heeft zich in Nederland tamelijk geleid.

Figuur 2.7.: INDEXCIJFERS VAN HET AANTAL OVERLEDENEN PER 10.000 MANNEN EN VROUWEN, 1950-1980, IN BELGIË EN NEDERLAND (BELGIË, 1950 = 100) VOOR DE VERMELDE LEEFTIJDSCATEGORIEËN.



delijk voortgezet. In België zijn vooral de jaren 1950-1955 belangrijk geweest.

Sterfte 45-49 jarigen. Voor deze leeftijdsgroep zijn er duidelijke verschillen tussen België en Nederland in het verloop van de sterfte te constateren. Voor Nederlandse mannen is er nauwelijks van evolutie sprake. In 1950 stierven ongeveer 40 per 10.000 mannen in deze leeftijdscategorie en in 1980 is dat aantal nog steeds even groot.

In België lag het sterftecijfer hoger (ruim 50% in 1950/60), maar daar is het (vooral in de jaren 1950/55) gezakt met ongeveer een derde, zodat het sterftecijfer van Belgische mannen van 40-49 jaar nu nog maar een kleine 25% hoger ligt dan in Nederland.

Voor de vrouwen lagen de Nederlandse cijfers lager dan de Belgische (1:1.3), maar voor beide landen is het sterftecijfer stevig gedaald (België ruim 40% - Nederland 33%), zodat de verhouding tussen beide landen in 1980 tot onder de 1:1.2 gedaald is.

Sterfte 65-69 jarigen. Twee zaken vallen op: ten eerste het verschillende verloop in ontwikkeling voor mannen en voor vrouwen. Ten tweede het verschillende patroon bij de mannensterfte voor België en Nederland.

De sterfte van Nederlandse vrouwen van 65-69 jaar is gestadig gedaald en in de periode 1950-1980 bijna gehalveerd. Eenzelfde daling ziet men bij de Belgische vrouwen (een bijna 40% lager sterftecijfer in 1980 vergeleken met 1950).

In Nederland is de mannensterfte gestegen, zij het dat de grootste stijging zich voordeed in de jaren 1968-1975 (bijna 25% hoger dan in 1950/55) maar ook in 1980 zijn de overlijdenskansen voor Nederlandse mannen in deze leeftijdscategorie ongeveer 13% hoger dan in 1950. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen is, wat Nederland betreft, spectaculair toegenomen. In 1950 was de verhouding nog 1:1.14. In 1980 is dat geëvolueerd tot 1:2.38. Wellicht dat de voortschrijdende emancipatie van de vrouwen deze cijfers weer wat dichter bij elkaar brengt.

Voor België treffen we een ander beeld aan; er heeft een zekere daling van het sterftecijfer plaatsgevonden (zij het met hetzelfde type verhoging in de jaren 1966-1972 als in Nederland; de generatie mannen geboren in de eerste jaren van de 20e eeuw vertoont in beide landen een overeenkomstig sterftepatroon). Het sterftecijfer van Belgische mannen blijft echter hoger dan van Nederlanders. In 1950 was de verhouding 1:1.42 - in 1980 is dit verhoudingsgetal gedaald tot 1:1.16.

De vanaf 1975 ingezette daling in de sterftecijfer voor mannen kan in Nederland direct in verband worden gebracht met het verloop van het sterftecijfer met betrekking tot ischaemische hartziekten (Hoogendoorn, 1983). Ook hier zien we een stijging van het sterftecijfer van 1950-1972 en daarna, met enkele schommelingen, een daling.

2.3.2. Morbiditeitscijfers en invaliditeitscijfers

Vergelijking van sterftecijfers is tot op zekere hoogte mogelijk gebleken. Bij gegevens over ziekte en invaliditeit is vergelijking problematischer. Soms is in het ene land registratie van bepaalde ziekten aanwezig (registratie van gevallen van kanker in België) en ontbreekt deze in het andere land, soms zijn in beide landen op hetzelfde tijdstip gegevens over hetzelfde probleem verzameld (het opnemen van gegevens over handicaps in de volkstelling van 1971) maar zijn óf de gegevens niet gepubliceerd (Nederland) óf lijkt het erop dat de gebruikte omschrijvingen tot grote verschillen in aantallen hebben geleid. Uit het Nederlandse (op een steekproef gebaseerde) onderzoek 'Gehandicapten welgeteld' kan men afleiden dat er ongeveer 1 miljoen personen chronisch ziek of gehandicapt zijn (Gehandicapten welgeteld, 1974). Uit de Belgische gehandicapten-telling in de volkstelling laat zich afleiden dat er in België 124.681 blijvend gehandicapten worden aangetroffen. Omgerekend naar de verschillen in omvang van de bevolking van beide landen zal men op een 185 à 190.000 gehandicapten in België uitkomen; toch altijd een factor 5 minder dan in Nederland.

Gegevens over besmettelijke ziekten zijn berucht onbetrouwbaar; ook geen basis voor vergelijking.

In Nederland wordt sinds 1981 ieder jaar onder 6000 gezinnen een enquête gehouden, waaruit de gerapporteerde gezondheidstoestand en het gebruik van medische voorzieningen blijken. In België ontbreekt een dergelijke jaarlijkse enquête, maar is in 1978 in Vlaanderen een dergelijk survey uitgevoerd in het kader van het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen. De formulering van de vraagstelling vertoont dusdanig grote verschillen wat betreft de periode waarover respondenten moeten rapporteren en de aanpak in methodische zin, dat aangetroffen verschillen niet op zinvolle wijze te herleiden zijn tot verschillen tussen beide landen.

Laporte, van Hecke en Berghmans geven in hun rapport, uitgebracht in het kader van het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen een overzicht van het bestaan van informatiesystemen aan weerszijden van de Belgisch-Nederlandse grens. Uit hun opsomming en gedetailleerde beschrijving (Laporte e.a., 1981, p.31-145) kunnen we voor de verschillende geregistreerde morbiditeitscategorieën het volgende concluderen:

- registratie besmettelijke ziekten met aangifteplicht
Is zowel in België als Nederland aanwezig, maar is sterk afhankelijk van de aangiftebereidheid van de rapporterende artsen.
- kankerregistratie
In Nederland alleen in de ziekenhuismorbiditeitsstatistieken, daarentegen in België een tamelijke volledige registratie ⁴.
- statistieken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid
Vanwege grote verschillen in de aard van het stelsel van verzekering tegen loonderving bij ziekte en invaliditeit, en het verbrokkelde

karakter van de Nederlandse ziekteverzuimstatistieken, is geen enkele vergelijking mogelijk.

- gegevens over morbiditeit in de huisartspraktijk
Zowel Nederland (peilstationsproject, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) als België (de peilpraktijken van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) kennen een beperkte vorm van deze morbiditeitsregistratie. De jaarlijks wisselende opzet ervan, de directe toegankelijkheid van specialisten in België en het ontbreken van omschreven patiëntenpopulaties aldaar maakt vergelijking praktisch onmogelijk.
- diagnosestatistieken in ziekenhuizen
Deze zijn alleen voor Nederland beschikbaar; in de regel betreft het hier bij ontslag uit het ziekenhuis gestelde diagnoses. Deze diagnoses zijn niet per patiënt gesteld, maar per opname.
- keuringsresultaten dienstplichtigen
In beginsel zijn deze in beide landen verkrijgbaar. Echter, jonge mannen van 18 jaar vormen ongeveer het gezondste deel van de bevolking. Bovendien zijn de afkeuringspercentages in Nederland hoger dan in België en ook de regels die de dienstplicht definiëren verschillen.
- enquêtegegevens
Nederland kent sinds 1974 de Leefsituatie Onderzoekingen en sinds 1981 de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau van de Statistiek. België kent deze Health Interview Surveys niet op deze continue basis.
- gehandicaptentellingen
Vermeld zijn reeds de enorme verschillen die het onderzoek 'Gehandicapten welgeteld' in Nederland en de Belgische volkstelling opleveren. Definitorische problemen vormen hiervan de oorzaak.

Afgezien van het feit dat meestal zware kritiek te leveren is op de geldigheid en betrouwbaarheid van de opgesomde gegevens, is vergelijking riskant. Alleen een simultaan opgezet onderzoek aan weerszijden van de grens kan op dit gebied uitkomst brengen.

2.4. RISKANTE GEWOONTEN

Het gebruik van bepaalde voedings- en genotmiddelen en de hoeveelheid daarvan is sinds jaar en dag in verband gebracht met ziekte- en sterftecijfers. Zelfs in tijden dat er vergelijkenderwijs gesproken vrij weinig reden tot ongerustheid was (Gadourek, 1963).

De belangrijkste doodsoorzaken in geïndustrialiseerde landen (ischae-mische hartziekten, nieuwvormingen en ongevallen) worden rechtstreeks (roken/longkanker) en indirect met deze welvaartsgewoonten in verband gebracht.

Vergelijkende cijfers zijn niet zo gemakkelijk te vinden, maar hier en daar is enig voorbereidend werk gedaan, waarvan we gebruik kunnen maken. Achtereenvolgens zullen we behandelen: de consumptie van alcohol, tabak en ongevallen in het verkeer.

2.4.1. Consumptie van alcohol

Tabel 2.6.: ALCOHOLGEBRUIK PER HOOFD VAN DE BEVOLKING IN BELGIË EN NEDERLAND IN DE PERIODE 1950-1982.

	B				Nl				België 1950=100		Nl '50 = 100
	Gedis in ltrs. à 100%	Bier in ltrs.	Wijn in ltrs.	Tot.** in ltrs. à 100%	Gedis. in ltrs. à 100%	Bier in ltrs.	Wijn in ltrs.	Tot.** in ltrs. à 100%	Tot. B	Tot. Nl	Tot Nl
'50	0.7	118	5.4	8.37	1.4	10.6	.5	1.99	100	23	100
'55	0.7	113	7.1	8.26	1.2	16.2	1.1	2.13	99	25	107
'60	0.8	112	7.4	8.33	1.2	23.9	1.8	2.59	100	31	130
'65	1.12	116.8	11.2	9.36	1.89	37.21	3.35	4.12	112	49	207
'70	1.32	131.8	13.9	10.76	2.04	57.38	5.15	5.48	129	65	275
'75	1.99	130.6	17.2	11.72	3.44*	78.96	10.26	8.52	140	101	428
'80	2.37	131.3	20.6	12.51	2.71*	86.39	12.85	8.44	149	101	424
'82	2.04	132.1	21.6	12.34	2.57	81.96	14.15	8.22	147	98	413

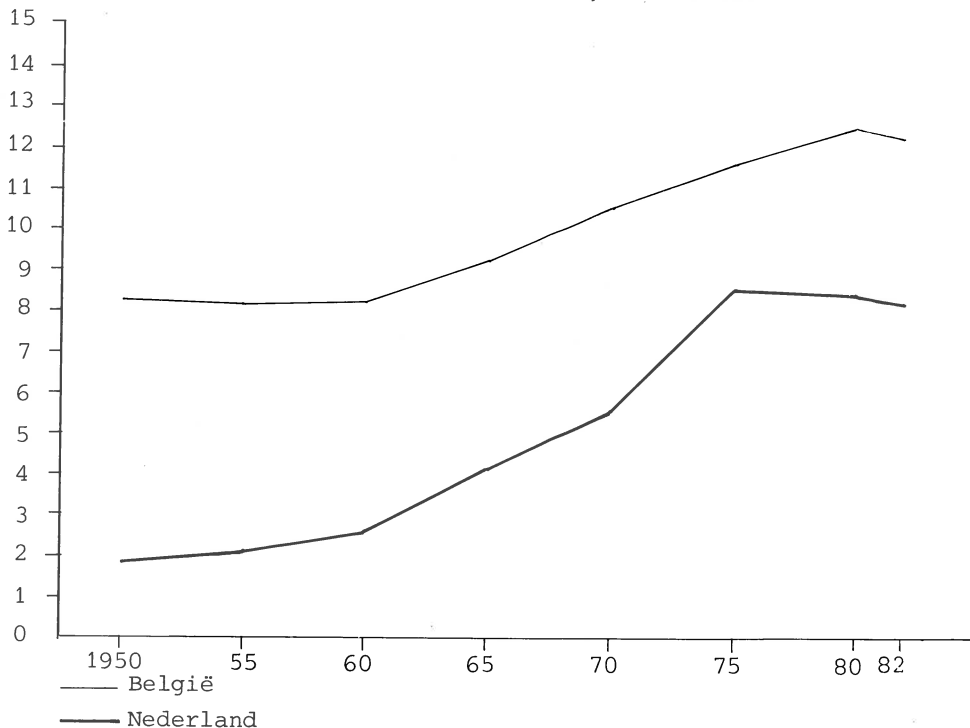
* Deze cijfers zijn geflatteerd hoog door aanzienlijke voorraadvorming in verband met drastische accijnsverhogingen.

** Bij het vaststellen van het alcoholgebruik als gevolg van bierconsumptie is rekening gehouden met de verschillen in kwaliteit tussen Nederlands en Belgisch bier, door een vermenigvuldigingsfactor van 5% respectievelijk 6% te hanteren. Voor wijn is het gemiddeld alcoholpercentage gesteld op 11%.

Bronnen:- Produktschap van Gedistilleerde Dranken, 1980.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel.
- Statistisch zakboek, sectie T.

Hoewel men statistieken op dit gebied met enig voorbehoud moet hantieren, omdat ze meestal worden samengesteld door de hoeveelheid in het land legaal verkochte⁵ alcoholische dranken te betrekken op het aantal inwoners van 0-99 jaar, kan men ze toch wel gebruiken voor een ruwe vergelijking. In tabel 2.6 is voor de periode 1950-1982 het binnenlandse alcohol-verbruik weergegeven. In figuur 2.8 zijn de in liters à 100% omgerekende totaalcijfers grafisch weergegeven.

Figuur 2.8.: ALCOHOLGEBRUIK IN LITERS (À 100%) PER HOOFD VAN DE BEVOLKING IN NEDERLAND EN BELGIË; 1950-1982.



In 1950 was de verhouding Nederland - België nog bijna 1:4. In 1982 heeft Nederland ongeveer het niveau van België in 1955 bereikt en is de verhouding 1:1.5.

De verviervoudiging van het Nederlandse drankgebruik in deze periode belooft nog wat voor de sterftestatistieken van de jaren negentig, zeker als men bedenkt hoe kunstmatig de cijfers in wezen zijn (betrokken op het aantal inwoners van 15 jaar en ouder geven ze al een reëler beeld). Van Reek, Knibbe en Drop (1983) laten zien dat in Nederland in de periode 1958-1981 belangrijke wijzigingen in het patroon van drinkgewoonten zijn ontstaan. De sterke stijging van het drankgebruik in de jaren zeventig is vooral bij jongeren (21-49 jr) aan te treffen. Bij ouderen (41-60 jr) is het drankgebruik constant en geleidelijk gestegen, vermoedelijk door het uitbreiden van het aantal dagen in de week dat er gedronken wordt.

De, in verhouding tot Nederland althans, betrekkelijk gematigde

stijging van het alcoholgebruik in België zal vooral te wijten zijn aan de stijging van de hoeveelheden wijn en gedistilleerd: het bierverbruik is tussen 1950 en 1972 nog wel gestegen, maar is sindsdien stabiel. In Nederland zette de stijging van het bierverbruik tot 1981 door - ook hier neemt het wijnverbruik gestadig toe. Het gebruik van gedistilleerd stagneert en daalt zelfs de laatste jaren.

2.4.2. Tabak

Het aandeel van rokers in de bevolking en de omvang van het tabaksgebruik, kan afgeleid worden uit respectievelijk een aantal bevolkingsonderzoeken en de aankoop van banderollen (belastingbandjes) door fabrikanten en importeurs.

Door verschillende instanties zijn er in Nederland (zie Van Reek, 1983) en in België (Centrum voor Informatie over de media, 1982; Joossens, 1981; Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen, 1978; Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, 1983 en 1984) bevolkingsonderzoeken naar rookgedrag uitgevoerd. In België echter pas in het laatst decennium, zodat vergelijking alleen in dat tijdvak mogelijk is. De Belgische gegevens zijn ook fragmentarisch: deels alleen voor Vlaanderen, en deels zonder totaalcijfer voor alle tabakswaaren. Verder verschillen de bevolkingsonderzoeken in verscheidene opzichten, maar is de vraag naar het al dan niet regelmatig roken, of tenminste de interpretatie ervan door de respondenten, vergelijkbaar (Van Reek 1983, Joossens 1981).

De betrouwbaarheid van het hanteren van de hoeveelheid aangekochte banderollen als indicator van binnenlands verbruik lijkt meer problematisch, vooral vanwege door prijsverschillen ontstaan grensverkeer.

Uit de bevolkingsonderzoeken komt het volgende beeld naar voren (de bevolking wordt telkens gedefinieerd als de bevolking van zestien jaar en ouder). Het aantal rokers op de gehele bevolking in België daalt licht van 1974 tot 1984. In Nederland is er sprake van een sterke neergaande trend. Momenteel ontlopen de proportie rokers in België en Nederland elkaar niet zo veel meer, en dat ligt rond de 40%.

Achter deze trends blijken zeer verschillende ontwikkelingen bij mannen en vrouwen schuil te gaan. In Nederland daalt het aantal rokers onder mannen zeer sterk, terwijl er onder vrouwen maar een lichte daling is. In België is de daling bij mannen minder sterk, en bij vrouwen is er een lichte stijging.

De tabaksconsumptie per hoofd van de bevolking, berekend uit de verkoop van banderollen, is over een langere periode bekend. In 1950 en 1965 werd er in Nederland zo'n 20% meer tabak verbruikt dan in België (World Health Organisation, 1982). De laatste jaren is voor sigaretten en kerftabak samen, en dat vormt het merendeel van de consumptie, nauwelijks een verschil meer (Belgisch-Luxemburgse federatie tabaksverwerkende industrieën, 1983; CBS statistisch zakboek, 1984).

Morbiditeit die op langere termijn in verband staat met roken zal, voor zover tabak hiervoor verantwoordelijk is, vanuit deze gegevens een hogere incidentie kennen in Nederland dan in België. Met betrek-

king tot gezondheid die op korte termijn in verband staat met roken, bijvoorbeeld lichamelijke prestaties, zal het verschil tussen België en Nederland eerder klein zijn.

2.4.3. Ongevallen in het verkeer

In beide landen worden door de verschillende politiekorpsen het aantal slachtoffers bij verkeersongevallen geregistreerd. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in doden en gewonden; tot de eerste categorie worden, behalve de ter plaatse gedoden, ook zij die binnen 30 dagen na het ongeval overlijden gerekend.

Voor beide categorieën is, in verhouding tot het inwonertal, het aantal slachtoffers in België aanzienlijk groter. Dat verschil is in het laatste twee decennia jaarlijks ongeveer van gelijke grootte en wel voor de doden en gewonden vier, respectievelijk 0,8 per 1000 inwoners. Sprekender nog is de verhouding tussen het aantal slachtoffers in België en Nederland, gecorrigeerd voor het inwonertal. In 1982 is dat 1.7:1 voor de gedoden en 2.15:1 voor de gewonden.

Wat betreft de ernst van het lichamelijk letsel kunnen we voor België het gemaakte verschil in licht en ernstig gewonden gebruiken, alhoewel de criteria hiervoor niet gegeven zijn. De laatste tien jaar is de verhouding tussen deze twee categorieën constant, ongeveer 3.2:1. Voor Nederland is het aantal gewonden dat opgenomen wordt in een ziekenhuis een indicatie. In 1982 was dat 32% van het totaal (Statistiek van de verkeersongevallen op de openbare weg, 1982, 1983.)

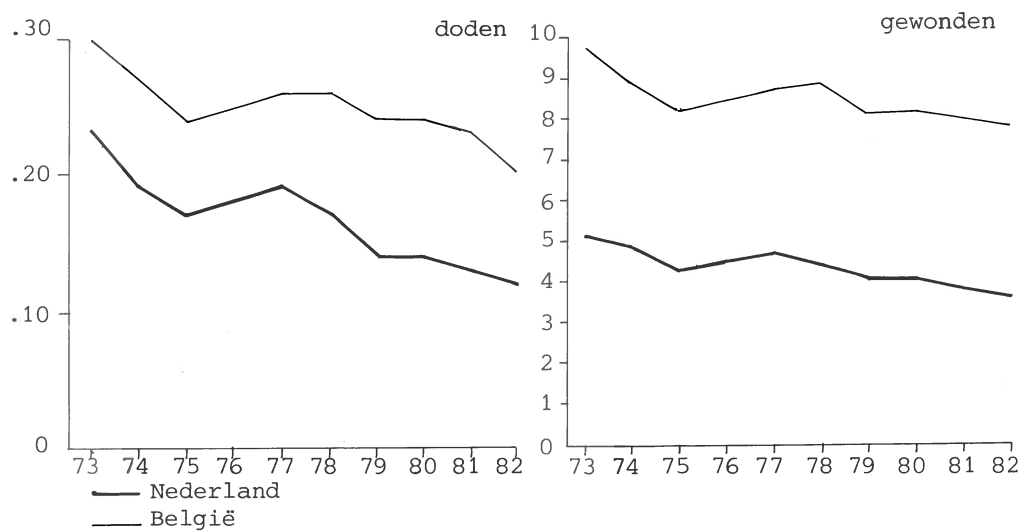
Tabel 2.7.: VERKEERSSLACHTOFFERS IN NEDERLAND EN BELGIË IN DE PERIODE 1973-1982; GLOBAAL EN PER 1000 INWONERS.

jr.	B				Nl			
	doden		gewonden		doden		gewonden	
	globaal	per 1000 inwoners	globaal	per 1000 inwoners	globaal	per 1000 inwoners	globaal	per 1000 inwoners
'73	2915	.30	94745	9.71	3092	.23	70361	5.22
'74	2665	.27	87821	8.97	2546	.19	66212	4.86
'75	2346	.24	82132	8.37	2321	.17	59979	4.37
'76	2488	.25	84063	8.56	2432	.18	62304	4.51
'77	2522	.26	85818	8.72	2560	.19	64900	4.70
'78	2589	.26	87274	8.86	2294	.17	62130	4.47
'79	2326	.24	81779	8.30	1977	.14	56621	4.05
'80	2396	.24	82304	8.34	1997	.14	56623	4.02
'81	2216	.23	79588	8.07	1807	.13	53505	3.76
'82	2064	.20	77693	7.88	1710	.12	52213	3.65

Bronnen: - Statistisch Zakboek, 1965-1983.

- Statistisch Zakjaarboek 1983.

Figuur 2.9.: VERKEERSSLACHTOFFERS PER 1000 INWONERS, 1973-1982.



NOTEN

1. De tamelijk sterke vergrijzing in België zal er mede debet aan zijn, dat er minder bejaarden in aparte bejaardenoorden vertoeven ($\pm$ 5% in Vlaanderen (Dooghe en Bruynooghe; 1983) en $\pm$ 8% in Nederland (Statistisch Zakboek, 1983)) en dat de onderhoudsplicht van kinderen met betrekking tot hun ouders in België niet is afgeschaft, maar dat in Nederland bij de invoering van de Algemene Bijstands Wet in 1966 wel is gebeurd (Knipscheer 1984).
2. Uitgezonderd wellicht de gegevens over de doodsoorzaken voor wat het betrouwbaarheidsaspect betreft.
3. Deze auteurs wijzen er trouwens verder op, dat sterfte als indicator van gezondheid daarmee niet alle waarde verloren heeft. Bovendien de reeds vermelde voordelen ten aanzien van de vergelijking tussen diverse landen, kan ook interessante informatie verkregen worden met betrekking tot differentiële sterfte. Ook de relatie tussen veranderingen in sterfte en veranderingen in het aanbod van gezondheidszorg blijft een interessant gegeven.
4. Kanker valt in België (samen met geestesziekten, TBC, poliomyelitis en aangeboren aandoeningen) onder de categorie van de zogenoemde 'sociale ziekten in engere zin'. De kosten van behandeling van deze ziekten worden door het Rijk gedragen voor 95% in plaats van door de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Laporte e.a. p.93). Voor de patiënt maakt dit niet uit, voor het ziekenfonds wel. Deze instelling heeft er belang bij om ieder die aan een 'sociale ziekte' lijdt te registreren.
5. In landen met een toeristendeficit (België-Nederland) wordt door de inwoners meer alcohol in het buitenland geconsumeerd, dan door buitenlanders in het eigen land. Grensverkeer (sterk afhankelijk van wisselkoersen, accijnsbeleid en contrôle-intensiteit) kan voor kleine volkshuishoudingen als de Belgische en Nederlandse met een groot grensgebied voor behoorlijke vertekeningen zorgen.

LITERATUUR

Branche-rapport tabak: markt en marketing. Centrum voor Informatie over de Media (CIM). Brussel, Krantengroep de Standaard, 1982.

Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979. Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Dooghe, G., en R. Bruynooghe, Commentaar op Knipscheer. **Gezondheid en Samenleving**, 5, 1984, p.90.

Eerstelijnsgezondheidszorg. Nationaal Programma in de Sociale Wetenschappen, Programmatie van het Wetenschapsbeleid, deel 1A, Brussel, 1978.

Gadourek, I., **Riskante gewoonten en de zorg voor het eigen welzijn.** Groningen, Wolters, 1963.

Gehandicapten welgeteld. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

Health Services in Europe, third edition, vol. 2. World Health Organization. Copenhagen, 1981.

Heek, F. van, **Het geboorteniveau der Nederlandse Rooms-Katholieken.** Leiden, Sociologisch Instituut der Rijksuniversiteit te Leiden, 1954.

Het aantal rokers daalt in België. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO). Persbericht, Brussel, 1984.

Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld geschonken? Produktschap van Gedistilleerde Dranken, Schiedam, 1980.

Hoogendoorn, D., Wellicht dalende incidentie van het acute myocardinfarct. **Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde**, 127, 1983, 688-692.

Jaarverslag. Belgisch-Luxemburgse federatie tabaks verwerkende industrieën, Brussel, 1983.

Joossens, L., **De gedragingen en houdingen van de Vlaamse bevolking in verband met tabaksverbruik.** Brussel, Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, 1981.

Knipscheer, C.P.M., De familie­zorg binnen het bejaardenbeleid: stand van zaken en ontwikkelingen. **Gezondheid en Samenleving**, 5, 1984. p. 80-92.

Laporte, F., J. van Hecke en F. Berghmans, **Naar een basisinformatie-**

systeem in de gezondheidszorg: een conceptuele, empirische en beleidsmatige benadering. Nationaal Onderzoeksprogramma in de sociale wetenschappen, Programmatie van het Wetenschapsbeleid, Brussel 1981.

Leowski, Ch.W.I., **Review and analysis of health and health related indicators with emphasis on indicators for primary health care.** WHO, doc. 78.359, 1978.

Les non-fumeurs sont majoritaires. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO), Persbericht, Brussel, 1983.

Maas, P. van der, en J.D.F. Habbema, Standaardiseren van ziekte- en sterftecijfers: mogelijkheden en beperkingen. **Tijdschrift voor sociale geneeskunde**, 1981. 51, 259-270.

Patrick, D. en S. Guttmacher, Socio-political issues in the use of health indicators. In: A.I. Culyer (Ed.), **Health Indicators**. Oxford, Martin Robertson, 1983, p.34-83.

Reek, J. van, R.A. Knibbe en M.J. Drop, Ontwikkelingen in alcoholgebruik in Nederland tussen 1958 en 1981. **Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg**, 1983, 61, 954-959.

Reek, J. van, Rookgedrag in Nederland van 1958-1982. **Tijdschrift voor Alcohol en Drugs**, 9, 1983.

Reek, J. van, Veranderingen in de Nederlandse consumptie van tabakswaaren sinds de Tweede Wereldoorlog. **Tijdschrift voor Alcohol en Drugs**, 10, 1984.

Statistical Yearbook of the Netherlands. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, jaarlijkse uitgave.

Statistiek van Verkeersongevallen op de openbare weg. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

Statistisch Zakboek. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, jaarlijkse uitgave.

Sterfte naar belangrijke doodsoorzaken 1950-1977 . Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Statistisch Jaarboek van België . Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, jaarlijkse uitgave.

Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, Centrum voor Informatieverwerking, Brussel, jaarlijkse uitgave.

Statistisch Zakjaarboek. Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, jaarlijkse uitgave.

Sturmans, F., **Epidemiologie, theorie, methoden en toepassing.** Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1982.

Tachtig jaren statistiek in tijdsreeksen. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.

Vuylsteek, K., Ongelijkheid tegenover ziekte en dood in: W.J. Eijlenbosch, K. Vuylsteek, A.M. Deposter en A.Z. Meheus. (red.), **Topics uit de Sociale Geneeskunde**, Leuven, Acco, 1984.

3. AANBODZIJDE IN DE BELGISCHE EN NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

P.P. Groenewegen en X. Leroy

3.1. INLEIDING

3.2. DE VERGELIJKBAARHEID VAN GEGEVENS OVER DE AANBODZIJDE IN NEDERLAND EN BELGIË

3.3. BEROEPSBEOEFENAREN WERKZAAM IN DE GEZONDHEIDSZORG

3.3.1. Artsen

3.3.2. Tandartsen

3.3.3. Apothekers

3.3.4. Verloskundigen

3.3.5. Fysio-, kinesi-therapeuten

3.3.6. Besluit

3.4. INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

3.4.1. Instellingen voor somatische zorg

3.4.2. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

3.4.3. Instellingen voor thuisverpleging

3.5. DE OPLEIDING VAN BEROEPSBEOEFENAREN IN DE GEZONDHEIDSZORG

3.1. INLEIDING

Tot de aanbodzijde van de gezondheidszorg horen personen die geneeskundige zorg verlenen en de instellingen van waaruit geneeskundige verzorging plaatsvindt. Kenmerken van de aanbodzijde die van belang zijn bij de vergelijking van gezondheidszorgsystemen zijn:

- de toegankelijkheid van de aanbieders van zorg in formele of financiële zin: rechtstreeks toegankelijk of alleen na tussenkomst van een andere hulpverlener toegankelijk (restitutie van gemaakte kosten of verstrekking in natura is in een aantal gevallen alleen mogelijk na verwijzing);
- de toegankelijkheid in materiële zin: omvang en geografische spreiding van het aanbod;
- de organisatorische structuur waarin de zorg wordt verleend: door individuele voor eigen risico werkende hulpverleners of door organisaties of instellingen;
- de aard van de zorg die verleend wordt: somatische zorg of geestelijke gezondheidszorg, zorg bij acute problemen of zorg voor chronische ziekten, enzovoort;
- de beschikbaarheid van alternatieve zorgsystemen: niet-universitair opgeleide genezers als alternatief voor artsen, verpleeghuisbedden als alternatief voor een deel van de capaciteit van algemene ziekenhuizen, thuisverpleging en gezinsverzorging als alternatief voor ziekenhuisopnamen.

De Belgische en Nederlandse gezondheidszorgsystemen verschillen sterk op deze punten, zoals zal blijken uit de volgende paragrafen. Dit betekent dat in een aantal gevallen rechtstreekse vergelijking van gegevens in één tabel of grafiek niet mogelijk is.

Naast gegevens over aantallen beroepsbeoefenaren en instellingen en hun capaciteit is een ander gezichtspunt dat in dit hoofdstuk aan de orde zal komen dat van de beroepskrachtenplanning. Daarbij zijn behalve een beschrijving van het zittende contingent of de mankracht op een bepaald moment ook de duur van de opleiding, de capaciteit van de opleiding en het aantal personen in opleiding van belang. We beperken ons hierbij tot de beroepen met een langere opleiding, zoals artsen, omdat die voor beleids- en planningsdoeleinden het belangrijkste zijn.

De indeling van het hoofdstuk over de aanbodzijde van de gezondheidszorg is als volgt. In de navolgende paragraaf zal eerst een overzicht gegeven worden van de te behandelen hulpverleners en instellingen en van de verschillen in hun positie in de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg.

De derde paragraaf is gewijd aan personen werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg. In deze paragraaf komen die medische en paramedische beroepsbeoefenaren aan de orde die in één of beide systemen een (zekere mate van) zelfstandige beroepsuitoefening kennen. In de vierde paragraaf komen de instellingen aan de orde: ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en thuisverpleging. De vijfde paragraaf is gewijd aan de opleiding van beroepsbeoefenaren in Nederland en België.

3.2. DE VERGELIJKBAARHEID VAN GEGEVENS OVER DE AANBODZIJDE IN NEDERLAND EN BELGIË

Voor we de concrete gegevens over de aanbodzijde van de gezondheidszorg naast elkaar zetten, is het goed om even stil te staan bij enkele belangrijke verschillen tussen beide systemen die van invloed zijn op de vergelijkbaarheid van de gegevens. We volgen daarbij de vijf punten die in de inleiding genoemd zijn en die van belang zijn bij de vergelijking van systemen.

Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg is het belangrijkste punt wel de toegankelijkheid van medische specialisten. In Nederland zijn alleen de huisartsen rechtstreeks toegankelijk en kunnen specialisten slechts op verwijzing van een huisarts geraadpleegd worden (met uitzondering uiteraard van acute noodsituaties zoals verkeersongelukken). Strikt genomen geldt dit alleen voor ziekenfondsverzekerden, maar ook particuliere ziektekostenverzekeraars stellen vaak de eis van een verwijzing alvorens zij tot restitutie overgaan.

In België zijn specialisten rechtstreeks toegankelijk. Daardoor worden met name de zogenaamde populaire specialismen - interne geneeskunde (met uitzondering van de meer gespecialiseerde subspecialismen, zoals maag-darmziekten, cardiologie), pediatrie en gynaecologie¹ - vaker rechtstreeks geraadpleegd. Bij vergelijkingen van de omvang van de aanbodzijde is het daarom van belang om niet alleen het aantal huisartsen en het aantal specialisten en de verhouding tussen beide aantallen te vergelijken, maar ook het aantal huisartsen + populaire specialisten te bekijken (de 'primary care physicians' in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem). Oogartsen worden zowel in België als in Nederland voor refractie-afwijkingen veelal zonder voorafgaande verwijzing geraadpleegd.

Bij vergelijking van het aanbod op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening moet erop gewezen worden dat apothekers in België meer 'nevenproducten' (niet uitsluitend op recept of bij apotheek verkrijgbare middelen) in hun assortiment hebben.

Daarnaast is een vergelijking van het aantal apothekers zonder meer niet volledig, omdat in Nederland nog een relatief groot deel van de geneesmiddelenvoorziening ten platte lande door apotheekhoudende huisartsen geschiedt.

Wat betreft de toegankelijkheid, is er tenslotte nog een verschil op het gebied van de thuisverpleging. De diensten van de Kruisorganisaties in Nederland - curatieve en preventieve zorg door wijkverpleegkundigen - zijn rechtstreeks toegankelijk, terwijl deze diensten in België alleen na tussenkomst van een arts geleverd worden.

De organisatorische structuur waarin de zorg verleend wordt (en daarmee samenhangend ook voor een deel de aard van de verleende zorg) verschilt voor een aantal beroepsbeoefenaren duidelijk. Te noemen zijn de positie van de vroedvrouw, van de kinesitherapeut/fysiotherapeut en van de verpleegkundige.

Vroedvrouwen hebben zich in België ontwikkeld tot een assisterend beroep in klinieken en ziekenhuizen, terwijl in Nederland vroedvrouwen zelfstandig bevallingen leiden in het ziekenhuis, de polikliniek of bij de patiënt thuis. Zij vormen een zelfstandig beroep met een wette-

lijke status en de bevoegdheid tot uitoefening van een deel van de geneeskunst, namelijk het begeleiden van de normaal verlopende zwangerschap en baring. Voor wat betreft Nederland kan het aanbod aan verloskundige zorg dus niet beperkt blijven tot de huisartsen die bevallingen leiden en de gynaecologen-obstetrici, maar dienen ook de vroedvrouwen daartoe gerekend te worden.

De behandeling met bewegings- en oefentherapie, massagetherapie en fysische technieken geschiedt in Nederland door een beroepsgroep met een paramedische opleiding, de fysiotherapeuten. In België worden fysiotechnische applicaties alleen gerestitueerd als ze onder toezicht van medisch opgeleide fysiotherapeuten (vergelijkbaar met de revalidatie-artsen in Nederland) plaatsvinden, door wie deze prestaties ook gedeclareerd worden. In Nederland vormen fysiotechnische applicaties een belangrijk onderdeel van de behandeling in vrijgevestigde praktijken van fysiotherapeuten, terwijl deze in België alleen plaatsvinden in vrijgevestigde praktijken van kinesiotherapeuten als de patiënt de kosten ervan zelf draagt.

Tenslotte iets over de positie van de verpleegkundige. Meer dan in Nederland wordt in België door zelfstandige verpleegkundigen gewerkt die met een erkenning van Rijks Instituut voor de Ziekte- en Invaliditeits Verzekering voor eigen risico werken en per prestatie betaald worden. In Nederland is dit verschijnsel minder verbreid en werken verpleegkundigen nagenoeg enkel verbonden aan instellingen. Voor zover in Nederland verpleegkundigen zelfstandig werken, is dat geheel buiten de ziektekostenverzekering om en alleen voor privé-patiënten.

Verschillen wat betreft de aard van de verleende zorg zijn vooral van belang bij de vergelijking van het aanbod aan ziekenhuisbedden in beide landen. Zo is het aantal bedden in algemene ziekenhuizen in Nederland niet zonder meer te vergelijken met het aantal bedden in acute instellingen in België (bijvoorbeeld doordat de bedden in afzonderlijke kraaminrichtingen in België tot de acute bedden gerekend worden). Daarnaast is het aantal verpleeghuisbedden in België geringer dan in Nederland waardoor waarschijnlijk een deel van de zorg voor chronische en bejaarde patiënten plaatsvindt in bedden in acute ziekenhuizen, die niet als geriatrie bedden erkend zijn.²

Over verschillen in de omvang van het 'alternatieve circuit' in Nederland en België valt niet veel te zeggen. Er worden immers geen statistieken bijgehouden van het aantal alternatieve of zo men wil niet-universitair opgeleide genezers. Wel valt er iets te zeggen over verschillen in de omvang van de zorgsector. De sector van de gezinsverzorging is in Nederland ruimer bemand dan in België, waardoor in een aantal gevallen een alternatief bestaat voor de opname in een ziekenhuis.

3.3. BEROEPSBEOEFENAREN WERKZAAM IN DE GEZONDHEIDSZORG

3.3.1. Artsen

We zullen hier om te beginnen de ontwikkeling weergeven van het aantal artsen, van de verhouding tussen het aantal huisartsen en het aantal

specialisten en van de verhouding tussen het aantal huisartsen + populair specialisten en het aantal overige specialisten.

Tabel 3.1.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL ARTSEN IN NEDERLAND EN BELGIË.

Jaar	B		Nl	
	aantal	per 10.000 inwoners	aantal	per 10.000 inwoners
1950	8122	9.4	7751	7.7
1955	9598	10.9	10993	10.3
1960	11380	12.5	12630	11.1
1965	13473	14.3	13904	11.4
1970	14991	15.5	15644	12.1
1975	17272	17.7	20200	14.9
1980	23415	23.8	25947	18.4
1983	26593	26.9	28807	20.1

Bronnen: - Statistical yearbook of the Netherlands, 1950-1983.
 - Statistisch jaarboek van volksgezondheid, 1950-1983.

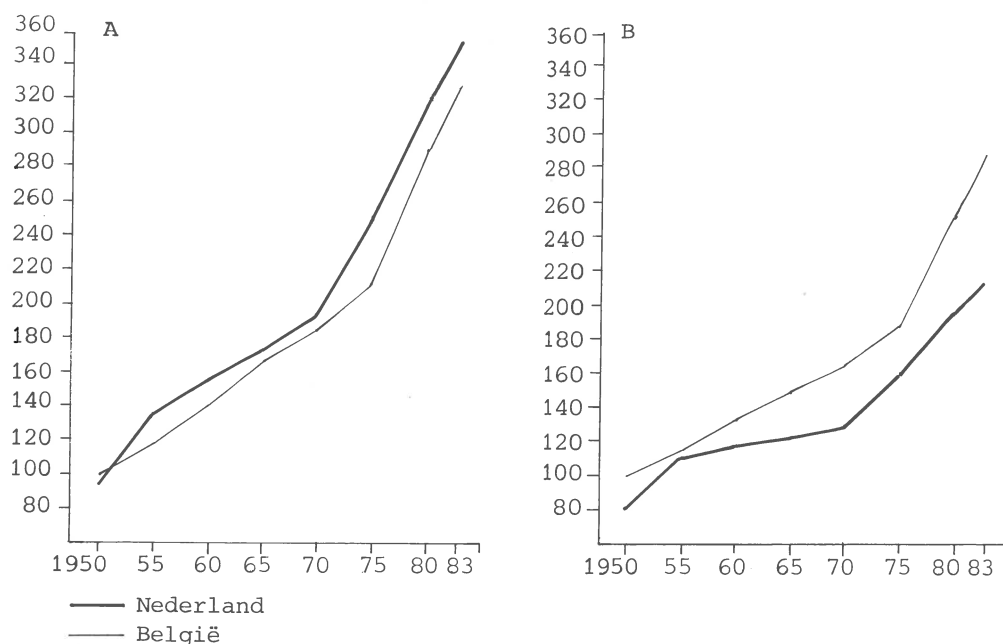
Sinds 1950 is het aantal artsen zowel in België als in Nederland zeer sterk toegenomen (gezien de discussies over 'medische overbevolking' zou men bijna zeggen schrikbarend toegenomen). Absoluut gezien is de toename in Nederland wat sterker geweest dan in België: het aantal artsen in 1983 is bijna het viervoudige van het aantal in 1950. In figuur 3.1 (zie volgende pagina) is deze ontwikkeling weergegeven met behulp van index-cijfers.

Door de sterkere bevolkingstoename in Nederland (zie ook hoofdstuk 2 van dit boek) is het aantal artsen per 10.000 inwoners toch wat minder snel gestegen dan in België. België telt in 1983 bijna 27 artsen per 10.000 inwoners en Nederland ruim 20. Vooral in de periode van snelle bevolkingsgroei tussen het eind van de jaren vijftig en 1970 nam het aantal artsen per 10.000 van de bevolking in Nederland nauwelijks toe. De index-cijfers van deze ontwikkeling zijn in figuur 3.1 B te zien.

Gegevens over de uitsplitsing van het totaal aantal geneesheren naar huisartsen en specialisten zijn voor Nederland beschikbaar vanaf 1960. Voor België zijn schattingen gemaakt van het aantal specialisten van 1960 tot 1970 en van het aantal huisartsen van 1965 tot 1970. De Belgische gegevens voor 1970 tot en met 1983 zijn afkomstig uit het registratiesysteem van de Service d'études socio-economiques de la Santé (voor een beschrijving van dit systeem zij verwezen naar Leroy, 1978).

De Nederlandse gegevens zijn voor wat de huisartsen betreft vanaf 1970 afkomstig uit het 'registratiesysteem van beroepen in de eerste lijnsgezondheidszorg' van het Nederlands instituut voor onderzoek van

Figuur 3.1.: INDEX-CIJFERS ONTWIKKELING VAN HET AANTAL ARTSEN IN NEDERLAND EN BELGIË (A: ABSOLUTE AANTALLEN, BELGIË 1950 = 100; B: PER 10.000 INWONERS, BELGIË 1950 = 100).



Bronnen: zie tabel 3.1.

Tabel 3.2.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL HUISARTSEN EN SPECIALISTEN IN NEDERLAND EN BELGIË.

Jaar	B				Nl			
	huis arts	per 10.000 inw.	specialist	per 10.000 inw.	huis- arts	per 10.000 inw.	specialist	per 10.000 inw.
1960			3894	4.3	4343	3.8	3732	3.3
1965	4866	5.2	5471	5.8	4416	3.6	5764	4.7
1970	5197	5.4	6887	7.1	4399	3.4	6489	5.0
1975	5966	6.1	7291	7.5	4689	3.4	6635	4.9
1980	7638	7.8	8549	8.7	5258	3.7	8939	6.3
1983	9097	9.2	9221	9.4	5603	3.9	9937	6.9

Bronnen: - Statistiek geneeskundigen, 1980.
 - Hingstman, 1985, tabel 1.
 - Fichier SESA.

de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). De Nederlandse gegevens hebben betrekking op het aantal huisartsen en specialisten zonder verdere correcties. De Belgische gegevens zijn uitgedrukt in equivalenten van

de volledige dagtaak. Bij de specialisten betreft het in de curatieve sector werkzame specialisten (exclusief specialisten in opleiding), die in het ziekenhuis of in de eigen praktijk buiten het ziekenhuis werken. Bij de huisartsen betreft het alleen de aantallen voor zover werkzaam buiten het ziekenhuis.

De Nederlandse gegevens zijn, zoals gezegd, veel minder specifiek; wel is het aantal specialisten exclusief de specialisten in opleiding, maar in hoeverre deze specialisten in de curatieve sector werkzaam zijn, is slechts bij benadering vast te stellen. Voor de latere jaren is het namelijk mogelijk een vergelijking met gegevens van het Nationaal Ziekenhuis Instituut te maken (Imamdi e.a., 1983).³ Daaruit blijkt dat het aantal werkzame specialisten in 1977 7039 bedraagt, terwijl het aantal volgens de Statistiek geneeskundigen op dat moment 7551 is.⁴ Voor Nederland moet dus rekening gehouden worden met een zekere overschatting van het aantal specialisten.

Het aantal huisartsen is in België in de periode 1965-1983 sterker toegenomen dan het aantal specialisten. Het verschil in dichtheid was dan ook in 1965 groter dan in 1983. In Nederland is het aantal huisartsen - zeker in relatie tot de bevolkingsomvang - maar weinig toegenomen. In 1960 waren er nog meer huisartsen dan specialisten, terwijl er in 1983 bijna tweemaal zoveel specialisten als huisartsen zijn.

Dit laatste, de verhouding tussen het aantal huisartsen en specialisten, wordt nog duidelijker als het aantal huisartsen uitgedrukt wordt als percentage van het aantal huisartsen plus het aantal specialisten. Analooq kan de verhouding tussen het aantal huisartsen + populaire specialisten ten opzichte van het totaal van specialisten en huisartsen berekend worden.

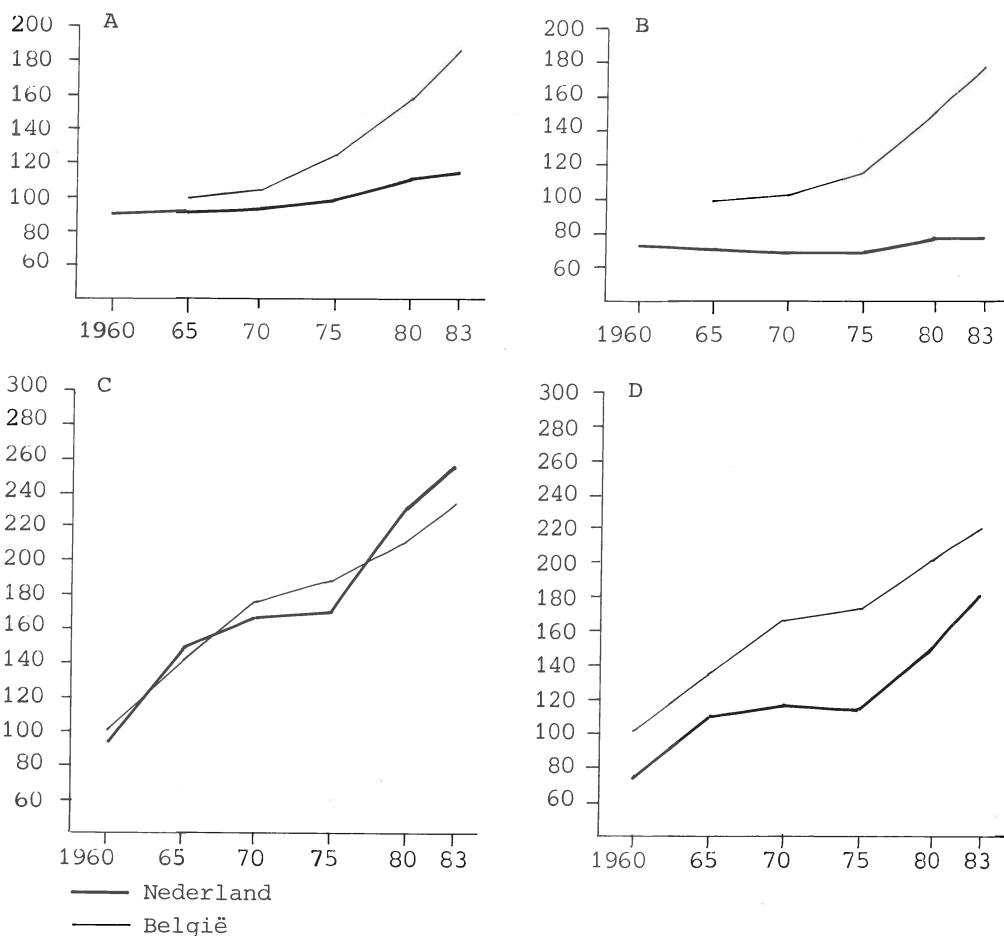
Tabel 3.3.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL HUISARTSEN EN HET AANTAL HUISARTSEN PLUS POPULAIRE SPECIALISTEN ALS PERCENTAGE VAN HET TOTAAL AANTAL HUISARTSEN PLUS SPECIALISTEN.

Jaar	B		Nl	
	% huisarts	% h.a.+pop.spec.	% huisarts	% h.a.+pop.spec.
1960			53.8	67.4
1965			43.4	56.9
1970	44.7	59.4	40.9	54.4
1975	45.9	61.5	42.0	58.2
1980	47.7	63.0	38.0	55.1
1983	50.3	64.9	36.2	53.3

Bronnen: - Statistiek geneeskundigen, 1980.
 - Hingstman, 1985, tabel 1.
 - Fichier SESA.

Voor het berekenen van dit percentage zijn voor België de werkzaamheden van huisartsen in ziekenhuizen meegeteld bij de berekening van het

Figuur 3.2: INDEX-CIJFERS ONTWIKKELING VAN HET AANTAL HUISARTSEN EN SPECIALISTEN IN NEDERLAND EN BELGIË (A: ABSOLUTE AANTALLEN HUISARTSEN, BELGIË 1965 = 100; B: HUISARTSEN PER 10.000 INWONERS, BELGIË 1965 = 100; C: ABSOLUTE AANTALLEN SPECIALISTEN, BELGIË 1960 = 100; D: SPECIALISTEN PER 10.000 INWONERS, BELGIË 1960 = 100).



Bronnen: zie tabel 3.2.

aantal huisartsen in 'full-time equivalenten'. Duidelijk is in deze tabel de daling van het relatieve aandeel van de huisartsen (en in mindere mate van huisartsen plus populaire specialisten) in Nederland.

Bij een vergelijking van de verdeling van de specialisten naar specialisme blijkt dat in een aantal gevallen de omschrijving van specialisten verschilt tussen Nederland en België. Bij een wat grovere indeling speelt dit echter nauwelijks een rol.

Tabel 3.4.: VERDELING NAAR SPECIALISME VAN DE NEDERLANDSE EN BELGISCHE SPECIALISTEN PER 1-1-1983.

	B		Ne	
	N	%	N	%
Populaire specialismen	2713	29.5	2665	26.8
waarvan: interne geneeskunde	1243	13.5	1385	13.9
kindergeneeskunde	776	8.4	666	6.7
gynecologie	694	7.5	614	6.2
Overige snijdende specialismen	2628	28.6	2341	23.6
waarvan: algemene heelkunde	934	10.1	857	8.6
cardio-pulmonale chir.	-	-	44	0.4
keel-, neus- en oorheelk.	312	3.4	394	4.0
mondziekten en kaakchir.	241	2.6	1	0.0
neurochirurgie	40	0.4	57	0.6
oogheelkunde	567	6.2	440	4.4
orthopedie	320	3.5	273	2.7
plastische chirurgie	48	0.5	86	0.9
urologie	156	1.7	189	1.9
thorax-chirurgie	1	0.0	-	-
vaat-chirurgie	3	0.0	-	-
abdomen chirurgie	6	0.1	-	-
Overige beschouwende specialismen	2088	22.7	3139	31.6
waarvan: allergologie	-	-	16	0.2
cardiologie	265	2.9	367	3.7
dermatologie	330	3.6	293	2.9
longziekten en tuberculose	144	1.6	326	3.3
maag- en darmziekten	83	0.9	31	0.3
revalidatie	-	-	192	1.9
reumatologie	43	0.5	86	0.9
fysische geneeskunde	211	2.3	-	-
reumatologie + fys. gen.	58	0.6	-	-
zenuw- en zielsziekten	-	-	868	8.7
neurologie	-	-	281	2.8
psychiatrie	-	-	679	6.8
neuropsychiatrie	954	10.4	-	-
Ondersteunende specialismen	1775	19.3	1792	18.0
waarvan: anesthesie	571	6.2	717	7.2
medische microbiologie	-	-	148	1.5
pathologische anatomie	-	-	232	2.3
klinische chemie	-	-	12	0.1
klinische biologie	429	4.7	-	-
radiologie	81	0.9	312	3.1
radiodiagnostiek	594	6.5	300	3.0
radiotherapie	100	1.1	71	0.7
	9204	100	9937	100

Bronnen: - Statistical yearbook of the Neth. 1983 - Fichier SESA.

Naast verschillen in definitie en erkenning van specialismen speelt bij de vergelijkbaarheid van deze cijfers het feit een rol dat voor België 'full-time equivalenten' van curatief werkzame specialisten gebruikt zijn. Het specialisme 'mondziekten en kaakchirurgie' is in Nederland op een enkele uitzondering na een specialisme binnen de tandheelkunde en wordt als zodanig niet meegerekend bij de medische specialisten. Dit verklaart voor een deel het verschil in percentage dat werkzaam is in de overige snijdende specialismen. Het percentage specialisten dat werkzaam is in de ondersteunende specialismen is voor beide landen nagenoeg gelijk. Het percentage dat werkzaam is in een der 'populaire' specialismen is iets groter in België. Het grootste verschil is te vinden in de categorie 'overige beschouwende specialisten'. Daarin is het percentage in Nederland veel groter. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door het grotere aantal psychiaters (de specialismen psychiatrie, neurologie en zenuw- en zielsziekten) en in mindere mate door een groter aantal cardiologen en specialisten in longziekten.

3.3.2. Tandartsen

De tandheelkunde wordt in België door vier categorieën beoefend:

- licentiaten in de tandheelkunde (88% van de tandartsen)
- geneeskundigen met een licentiaat in de tandheelkunde (4%)
- stomatologen (gespecialiseerde geneeskundigen met een licentiaat in de tandheelkunde 5%)
- personen die vóór 1930 een bevoegdheid hebben verkregen (3%)

In Nederland zijn twee groepen beroepsbeoefenaren actief in de tandheelkunde. Naast de tandartsen zijn nog $\pm$ 30 tandheelkundigen werkzaam. Al deze groepen zullen kortheidshalve als tandartsen aangeduid worden in de tabel met de cijfers over de ontwikkeling van het aantal beroepsbeoefenaren op het gebied van de tandheelkunde.

Het aantal tandartsen is zowel in Nederland als in België sterk toegenomen; in België bijna even sterk als het aantal geneeskundigen, in Nederland iets sterker dan het aantal geneeskundigen. Hoewel de ontwikkeling van de absolute aantallen uiteen loopt, is de ontwikkeling van de tandartsendichtheid nagenoeg gelijk in beide landen. De groei van het aantal tandartsen is in België tot 1975 tamelijk geleidelijk, maar daarna zeer sterk. In Nederland stijgen de index-cijfers van het begin af aan al wat sneller en vindt de grote toename al vanaf 1970 plaats.

De aantallen tandartsen die in tabel 3.5 weergegeven zijn, vormen een overschatting van het aanbod aan normale tandheelkundige zorg, omdat voor beide landen ook tandheelkundige specialisten erin opgenomen zijn en omdat een onbekend aantal niet-actieve tandartsen in deze statistiek opgenomen is. Het aantal tandheelkundige specialisten (stomatologen) maakt in 1983 in België 5% van het aantal tandartsen uit. Daarnaast is het aantal niet-actieve tandartsen in België door Minne (1982) geschat op 6%. Voor Nederland is voor de situatie in 1977 het aantal rustende tandartsen en specialisten tesamen op 5% geschat (Groenewegen & Van der Zee, 1982).

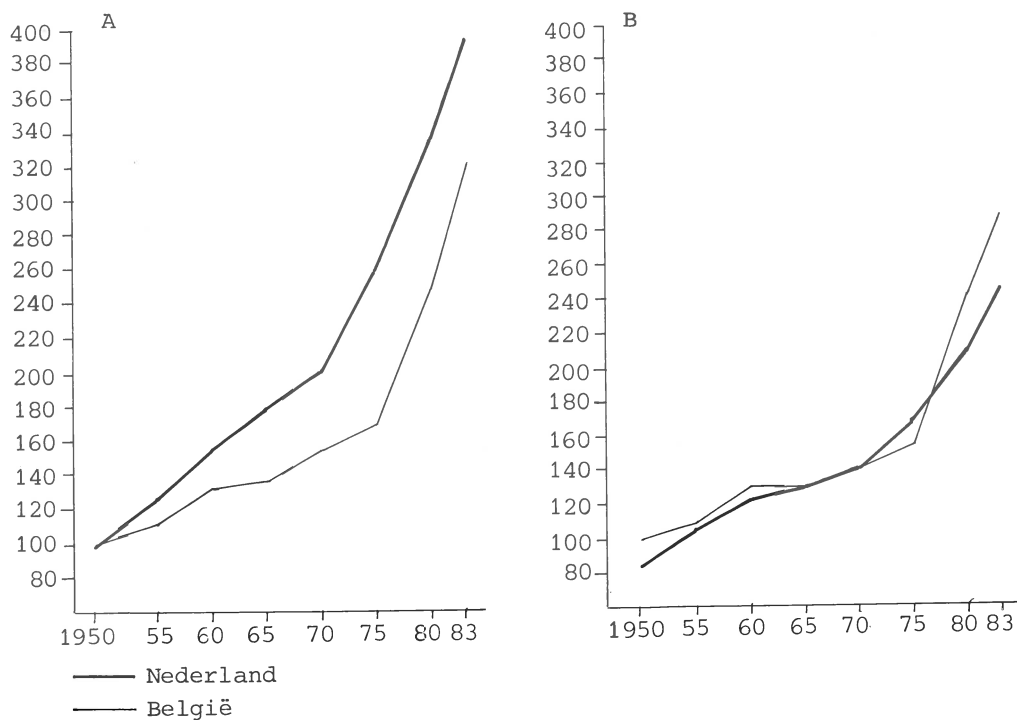
Tabel 3.5.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL TANDARTSEN IN NEDERLAND EN BELGIË.

Jaar	B		Nl	
	aantal	per 10.000 inwoners	aantal	per 10.000 inwoners
1950	1593*	1.8	1553	1.5
1955	1810	2.0	1979	1.9
1960	2106	2.3	2492**	2.2
1965	2146*	2.3	2837	2.3
1970	2435*	2.5	3205	2.5
1975	2724*	2.8	4110	3.0
1980	3943	4.0	5346	3.8
1983	5132	5.2	6271	4.4

* schatting op basis van de omliggende jaren, ** cijfer voor 1961.

Bronnen: - Statistical yearbook of the Netherlands
 - Het medisch en paramedisch aanbod in België.
 - Statistisch Jaarboek van volksgezondheid

Figuur 3.3.: INDEX-CIJFERS ONTWIKKELING VAN HET AANTAL TANDARTSEN IN NEDERLAND EN BELGIË (A: ABSOLUTE AANTALLEN TANDARTSEN, BELGIË 1950 = 100; B: TANDARTSEN PER 10.000 INWONERS, BELGIË 1950 = 100).



3.3.3. Apothekers

Wat betreft de geneesmiddelenvoorziening is er een zeer duidelijk verschil tussen Nederland en België. In België wordt de geneesmiddelenvoorziening door een groot aantal apothekers verricht; groot niet alleen in vergelijking met Nederland, dat samen met Denemarken de geringste apothekersdichtheid heeft van de EEG-landen, maar ook ten opzichte van de overige EEG-landen. Daarnaast is in België nog een klein aantal geneeskundigen bij de geneesmiddelenvoorziening betrokken (315 in 1983). In Nederland is de geneesmiddelenvoorziening ten platte lande nog voor een groot deel in handen van apotheekhoudende huisartsen (1019 in 1983). Dat betekent dat het voor Nederland geen zin heeft om het aantal apothekers per 10.000 inwoners te berekenen. Nog om een andere reden is het aantal apothekers in België en Nederland moeilijk vergelijkbaar. Het aantal apothekers uit de Nederlandse statistieken omvat de beherende apothekers en 2e apothekers in openbare apotheken en de ziekenhuisapotheken. De Belgische statistiek waarover we hier kunnen beschikken, omvat alle apothekers. Wel is voor België sinds 1971 (het jaar waarin het aantal apotheekvestigingen voor het eerst gereguleerd is) het aantal apotheken bekend.

We zullen daarom de ontwikkeling van het aanbod op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening voor beide landen apart weergeven. Daarnaast geven we voor 1983 de verdeling naar functie van respectievelijk de gediplomeerde apothekers en van de leden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie in België en Nederland.

Tabel 3.6.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL GEDIPLOMEERDE APOTHEKERS, APOTHEKEN EN DEPOTHOUDENDE GENEESKUNDIGEN IN BELGIË.

Jaar	gedipl.apothekers	apotheken	depot.h.geneesk.
1950	3778		1300
1955	4691		1346
1960	5266		1231
1965	5985		805
1970	6735	4948*	598
1975	6614	5138	498
1980	9389	5524	348
1983	10125	5543	315

* 1971

Bronnen: - Statistisch jaarboek van volksgezondheid.
- Het medisch en paramedisch aanbod in België.

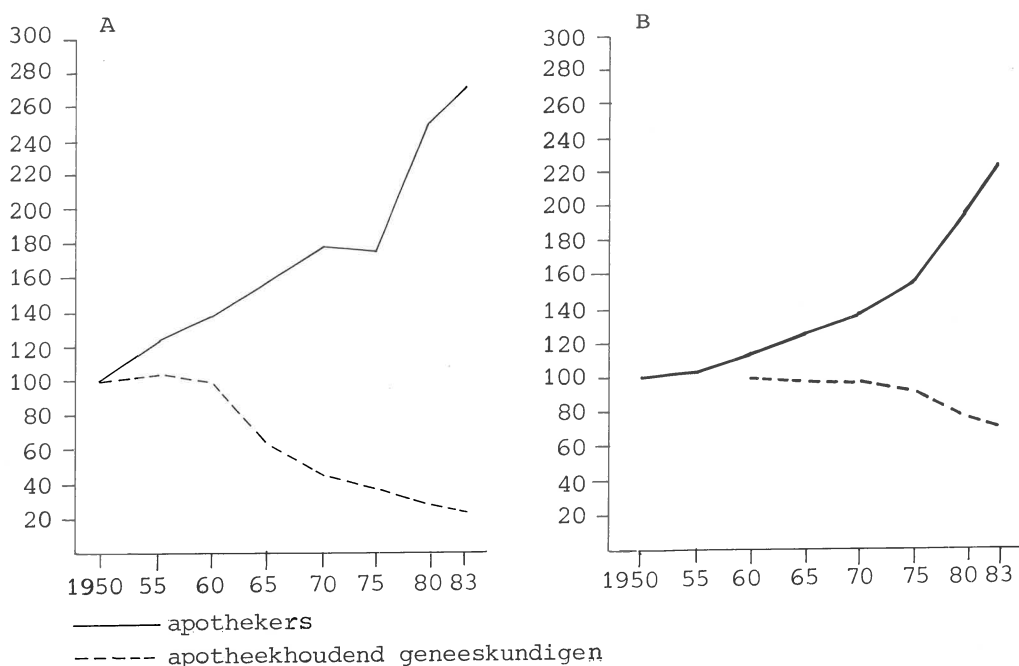
Tabel 3.7.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL APOTHEKERS (BEHEREND APOTHEKERS, TWEEDE APOTHEKERS EN ZIEKENHUISAPOTHEKERS) EN APOTHEEKHOUDENDE HUISARTSEN IN NEDERLAND.

Jaar	apothekers	apoth.h.huisartsen
1950	752	
1955	798	
1960	856*	1444
1965	947	1415
1970	1019	1396
1975	1166	1314
1980	1463	1084
1983	1672	1019

* 1961

Bronnen: - Statistical yearbook of the Netherlands
- Statistiek geneeskundigen

Figuur 3.4.: INDEX-CIJFERS ONTWIKKELING VAN HET AANTAL APOTHEKERS EN APOTHEEKHOUDENDE GENEESKUNDIGEN IN BELGIË (A; BELGIË 1950 = 100) EN NEDERLAND (B; NEDERLAND 1950 = 100).



Bronnen: zie tabel 3.6 en 3.7.

In beide landen is - zoals uit figuur 3.4 blijkt - het aantal apothekers (voor België alle gediplomeerde apothekers, voor Nederland het aantal beherende apothekers, tweede apothekers en ziekenhuisapothekers) fors gestegen. In België is het aantal gediplomeerde apothekers meer gestegen en het aantal apotheekhoudende geneesheren meer gedaald dan in Nederland.

In de tabellen 3.8 en 3.9 wordt een onderverdeling van de apothekers in Nederland en België naar functie gegeven.

Tabel 3.8.: VERDELING NAAR FUNCTIE VAN DE GEDIPLOMEERDE APOTHEKERS IN BELGIË PER 1 JANUARI 1983.

	aantal	percentage
officiene apothekers	6009	59.9
plaatsvervangers	1162	11.5
ziekenhuisapothekers	439	4.3
apothekers-biologen	26	0.2
industrie-apothekers	283	2.8
zonder praktijk	1537	15.2
andere beroepsactiviteiten	243	2.4
onbekend	426	4.2

Bron: Het medisch en paramedisch aanbod in België

Tabel 3.9.: VERDELING NAAR FUNCTIE VAN DE LEDEN VAN DE KNMP IN NEDERLAND PER 1 JANUARI 1983.

	aantal	percentage
beherende apothekers	1036	44.3
tweede apothekers	305	13.1
ziekenhuisapothekers	222	9.5
industrie-apothekers	90	3.9
apothekers elders werkzaam	267	11.4
apothekers zonder functie	417	17.8

Bron: Farmaceutisch jaaroverzicht 1982 in cijfers

3.3.4. Verloskundigen

De zorg rond de geboorte heeft zich in Nederland anders ontwikkeld dan in de overige West-Europese landen. Nederland is het enige land waar nog een groot deel van de bevallingen thuis plaatsvindt - een reden voor grote belangstelling uit 'alternatieve kringen' voor de verloskundige zorg in Nederland.

Vanouds worden vrouwen bij hun bevalling bijgestaan door 'wijze vrouwen'. In de loop van de tijd is die taak in veel landen overgenomen door de medische professie waarbij het beroep van de vroedvrouw zich ontwikkeld heeft tot een ondersteunend beroep voor de medische professie. In Nederland is het beroep van vroedvrouw echter een medisch beroep. Vroedvrouwen (of verloskundigen zoals zij tegenwoordig meestal genoemd worden) hebben de bevoegdheid om een deelgebied van de geneeskunde uit te oefenen, voor zover het de normale zwangerschap en bevalling betreft. In België heeft het beroep van vroedvrouw zich tot een ondersteunend, verpleegkundig beroep ontwikkeld.

Binnen de medische professie heeft zich zowel in Nederland als in België een specialisatie voorgedaan tot artsen voor verloskunde en vrouwenziekten, de gynaecologen-obstetrici. Daarnaast wordt in beide landen nog een deel van de bevallingen door huisartsen gedaan.

In België vinden bijna alle bevallingen plaats in ziekenhuizen of speciale kraaminrichtingen. In Nederland vindt nog steeds ruim een derde van de bevallingen thuis plaats (in 1970 was dat overigens nog meer dan de helft).

Tabel 3.10.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL GYNAECOLOGEN-OBSTETRICI EN VERLOSKUNDIGEN IN NEDERLAND EN BELGIË.

Jaar	B		Nl	
	gynec.- obstetrici	verloskundigen	gynec.- obstetrici	verloskundigen
1960	469	-	307	784*
1965	-	-	317	752
1970	472	1856	328	775
1975	577	1448	405	862
1980	672	1635	545	898
1983	694	1807**	614	974

* 1961

** 1982

Bronnen: - Statistiek Geneeskundigen.
- Statistical yearbook of the Netherlands.
- Fichier SESA.

Wat betreft de leiding bij de bevalling heeft zich in beide landen voor een deel een zelfde tendens voorgedaan, namelijk een daling van het aandeel van huisartsen. Van de bevallingen die onder leiding van een arts plaatsvonden, werd in België in 1960 nog 95% door huisartsen gedaan. Dit aandeel van huisartsen is gedaald tot 20% in 1975. In Nederland vond in 1960 ruim 45% van alle bevallingen plaats onder leiding van een huisarts. Dit aandeel is gedaald tot 16% in 1980 (Boerma, 1983). In dezelfde periode is het aandeel van de vroedvrouw in Nederland iets gestegen van ruim 35% tot bijna 40%, maar de duidelijkste stijging is te zien bij de gynaecologen: een stijging van 17% naar 44%

van alle bevallingen.

Na deze korte toelichting zijn in tabel 3.10 (zie vorige pagina) de cijfers over het zorgaanbod te lezen. Gezien het hierboven gestelde is de vergelijkbaarheid van de cijfers niet optimaal.

3.3.5. Fysio-, kinesi-therapeuten

Op het gebied van de 'uitwendige geneeswijzen' (oefentherapie, massagetherapie en fysische technieken) zijn in Nederland fysiotherapeuten werkzaam en in België kinesi-therapeuten en specialisten in fysische geneeskunde (die om het ingewikkeld te maken veelal aangeduid worden als fysiotherapeuten). We hebben het in het navolgende uitsluitend over de Belgische kinesi-therapeuten⁵ en de Nederlandse fysiotherapeuten.

We beschikken voor België over de ontwikkeling van het totaal aantal kinesi-therapeuten sinds 1965 (het jaar van het Koninklijk Besluit waarbij het diploma van gegradueerde in de kinesi-therapie werd ingesteld). Voor Nederland zijn dergelijke cijfers er niet. Daar beschikken we alleen over een schatting van het aantal actieve fysiotherapeuten, onderverdeeld naar de sector waarin zij werkzaam zijn.

Tabel 3.11.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL KINESITHERAPEUTEN IN BELGIË.

Jaar	aantal kinesi-therapeuten	per 10.000 inwoners
1965	2462	2.49
1970	4847	5.02
1975	7734	7.88
1980	10368	10.51
1983	11398	11.56

Bron: Het medisch en paramedisch aanbod in België.

Het aantal kinesi-therapeuten is in België spectaculair gestegen gedurende de afgelopen decennia. Uit onderzoek van Deliège en Gailly (te verschijnen) blijkt dat in 1980 87% van de kinesi-therapeuten hun beroep uitoefenen en dat ongeveer 40% van de actieve beroepsbeoefenaren in instellingen werkzaam is, in de helft van de gevallen gecombineerd met werkzaamheden in de vrije praktijk.

Hoewel gedegen cijfermateriaal voor Nederland ontbreekt, wijst alles op een minstens even snelle stijging. Volgens de 'enquête beroepsuitoefening 1975' (Geneeskundige Hoofdinspectie, 1977) zijn er in 1975 ruim 4900 fysiotherapeuten en heilgymnast-masseurs, van wie bijna 4000 werkzaam. De schatting van het aantal in 1981 (maart 1981) bedraagt 13.600, van wie 10.500 werkzaam zijn (Van Brunshot, 1981). Dit aantal komt nagenoeg overeen met dat voor België in 1980. Van deze fysiotherapeuten zijn er naar schatting 6000 werkzaam in de extramura-

le sector, 3500 in de intramurale sector en 1000 in overige dienstverlenende sectoren (Van Brunschot, 1981).

3.3.6. Besluit

Tot zover het overzicht van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in Nederland en België. De belangrijkste verschillen tussen Nederland en België zullen puntsgewijs worden samengevat.

- het totaal aantal geneeskundigen is in Nederland wat groter dan in België, maar gerelateerd aan de bevolkingsomvang is het aantal (per 10.000 inwoners) in België groter;
- het aantal huisartsen is in België veel groter dan in Nederland; het aantal medische specialisten is nagenoeg gelijk, maar het aantal specialisten per 10.000 inwoners is in België hoger;
- het aantal tandartsen is in Nederland groter; in relatie tot de bevolkingsomvang is er een bijna gelijk aanbod;
- het aantal apothekers is in België veel groter; een verdeling naar functie laat ondanks het verschil in schaal wel overeenkomst zien;
- het aantal verloskundigen is een onvergelykbare grootheid door het verschil in positie in het gezondheidszorgsysteem;
- het aantal kinesitherapeuten/fysiotherapeuten is bij benadering gelijk.

3.4. INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

Deze paragraaf is onderverdeeld in drie subparagrafen. De eerste is gewijd aan de instellingen voor somatische zorg: ziekenhuizen en verpleeghuizen of geriatrie instellingen. De tweede gaat over de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waarbij een onderscheid tussen instellingen voor residentiële en ambulante zorg wordt gemaakt. De derde subparagraaf gaat over de instellingen voor thuiszorg of wijkverpleging

3.4.1. Instellingen voor somatische zorg

Bij de vergelijking van gegevens over instellingen van gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, treedt het probleem van de vergelijkbaarheid meer op de voorgrond dan bij de vergelijking van gegevens over personen. Hoewel de opleiding en positie in het gezondheidszorgsysteem van beroepsbeoefenaren in Nederland en België verschilt, zijn beroepsbeoefenaren in zekere mate uitwisselbaar. De wetgever erkent ook de beroepsbeoefenaren wederzijds.

Bij gegevens over instellingen is de betekenis van de gegevens meer afhankelijk van conventies, namelijk de erkenning die een instelling heeft om in het kader van het verzekeringsstelsel een bepaalde vorm van zorg aan te bieden. De definities, die in de statistieken gehanteerd worden, krijgen dan al snel de vorm van 'een algemene zieken-

huis, is een ziekenhuis, dat als zodanig erkend is'.

In Nederland worden in de 'overzichten van de gegevens van ziekenhuizen', geen gegevens opgenomen omtrent psychiatrische inrichtingen, neurose-klinieken en sanatoria voor tuberculosepatiënten. Er wordt onderscheiden tussen algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en een aantal soorten categoriale ziekenhuizen, terwijl van de verpleeghuizen een aparte statistiek wordt bijgehouden. In België wordt een onderscheid gemaakt tussen: acute ziekenhuizen, geriatrische instellingen, gespecialiseerde instellingen, psychiatrische instellingen en sanatoria, terwijl het beddental voor elk dezer categorieën uitgesplitst wordt naar de aard van de erkenning ('Eerste en voornaamste statistische uitkomsten van de enquête in de verzorgingsinstellingen').

Doordat in België een nauwkeurig onderscheid gemaakt wordt tussen bedden met een verschillende erkenning, worden bijvoorbeeld geriatrische afdelingen van acute ziekenhuizen tot de geriatrische instellingen gerekend. Kraaminrichtingen (waarvan er in Nederland overigens nog slechts enkele zijn) worden in Nederland tot de categoriale ziekenhuizen gerekend, terwijl ze in België bij de acute ziekenhuizen horen.

Deze vooral definitorische verschillen, die gebaseerd zijn op het erkenningstelsel, leiden ertoe dat zoiets als 'het aantal bedden per 1000 inwoners' voor Nederland en België niet gemakkelijk vergeleken kan worden. We presenteren de gegevens daarom voor Nederland en België in aparte tabellen en geven slechts een bescheiden vergelijkend commentaar.

Tabel 3.12.: DE ONTWIKKELING VAN HET AANTAL ZIEKENHUIZEN (ALGEMENE, ACADEMISCHE EN CATEGORIALE ZIEKENHUIZEN) EN DE CAPACITEIT DAARVAN IN NEDERLAND.

Jaar	aantal ziekenhuizen	aantal bedden**	bedden per 10.000 inw.	index bed- den (abs)	index bed- den per 10.000 inwoners
1950	253*	41.949	4.18	100	100
1955	268	47.186	4.42	112	106
1960	276	55.214	4.84	132	116
1965	263	60.528	4.96	144	119
1970	254	68.645	5.30	164	127
1975	247	71.529	5.26	171	126
1980	230	70.590	5.01	168	120
1983	224	67.684	4.72	161	113

* 1951

** exclusief wiegen voor gezonde zuigelingen

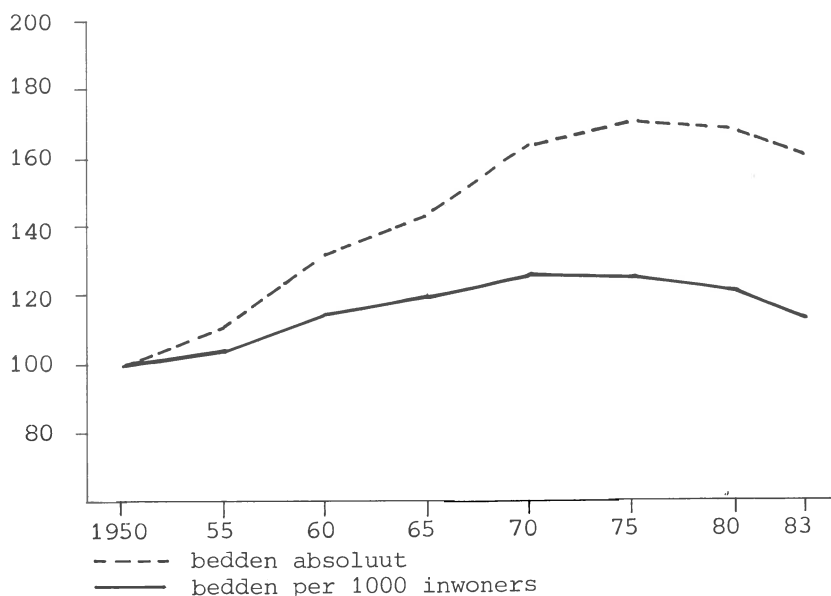
Bronnen: - Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland.
- Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens.

Aan de stijging van het aantal bedden in algemene, academische en categoriale ziekenhuizen is in de tweede helft van de jaren zeventig een einde gekomen. De groei van het aantal bedden gerelateerd aan de bevolkingsomvang (bedden per 1000 inwoners) was al eerder gestopt.

Uit het feit dat het aantal ziekenhuizen gedaald is bij een stijgend aantal bedden kan afgeleid worden dat er in het Nederlandse ziekenhuiswezen een schaalvergroting heeft plaats gehad: van gemiddeld 166 bedden per instelling in 1950 tot ruim 300 in 1983.

De verdeling van het totaal aantal ziekenhuisbedden per 1-1-1983 over de algemene, academische en categoriale ziekenhuizen is als volgt: algemene ziekenhuizen 55.440 bedden (82% van het totaal), academische ziekenhuizen 6.701 bedden (10% van het totaal) en categoriale ziekenhuizen 5.543 bedden (8% van het totaal).

Figuur 3.5.: INDEX-CIJFERS ONTWIKKELING VAN HET AANTAL ZIEKENHUISBEDDEN, ABSOLUUT EN PER 1000 INWONERS IN NEDERLAND (1950 = 100).



Bronnen: zie tabel 3.12.

De grootste groep categoriale ziekenhuizen wordt in Nederland gevormd door instellingen voor revalidatie. Enkele categoriale ziekenhuizen worden alleen tot de categoriale ziekenhuizen gerekend omdat zij afzonderlijke instellingen vormen die in andere gevallen gewoon een afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis zijn (zoals een academisch oogziekenhuis in Utrecht, terwijl andere academische ziekenhuizen een afdeling oogheelkunde hebben).

In de Belgische enquête van de verzorgingsinstellingen wordt de volgende indeling van de ziekenhuisbedden gehanteerd: acute bedden, psychiatrische bedden, geriatrie bedden, bedden met de erkenning 'S' (diensten voor specialiteiten) en bedden in sanatoria. We geven allereerst het aantal instellingen en bedden in de acute sector weer.

Tabel 3.13.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL INSTELLINGEN VOOR ACUTE ZIEKTEN EN DE CAPACITEIT DAARVAN IN BELGIË.

Jaar	aantal instellingen	aantal bedden	bedden per 1000 inw.	index bedden (abs)	index bedden per 1000 inw.
1965	369	42.510	4.51	100	100
1970*	345	45.132	4.67	106	104
1975	312	50.417	5.15	119	114
1980	288	53.477	5.43	126	120
1982	283	54.749	5.56	129	123

* voor 1970 zijn de gemiddelde aantallen van 1969 en 1971 gebruikt.

Bron: - Eerste en voornaamste statistische uitkomsten van de enquête in de verzorgingsinstellingen.

De ontwikkeling van het aantal bedden in instellingen voor acute ziekten vertoont in de periode die in tabel 3.13 weergegeven is, een voortdurende stijging. Dit in tegenstelling tot de situatie in Nederland waar het beddental dalende is.

Zou men het aantal bedden in acute instellingen in België vergelijken met het aantal bedden in algemene ziekenhuizen in Nederland, dan blijkt dat de aantallen elkaar absoluut gezien niet zover ontlopen: ruim 55.000 bedden in algemene ziekenhuizen in Nederland in 1983 en bijna 55.000 bedden in instellingen voor acute ziekten in België in 1982. Gerelateerd aan de bevolkingsomvang van beide landen is er echter een duidelijk verschil: 5.56 acute bedden per 1000 inwoners in België en 3.87 bedden in algemene ziekenhuizen in Nederland.

De omvang van de ziekenhuizen is in België kleiner dan in Nederland, hoewel ook in België een schaalvergroting heeft plaatsgevonden (gemiddeld 115 bedden per instelling voor acute ziekten in 1965 en 193 in 1982).

Het totaal aantal bedden in academische ziekenhuizen bedraagt in 1982 in België 8.236; het aantal in sanatoria 407 en het aantal in instellingen met de erkenning 's' bedraagt 1.982.

De verdeling van de bedden in instellingen voor acute ziekten naar de verschillende erkende diensten is weergegeven in tabel 3.14 op volgende pagina.

Het merendeel van de bedden valt onder de erkende diensten voor diagnose en heelkundige of geneeskundige behandeling (C, D, en H*). Daar-

opvolgend in omvang zijn de dienst voor kindergeneeskunde en de kraamdienst. De bedden in speciale kraamklinieken vallen hier ook onder.

Zoals gezegd worden die in Nederland, voor zover ze nog bestaan, tot de categoriale instellingen gerekend.

Tabel 3.14.: VERDELING NAAR ERKENDE DIENST VAN DE BEDDEN IN INSTELLINGEN VOOR ACUTE ZIEKTEN IN BELGIË, 1-1-1982.

Erkende dienst	aantal bedden
Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling (erkend onder kenletter C)	21.752
Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (D)	17.565
Dienst voor gewone hospitalisatie (H)	211
Dienst voor gemengde hospitalisatie (C + D) = (H*)	904
Dienst voor besmettelijke aandoeningen (L)	260
Kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek (M)	4.765
Dienst voor kindergeneeskunde (E)	5.818
Dienst voor vroeggeboren en zwakke pasgeboren kinderen (N)	837
Dienst voor specialiteiten (S)	158
Dienst voor neuro-psiatrie (P)	147
Dienst voor tuberculosebehandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis (B)	285
Dienst voor intensieve verzorging (I)	826
Dienst voor neuro-psiatrie voor observatie en behandeling (A)	1.221
Totaal	54.749

Bron: - Eerste en voornaamste statistische uitkomsten van de enquête in de verzorgingsinstellingen.

Het eigendom van ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen ligt zowel in Nederland als in België in meerderheid bij private instellingen, veelal van confessionele huize. Een aantal ziekenhuizen in België is eigendom van ziekenfondsen. In Nederland is een dergelijke constructie niet mogelijk.

Het aantal bedden in verpleeghuizen voor chronische patiënten in Nederland zullen we vergelijken met het aantal bedden in geriatrische instellingen in België. Ook hier komen beide categorieën instellingen niet helemaal overeen, maar gezien de samenstelling van het patiëntenbestand van verpleeghuizen in Nederland - het merendeel bestaat uit bejaarden - lijken ze wel vergelijkbaar.

Het aantal verpleeghuizen en het aantal erkende verpleeghuisbedden is in Nederland sterk toegenomen in de afgelopen decennia, zoals in tabel 3.15 te zien is.

Tabel 3.15.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL VERPLEEGHUIZEN EN VERPLEEGHUISBEDDEN IN NEDERLAND.

Jaar	aantal verpleeghuizen	aantal bedden	bedden per 1000 inwoners
1965	128	10.581	0.87
1970	192	21.054	1.62
1975	233	31.279	2.30
1980	324	46.916	3.33
1983	330	47.456	3.32

Bronnen: - Jaarverslag geneeskundige hoofdinspectie
- Statistisch zakboek.

Het aantal verpleeghuizen is binnen twee decennia twee-en-half maal zo groot geworden, terwijl het aantal bedden verviervoudigd is.

Binnen de categorie verpleeghuizen kan nog een onderscheid gemaakt worden tussen verpleeghuizen voor somatische patiënten, voor psycho-geriatrische patiënten en verpleeghuizen, die beide categorieën patiënten behandelen. De onderliggende getalsverhouding qua aantal bedden is in 1980 als volgt:

- verpleeghuizen voor somatische patiënten: 39% van de bedden
- verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten: 24% van de bedden
- gecombineerde verpleeghuizen: 37% van de bedden

In België is zowel het aantal geriatrische instellingen als het aantal bedden veel lager dan in Nederland voor de verpleeghuizen. Overigens zijn in de Belgische statistiek de geriatrische diensten van algemene ziekenhuizen als afzonderlijke geriatrische instellingen geteld. Het aantal bedden per 1000 inwoners is in België in 1980 1.12, terwijl het in Nederland dan al 3.3 is. Men mag aannemen dat dit verschil het verschil in het aantal bedden per 1000 inwoners in algemene (voor Nederland) en acute (voor België) ziekenhuizen voor een deel zal compenseren.

Tabel 3.16.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL GERIATRISCHE INSTELLINGEN EN BEDDEN IN BELGIË.

Jaar	aantal geriatrische instellingen	aantal bedden	bedden per 1000 inwoners
1971	33	3.285	0.34
1975	66	6.788	0.69
1980	123	11.072	1.12
1982	146	12.449	1.26

Bron: - Statistisch jaarboek van volksgezondheid.

De bedden in geriatrische instellingen kunnen als volgt onderverdeeld worden naar de aard van de erkenning (1-1-982):

- dienst voor geriatrie en revalidatie: 2.731 bedden
- dienst voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen: 8.563 bedden
- dienst voor psycho-geriatrie: 456 bedden.

3.4.2. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg vindt zowel in België als in Nederland grotendeels plaats vanuit instellingen waar hulpverleners van verschillende disciplines - medische, verpleegkundige, sociale - werkzaam zijn. Slechts een klein deel vindt plaats door consultaties met vrij gevestigde psychiaters. Vandaar dat dit hoofdstuk de titel 'instellingen van geestelijke gezondheidszorg' draagt.

De geestelijke gezondheidszorg wordt wel in drie sectoren ingedeeld: de intramurale sector (psychiatrische ziekenhuizen en dergelijke), de semimurale sector (dagbehandeling, beschermende woonvormen) en de ambulante sector, waartoe naast de zelfstandig gevestigde psychiaters de poliklinische zorg en de consultatieburo's een plaats hebben.

Gegevens omtrent de intramurale sector zijn het gemakkelijkst te verkrijgen en waarschijnlijk het best vergelijkbaar tussen beide landen. Immers, gegevens over de capaciteit van psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen danwel erkende diensten van neuropsychiatrie van instellingen voor acute zieken zijn bekend uit de ziekenhuisstatistieken.

Moeilijker ligt het voor de semimurale en ambulante sector. De ontwikkelingen op dit terrein verschillen in beide landen. Zo vormen beschermende woonvormen in Nederland een substantieel deel van de semimurale sector, terwijl ze in België nog pas in opkomst zijn. De structurering van de ambulante sector is in beide landen nog in volle gang (regionalisering).

Wat betreft het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen is er geen groot verschil tussen België en Nederland. Tabel 3.17 geeft de ontwikkeling weer sinds 1978.

Tabel 3.17.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL BEDDEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN IN BELGIË EN NEDERLAND SINDS 1978.

Jaar	B		Nl	
	aantal bedden	per 1000 inw.	aantal bedden	per 1000 inw.
1978	24.938*	2.54	24.946	1.79
1980	24.506	2.49	24.271	1.72
1982	23.099	2.34	24.539	1.72

* 31-12-1977

Bronnen: - Statistisch Jaarboek van volksgezondheid, 1982.
- De Haen z.j., 1982, 1984.

In België is er al jaren een daling in het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen te constateren (een daling van 13% sinds 1971).

De totale capaciteit van de intramurale sector is groter dan alleen het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen. Voor Nederland zijn er nog de bedden in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische universiteitsklinieken, de bedden in verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden en de psycho-geriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen en de bedden in klinieken voor patiënten die ter beschikking van de regering gesteld zijn.

In België zijn er naast de psychiatrische ziekenhuizen de bedden die erkend zijn als diensten voor neuro-psychiatrie in de instellingen voor acute zieken, de bedden in de dienst psycho-geriatrie van geriatrische instellingen en de bedden in de instellingen van 'sociaal verweer'.

Voor 1982 is de omvang en de onderverdeling van de totale intramurale sector in Nederland en België weergegeven in tabel 3.18 op de volgende pagina. Het grote verschil in de capaciteit van de intramurale sector van de geestelijke gezondheidszorg tussen Nederland en België is te vinden in de psycho-geriatrische bedden. De totale capaciteit is in Nederland bijna het dubbele van die in België. Een groot deel van de psycho-geriatrische patiënten zal - naar men mag aannemen - in België in algemene psychiatrische ziekenhuizen behandeld worden.

Wat betreft de semimurale voorzieningen zijn voor Nederland gegevens bijeengebracht in het statistische overzicht van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (GGZ in getallen 1982) over beschermende woonvormen en psychiatrische dagbehandeling. De beschermende woonvormen bieden in Nederland in 1982 2851 plaatsen. De psychiatrische dagbehandeling heeft een totale capaciteit van 2348 plaatsen.

Daarnaast is een deel van de semimurale sector niet apart geregistreerd en maakt deel uit van de bedden capaciteit van de intramurale sector.

Voor België is de capaciteit betreffende de semimurale voorzienin-

Tabel 3.18.: VERDELING VAN HET AANTAL BEDDEN IN DE INTRAMURALE SECTOR
VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIË
IN 1981.

	B	Nl
- psychiatrische ziekenhuizen	23.099	24.539
- psychiatrische afd. alg. zkh/ erkende dienst in akute zkh	1.368	2.530
- verpleegh.psycho-geriatrie/ dienst psycho-geriatrie in geriatriische instellingen	456	19.861
- TBR-inrichtingen/sociaal verweer	700	441
- totaal	25.623	47.371

Bronnen: - Statistisch jaarboek van volksgezondheid.
- De Haen, 1982.

gen besloten in de cijfers over de intramurale sector. De dagbehandeling is erkend onder de kenletters Al, Kl en Tl en omvat ruim 730 plaatsen. De voorzieningen voor beschermende woonvormen vallen niet onder de normen en het erkenningsstelsel van het Ministerie van Volksgezondheid en zijn danook niet in de statistieken opgenomen. De capaciteit van deze voorzieningen wordt geschat op 100 à 200 (mededeling G. Goyvaerts, bestuurssecretaris Administratie Gezondheidszorg, gezondheidszorgvoorzieningen geestelijke gezondheid).

De ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg bestaat in Nederland naast de poliklinische activiteiten van (psychiatrische) ziekenhuizen uit de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (ongeveer zestig in getal in 1982, maar opgebouwd uit diverse voorzieningen, met bijna 3700 volledige arbeidsplaatsen), de Consultatieburo's voor Alcohol en Drugs (63 in getal met 851 volledige arbeidsplaatsen en 190 zelfstandig gevestigde psychiaters (De Haen, 1984).

Alleen wat betreft de zelfstandig gevestigde psychiaters is de ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg ruimer bemand in België dan in Nederland (567 neuro-psychiaters omgerekend in full-time equivalenten ambulant werkzaam). Er zijn 143 Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, waarin opgenomen zijn de gespecialiseerde Consultatieburo's voor Alcoholisme en andere Toxicomanieën. Het aantal full-time arbeidsplaatsen van de Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg bedraagt 867 (volgens mededeling van G. Goyvaerts, bestuurssecretaris Administratie Gezondheidszorg, gezondheidsvoorzieningen geestelijke gezondheid). Daarnaast zijn er 65 Centra voor prematrimoniale, matrimoniale en gezinsmoeilijkheden, die zich vooral richten op relatie- en gezinsproblemen en hulpverlening bij seksuele problemen (vergelijk voor een niet kwantitatief overzicht van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in België: Briels en Habils, 1983).

Het zal duidelijk zijn dat met name wat betreft de semimurale en extramurale sector de gegevens voor een vergelijking grotendeels ontbreken. Toch kan over het geheel genomen de conclusie getrokken worden dat het aanbod aan voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland duidelijk groter is dan in België.

3.4.3. Instellingen voor thuisverpleging

In Nederland is thuisverpleging synoniem met kruisverpleging. De thuisverpleging wordt volledig verzorgd door de kruisorganisaties die op plaatselijk of regionaal niveau georganiseerd zijn. Het kruiswerk heeft in Nederland nog steeds de verenigingsvorm, maar iedere ingezetene kan een beroep op de diensten doen sinds 1980, toen de thuisverpleging een verstrekking in het kader van de volksverzekering Wet Bijzondere Ziektekosten werd.

Binnen het personeel van de lokale/regionale kruisorganisaties kunnen vier categorieën onderscheiden worden (Vademecum Gezondheidsstatistiek, 1982):

- de hoofdwijkverpleegkundigen - 244 volledig bezette arbeidsplaatsen per 31-12-1980;
- de wijkverpleegkundigen - 2790;
- de verpleegkundigen in de wijk (gediplomeerde verpleegkundigen die de part-time opleiding tot wijkverpleegkundige volgen) - 916;
- wijkziekenverzorgenden - 749.

Laten we de hoofdwijkverpleegkundigen even buiten beschouwing dan kunnen we zeggen dat de wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgenden in doorsnee zorgdragen voor $\pm$ 3200 inwoners.

In België bedraagt het aantal diensten voor verzorging aan huis hoofdzakelijk uitgaande van het Wit-Gele Kruis 181 met in 1981 2044 verpleegkundigen in dienst (Statistisch jaarboek van volksgezondheid, 1982). Dit is echter slechts een deel van de totale capaciteit op het gebied van de thuisverpleging.

De thuisverpleging wordt ook door zelfstandige verpleegkundigen uitgevoerd. Indien deze verpleegkundigen door het RIZIV erkend zijn, worden hun prestaties door de ziekteverzekering terugbetaald. Het aantal door het RIZIV erkende verpleegkundigen bedroeg in 1981 $\pm$ 12.500. Dit betekent niet dat er naast de verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis nog eens 10.000 verpleegkundigen in de thuiszorg werkzaam zijn. Het merendeel van deze verpleegkundigen verricht geen of zeer weinig diensten (Kessenie, 1983). Het Wit-Gele kruis levert $\pm$ 60% van de verzorging aan huis, zodat men de schatting kan maken dat er ongeveer 3400 volledige arbeidsplaatsen in de thuisverpleging zijn. Dit komt neer op $\pm$ 2900 inwoners per volledig bezette arbeidsplaats.

Het aanbod op het gebied van de thuisverpleging is dus in België wat hoger dan in Nederland, maar een precieze schatting is moeilijk te maken. Daar komt nog bij dat de taken van de wijkverpleging in Nederland niet geheel overeenkomen met die van de diensten voor verzorging aan huis in België. In Nederland behoort ook de jeugdgezondheidszorg

tot de taken van de wijkverpleging, terwijl de moeder- en kindzorg in België apart georganiseerd is.

3.5. DE OPLEIDING VAN ENKELE GROEPEN BEROEPSBEOEFENAREN IN GEZONDHEIDSZORG

Bij die opleidingen in de gezondheidszorg, waarbij de opleiding lang is, zoals bijvoorbeeld bij de medische opleiding, ligt het aantal toekomstige beroepsbeoefenaren reeds lang tevoren vast door het aantal dat in opleiding gekomen is. Maatregelen in de sfeer van beperking of vergroting van de toelating tot de opleiding werken pas jaren later door in het aantal beroepsbeoefenaren en andersom geldt dat beleidsmaatregelen om een actueel tekort of overschot aan beroepsbeoefenaren op te lossen pas na jaren hun effect hebben.

Dit geeft het belang aan van gegevens over het aantal personen in opleiding bij de langer durende opleidingen. Bij de korter durende opleidingen is veelal voor de beroepskrachtenplanning de instroom een minder groot probleem dan het grote verloop onder degenen, die werkzaam zijn. Door de kortere duur van de opleiding en het veelal lagere niveau van het beroep is het verloop onder de reeds opgeleiden groot. Wij beperken ons daarom tot het aantal opgeleiden in de academische beroepen, te weten de geneeskunde, de tandheelkunde en de farmacie (de academische opleiding tot het licentiaat in de kinesitherapie laten we hier buiten beschouwing).

Geneeskunde kan in Nederland aan acht medische faculteiten gestudeerd worden, waarvan de laatste pas in de jaren zeventig van start gegaan is. De opleiding bestaat uit drie delen: kandidaats, doctoraal en een postdoctorale opleiding van één jaar die afgesloten wordt met het artsexamen. Na het artsexamen kan een vervolgopleiding plaatsvinden tot huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige.

In België kan aan tien faculteiten geneeskunde gestudeerd worden (vijf nederlandstalige⁶ en vijf franstalige opleidingen). De opleiding is verdeeld in een kandidatuur van drie jaar en een doctoraalfase van vier jaar met als afsluiting het artsdiploma.

De eerste drie jaar van de doctoraalfase zijn gemeenschappelijk; in het vierde jaar bestaan aan enkele faculteiten keuzerichtingen die voorbereiden op de beroepsuitoefening of verdere specialisatie.

Ook de opleiding tot tandarts en tot apotheker kan in België aan tien faculteiten gevolgd worden. De opleiding tot tandarts had tot het studiejaar 1972/73 de kandidatuur gemeenschappelijk met de geneeskunde-studie. Van 1972/73 is de kandidatuur twee jaar en de tweede cyclus drie jaar. Deze wordt afgesloten met het licentiaat in de tandheelkunde.

In Nederland kan de opleiding tot tandarts slechts aan vijf faculteiten gevolgd worden, waarvan er drie pas in de jaren zestig van start gegaan zijn. De opleiding is opgebouwd uit een kandidaatsfase van twee jaar, een doctoraalfase van drie jaar en één jaar voor het tandartsexamen.

De apothekersopleiding heeft in België een kandidatuur van twee

jaar en een tweede cyclus van drie jaar die afgesloten wordt met het diploma van apotheker. De apothekersopleiding in Nederland bestaat uit een kandidaatsfase van twee jaar, een doctoraalfase van drie jaar en één jaar post-doctorale opleiding voor het apothekersexamen. De opleiding tot apotheker kan aan vier universiteiten gevolgd worden.

De toelating tot deze universitaire opleidingen is uiteraard voorbehouden aan degenen die de vereiste vooropleiding hebben. Daarnaast heeft de grote toename van het aantal studenten in Nederland in de tweede helft van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig tot een aantal maatregelen geleid om de instroom te reguleren: in 1964 de instelling van plaatsingscommissies, een wachtlijst na de propaedeutische in 1969 en de belangrijkste regeling: de Machtigingswet Inschrijving Studenten van 1972. Deze laatste wet regelt hoeveel nieuwe studenten maximaal geplaatst kunnen worden in de studierichtingen, die onder de wet vallen. In het studiejaar 1980/1981 was dit maximale aantal - de numerus fixus - voor geneeskunde 1960, voor de tandheelkunde 465 en voor farmacie 325. Voor deze laatste studierichting waren minder aanmeldingen dan het maximale aantal plaatsingsmogelijkheden. In België is het aantal eerstejaarsstudenten dat toegelaten wordt niet gelimiteerd.

De cijfers over de aantallen studenten en de aantallen met goed gevolg afgelegde afsluitende examens, die in de volgende tabel zijn weergegeven, vereisen nog enige toelichting. In België was de kandidatuur tot het studiejaar 1972/73 gemeenschappelijk voor geneeskunde en tandheelkunde. Voor de jaren daarvoor is daarom een schatting van de verdeling gemaakt.

De vergelijkbaarheid van de cijfers over het aantal eerstejaarsstudenten is in Nederland niet optimaal. Voor de laatste twee jaren in de tabel (de studie jaren 1975/76 en 1980/81) is gebruik gemaakt van de jaarverslagen van de Centrale Commissie Aanmelding en Plaatsing aanstaande Eerstejaarsstudenten. Voor de jaren daarvoor is geput uit de Statistiek van het Wetenschappelijk Onderwijs. Daarin worden tot de eerstejaarsstudenten alleen diegenen gerekend die voor het eerst aan enige universiteit of hogeschool in Nederland zijn ingeschreven. Hierdoor is het feitelijk aantal eerstejaars onderschat, omdat het aantal bezette opleidingsplaatsen in het eerste studiejaar groter is door het overstappen van de ene universiteit naar de ander, door het veranderen van studierichting en door het doubleren van het eerste studiejaar.

In de volgende tabel zijn de aantallen studenten, die aan de eerste kandidatuur beginnen (voor België), het aantal eerste jaarsstudenten (voor Nederland) en de aantallen met goed gevolg afgelegde arts-examens weergegeven. In de figuur zijn deze aantallen omgezet in indexcijfers met de aantallen in het studiejaar 1960/61 als basisgetal.

Wat betreft de geneeskunde laat België sinds enige tijd een daling van het aantal studenten in de eerste kandidatuur zien. Dit houdt ongetwijfeld verband met het grote aantal artsen in België. In Nederland daalt het aantal eerstejaarsstudenten in de geneeskunde nog niet. Er zijn nog steeds veel meer aanmeldingen dan er beschikbare plaatsen zijn, zij het dat het aantal beschikbare plaatsen in het studiejaar

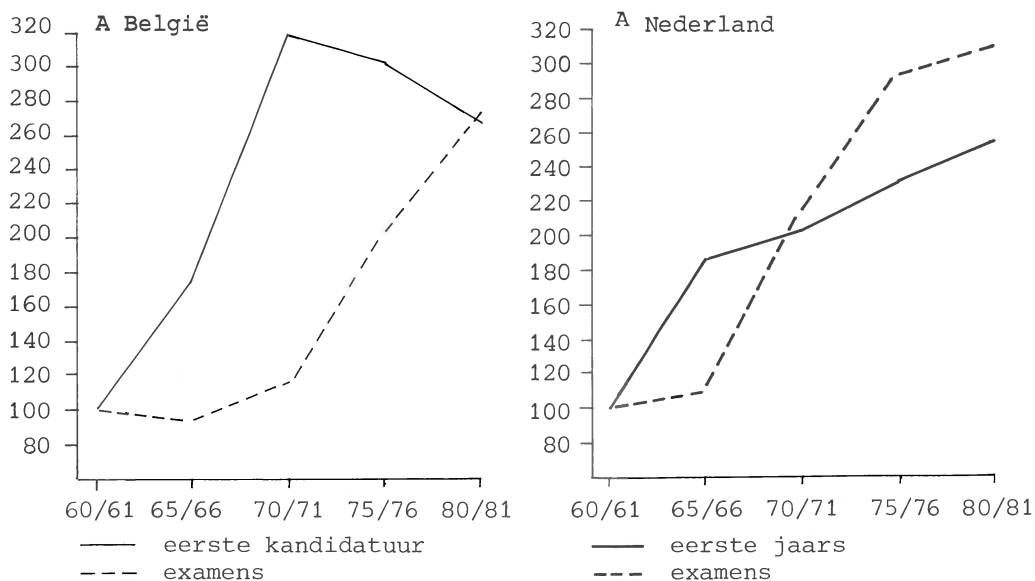
1984/85 verlaagd is tot 1485. De toename van het aantal studenten in de jaren zestig is in België sterker geweest dan in Nederland.

Wat betreft de opleiding tot tandarts, zien we in België een zeer sterke stijging in de tweede helft van de jaren zestig en de eerste helft van de jaren zeventig. De daling van het aantal studenten in de eerste kandidatuur treedt later in dan bij geneeskunde. In Nederland is er een minder sterke toename dan in België. De toename is bovendien beperkt door de numerus fixus.

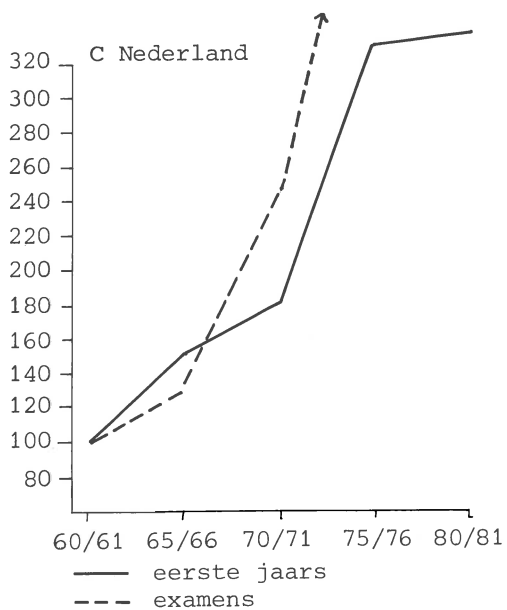
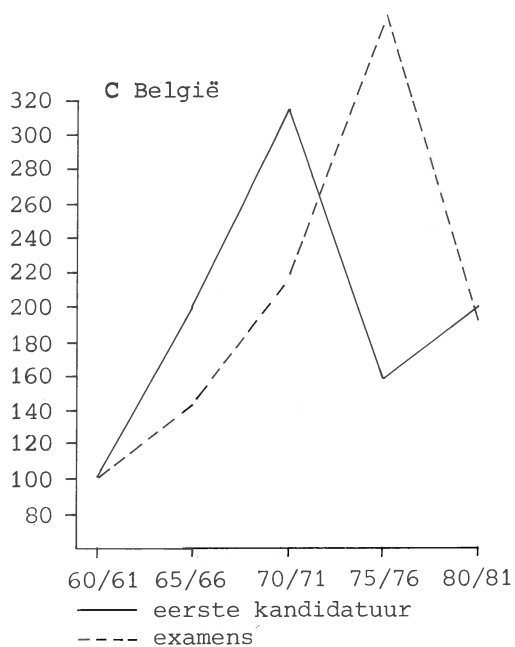
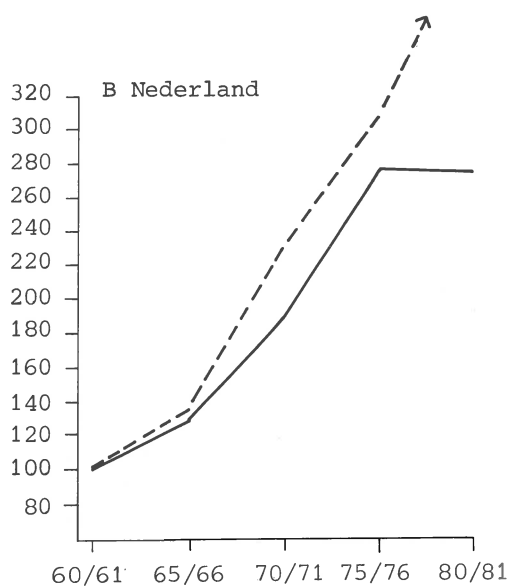
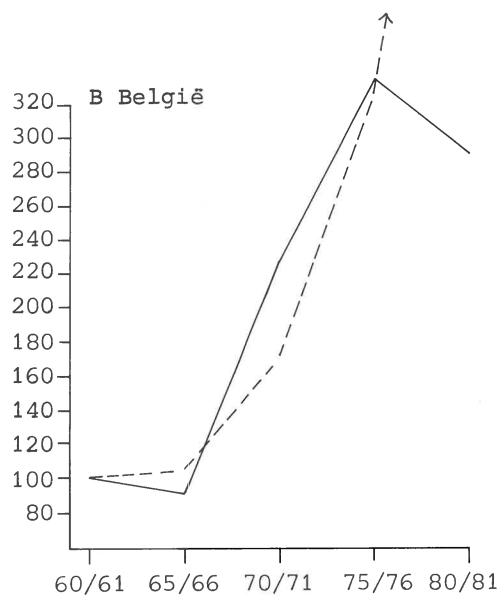
De stijging van het aantal eerstejaarsstudenten in de farmacie is in Nederland sterker geweest dan in België, hoewel daar in Nederland nu ook een stagnatie in optreedt. Voor het aantal met goed gevolg afgelegde afsluitende examens geldt dat met uitzondering van de apothekersexamens in België de daling of stagnatie van het aantal studenten nog niet zichtbaar wordt in het aantal examens.

Uit de vergelijking van de aantallen die beginnen met de studie en de aantallen die het afsluitende examen met goed gevolg afleggen, kan men al zien dat het studierendement (het percentage van degenen die met de studie starten, dat het diploma behaalt) in Nederland hoger ligt dan in België. In België ligt het studierendement voor de geneeskunde rond 35% en voor tandheelkunde en farmacie wat hoger (Het medisch en paramedisch aanbod in België). In Nederland ligt het voor geneeskunde rond 70% en voor de beide andere studierichtingen wat lager (Statistiek van het Wetenschappelijk Onderwijs).

Figuur 3.6.: INDEXCIJFERS VAN DE ONTWIKKELING VAN HET AANTAL STUDENTEN IN DE EERSTE KANDIDATUUR, AANTAL EERSTEJAARSSTUDENTEN EN HET AANTAL MET GOED GEVOLG AFGELEGDE AFSLUITENDE EXAMENS (1960/61 = 100). (A = GENEESKUNDE, B = TANDHEELKUNDE, C = FARMACIE).



Vervolg figuur 3.6.



Tabel 3.19.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL EERSTEJAARSSTUDENTEN (NEDERLAND), HET AANTAL STUDENTEN DAT AAN DE EERSTE KANDIDATUUR BEGINT (BELGIË) EN HET AANTAL MET GOED GEVOLG AFGELEGDE AFSLUITENDE EXAMENS IN NEDERLAND EN BELGIË.

	studiejaar	B		Nl	
		le kand.	examens	le jaar	examens
Geneeskunde	1960/61	1241	522	765	462
	1965/66	2155	493	1423	498
	1970/71	3950	612	1556	988
	1975/76	3761	1095	1785	1357
	1980/81	3324	1420	1960	1432
Tandheelkunde	1960/61	344	67*	169	84
	1965/66	318	71	218	115
	1970/71	771	116	321	192
	1975/76	1160	218	468	259
	1980/81	1003	463	465	345
Farmacie	1960/61	403	146*	77	28
	1965/66	812	211	117	37
	1970/71	1269	317	139	68
	1975/76	639	514	256	139
	1980/81	805	251	261	142

* studiejaar 1959/60.

Bronnen: - Statistisch Zakboek.

- Jaarverslagen van de Centrale Commissie Aanmelding en Plaatsing a.s. Eerstejaarsstudenten.
- Bureau de Statistiques universitaires.

NOTEN

1. Er is discussie mogelijk over de vraag welke specialismen nu precies tot de populaire specialismen gerekend moeten worden. Er wordt ook wel uitgegaan van pediatrie, gynecologie en KNO-heelkunde. Afhankelijk van het soort analyses dat men verricht, wordt ook de oogheelkunde wel tot de populaire specialismen gerekend, danwel helemaal apart genomen.
2. Een aanwijzing hiervoor wordt gevonden in de verschillen in gemiddelde ligduur tussen verschillende erkende diensten.
3. Evenals de SESA en het NIVEL werkt ook het NZI met een eigen registratie van beroepsbeoefenaren. Voor onderzoeksdoeleinden blijken de 'officiële' statistieken veelal geen of minder bruikbare gegevens op te leveren.
4. Het aantal curatief werkzame specialisten ligt naar schatting nog 900 lager.
5. Onder de kinesitherapeuten zijn gegradueerden en licentiaten. Het licentiaat in de kinesitherapie - een wetenschappelijk diploma - is gelijk gesteld aan het wettelijke diploma van gegradueerde in de kinesitherapie. De honorering verschilt bij dezelfde verrichtingen niet voor beide groepen opgeleiden.
6. De kandidatuur kan ook aan de Campus Kortrijk gevolgd worden.

LITERATUUR

Beroepsuitoefening fysiotherapeuten 1975. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977.

Boerma, W.G.W. Verschuivingen in de verloskundige zorg. **Medisch Contact**, 1983, p.985-970.

Briels, M. en H. Habils, **Medisch zakboekje instellingen.** Antwerpen, Kluwer, 1983.

Brunschot, C.J.M. van, **Paramedische mankracht, een cijfermatig overzicht van enkele beroepsgroepen.** Tilburg, IVG, 1981.

Deliège, D. en B. Gailly, **Le budget-temps des kinésithérapeutes en Belgique.** (à paraître).

Eerste en voornaamste statistische uitkomsten van de enquête in de verzorgingsinstellingen. Ministerie van Volksgezondheid, Bestuur voor de verzorgingsinstellingen, Studiedienst, Brussel, 1982.

Groenewegen, P.P. & J. van der Zee, **De spreiding van huisartsen over Nederland, deel II: huisartsen en tandartsen vergeleken.** Utrecht, NHI, 1982.

Haen, F. de, **Zorg in cijfers - 1977.** Utrecht, Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, z.j.

Haen, F. de, **GGZ in getallen - 1980.** Utrecht, Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1982.

Haen, F. de, **GGZ in getallen - 1982.** Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1984.

Het medisch en paramedisch aanbod in België. Ministerie van sociale zekerheid, **Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid**, 1984, jan.-febr.

Hingstman, L., **Statistische gegevens per 1 januari 1984 over huisartsen, aspirant huisartsen en verloskundigen.** Utrecht, NIVEL, 1985.

Imamdi, K., J. Spaan en J. van Duren, **Medisch specialisten in Nederland 1977-1983.** Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1983.

Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens. Nationaal Ziekenhuis Instituut. Utrecht, NZI, jaarlijkse uitgave.

Jaarverslag van de Centrale commissie aanmelding en plaatsing a.s. eerstejaarsstudenten. Groningen, CCAP, jaarlijkse uitgave.

Kesenne, J., Tewerkstellings- en inkomenssituatie bij de medische en paramedische beroepen. **Dossier, trimestrieel tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten**, 1983, 1.

Leroy, X., **Offre et consommation de soins en médecine générale, analyse regionale, mécanismes du marché, indicateurs de besoins**. Nationaal onderzoeksprogramma in de sociale wetenschappen, diensten van de eerste minister, 1978.

Minne, P., **Rapport sur la transformation d'un fichier de praticiens de l'art dentaire en un fichier d'activités**. Bruxelles, UCL, Services d'études socio-économiques de la santé, 1982.

Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, jaarlijkse uitgave.

Sloot, H.A., Farmaceutisch jaaroverzicht 1982 in cijfers. **Pharmaceutisch Weekblad**, 1983, 32, pp.692-696.

Statistical Yearbook of the Netherlands. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, jaarlijkse uitgave.

Statistiek Geneeskundigen. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, jaarlijkse uitgave.

Statistiek van het wetenschappelijk onderwijs, Studieresultaten van de studenten-cohorten 1961-1963 en 1970. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, Centrum voor Informatieverwerking, Brussel, jaarlijkse uitgave.

Statistisch Zakboek. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, jaarlijkse uitgave.

Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1982. Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982.

Verslag over 1967 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1968.

4. FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIE

J. Heesters en J. Kesenne

4.1. INLEIDING

4.2. DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

4.2.1. De financieringsbronnen

4.2.1.1. Het ziekenfondssysteem

4.2.1.2. De particuliere ziektekostenverzekering

4.2.1.3. Particuliere betalingen

4.2.1.4. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

4.2.1.5. Directe overheidsfinanciering

4.2.1.6. Samenvatting

4.2.2. De financiering van de verschillende zorgsoorten in Nederland

4.2.2.1. De Wet Ziekenhuistarieven en de Wet Tarieven Gezondheidszorg

4.2.2.2. Het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG)

4.2.2.3. De financiering van de extramurale zorg

4.2.2.4. De financiering van de medisch-specialistische hulp

4.2.2.5. De financiering van de intramurale gezondheidszorg

4.2.2.6. De financiering van de overige kosten van gezondheidszorg

4.2.3. Samenvattend kostenoverzicht

4.3. DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIE

4.3.1. De verschillende fondsen voor de financiering van de van de gezondheidszorg

4.3.1.1. De ziekenfondsen

4.3.1.2. De overheidsfondsen

4.3.1.3. Private ziektekostenverzekeringen

4.3.1.4. De particuliere betalingen

4.3.2. De verschillende voorzieningen en hun financiering

4.3.2.1. De extramurale gezondheidszorg

4.3.2.2. De intramurale gezondheidszorg

4.3.2.3. De overige uitgaven voor gezondheidszorg

4.3.3. Overzicht van de kosten van de gezondheidszorg

4.4. ENKELE VERGELIJKINGEN TUSSEN DE KOSTEN VAN GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN IN BELGIE

4.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wijze van financiering van de diverse onderdelen van de gezondheidszorg uit (sociale) verzekering, overheidsmiddelen en bijdragen van particulieren alsmede aan de daarmee gemoeide bedragen in 1980.

De betreffende paragrafen zijn voor de twee landen zoveel mogelijk vergelijkenderwijs geschreven teneinde de lezer in de gelegenheid te stellen zelf de gewenste vergelijkingen te trekken.

Daarnaast hebben de schrijvers niet kunnen nalaten op een beperkt aantal punten de vergelijking expliciet te maken.

4.2. DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

4.2.1. De financieringsbronnen

4.2.1.1. Het ziekenfondssysteem

De oorsprong van het ziekenfondssysteem gaat terug tot de middeleeuwen, waarbij de gilden een centrale rol speelden. Deze richtten fondsen in, gebaseerd op contributies, die geldelijke steun verleenden bij ziekte of dood. Het toepassingsgebied verbreedde steeds meer; van alleen meesters, tot ook knechten, tot grotere delen van de bevolking. Onder Napoleon werd het gildewezen afgeschaft, maar onderlinge fondsen bleven bestaan. Daarnaast verschenen er op commerciële basis werkende verzekeringsbedrijfjes, de 'sociëteiten'. De enorme wildgroei in onderlinge fondsen en sociëteiten die zich in de loop van de 19e eeuw afspeelde, hield zowel voor de verzekerden als zorgverleners grote risico's in. Dokters gingen daarom eigen ziekenfondsen oprichten, overigens niet alleen uit ideële motieven. Bovendien ontstonden aan het einde van de 19e eeuw ziekenfondsen gesticht en beheerd door de verzekerden zelf, en fondsen opgericht door werkgevers voor het personeel. De artsen zagen dit als een bedreiging van hun macht, zowel in financieel opzicht als op het vlak van zeggenschap en autonoom functioneren. Ze gingen dan ook, vanuit de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (NMG), over tot het instellen van 'Maatschappij Ziekenfondsen', die in de plaats van de doktersfondsen kwamen. Hierin waren ook verzekerden in het bestuur opgenomen.

De geschiedenis van de ziekenfondsen wordt gekenmerkt door sterke belangentegenstellingen en conflicten. Vooral de NMG met de maatschappijfondsen en de Nederlandse vakbeweging met de onderlinge fondsen waren niet in staat tot gemeenschappelijke regelingen te komen.

Het is van groot belang de in het Nederlandse stelsel van sociale verzekeringen gebruikelijke scheiding van ziekenfonds- en ziekengeldverzekering te benadrukken. Als reden hiervoor wordt aangevoerd dat de verzekering voor geneeskundige verzorging een belang is voor de gehele bevolking beneden een bepaalde welstandsgrens, terwijl de ziekengeldverzekering zich primair richt op het werkende deel van de bevolking, dat bij ziekte inkomsten uit arbeid derft. Deze splitsing

heeft mede tot gevolg dat de behandelende arts als regel jegens zijn eigen patiënten geen controlefunctie heeft in het kader van de inkomensdervingsverzekering waardoor hij zijn loyaliteit geheel kan richten op de patiënt. De onafhankelijkheid van zijn beslissingen blijft gewaarborgd omdat de controle op de arbeidsongeschiktheid ondergebracht is bij de uitvoerende organen van de sociale verzekering. De Ziektewet van 1913, die overigens pas in 1930 ingevoerd werd, volgt deze scheiding en bepaalt voorts dat enkel werknemers die bij een ziekenfonds aangesloten zijn, aanspraak kunnen maken op ziekgeld. Deze bepaling wordt echter pas voor het eerst uitgevoerd tijdens de Duitse bezetting (1940 - 1945). Op 1 november 1941 volgt namelijk het Ziekenfondsbesluit waarvan de belangrijkste elementen zijn :

- een verplichte verzekering voor werknemers en hun gezinsleden indien zij een inkomen lager dan de toenmalige loongrens van de Ziektewet hadden ;
- het toezicht, dat bij een daartoe benoemde commissaris kwam te liggen die later geassisteerd werd door een commissie voor Advies voor het Ziekenfondswezen;
- een toelatingsregeling voor ziekenfondsen, belast met de uitvoering van de verzekering.

In 1940 waren er 650 ziekenfondsen waarbij 50% van de bevolking op de meest uiteenlopende wijzen verzekerd was. Dit aantal werd teruggebracht tot 204 toegelaten ziekenfondsen. Door fusie heeft in de loop der jaren een verdere getalsafname plaatsvonden; in 1984 zijn er in totaal 55 erkende fondsen overgebleven. Resultaat van deze regeling was een uniform en uitgebreid verstrekkingspakket voor alle verplicht verzekerden, gebaseerd op premieheffing naar draagkracht met een werkgeversaandeel van 50%. De inkomensgrens werd gelijkgesteld aan de loongrens van de Ziektewet, hetgeen leidde tot een aanzienlijke vergroting van het verzekerdenbestand.

Naast de verplichte ziekenfondsverzekering bleef de vrijwillige vorm bestaan. Deze is bestemd voor degenen, die niet verplicht verzekerd zijn¹ en een inkomen hebben dat lager is dan de loongrens van de verplichte verzekering. In 1947 worden de grenzen van beide ziekenfondsvormen gelijkgesteld en vindt een harmonisatie van het verstrekkingspakket plaats.

In 1949 wordt het toezicht op het ziekenfondswezen gewijzigd door middel van de Wet op de Ziekenfondsraad. Deze ziekenfondsraad heeft tot taak het adviseren van de Minister over aangelegenheden met betrekking tot de Ziekenfondsverzekering en - met ingang van 1967 - de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)², waaronder tevens advisering over premiehoogten valt. Buiten deze hoofdtaak heeft de Ziekenfondsraad als functies :

- het beheer van de Algemene Kas, van het Fonds Bejaardenverzekering en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten;
- het toezicht op het beheer en administratie van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen van de AWBZ;
- het goedkeuren van overeenkomsten tussen ziekenfondsen en medewerkers (artsen, apothekers, etc.).

De 35 leden tellende Raad, waaraan 4 extra leden toegevoegd kunnen worden in zaken met betrekking tot de AWBZ, is paritair samengesteld uit Kroonleden, werknemers, werkgevers, ziekenfondsvertegenwoordigers en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

In 1957 komt de derde ziekenfondsverzekeringsvorm tot stand : de bejaardenverzekering, bedoeld voor personen van 65 jaar en ouder wier inkomen de lage inkomensgrens van de bejaardenverzekering niet overschrijdt. Kenmerkend voor deze vorm is het feit dat de premie een nominale gezinspremie is waarvan de hoogte afhangt van het inkomen. Heffing van de premie geschiedt naar vijf inkomensgroepen. De tekorten, die binnen deze verzekeringsvorm ontstaan doordat de verzekerden slechts een beperkt gedeelte van de kostendekkende premie betalen, worden gedragen door het Rijk en de verplichte ziekenfondsverzekering.

Het door de Duitsers opgestelde Ziekenfondsbesluit werd opgeheven door de aanvaarding van de Ziekenfondswet in 1964. Met deze wet werd de unificatie van het bestaande ziekenfondsrecht een feit.

Het huidige ziekenfondsstelsel

Doordat ziekenfondsen privaatrechtelijke lichamen met een wettelijke taak zijn, kunnen ze onderling sterk verschillen in de wijze van besturen. Tot 1976 werkten de vier overkoepelende ziekenfondsorganisaties nauw samen in het Gezamenlijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (GOZ). In dat jaar werd besloten op te gaan in één centraal lichaam, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ).

De VNZ heeft naast een representatieve taak als hoofdfuncties het sluiten van overeenkomsten met groepen zorgverleners en zorgverlenende instellingen, het onderhouden van de contacten met de overheid en andere koepels en het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (LISZ).

Inmiddels lopen de kosten bij vrijwillige en bejaarden ziekenfondsverzekering - beide verzamelpunten van 'slechte gezondheidsrisico's' - dermate op, dat een stelselwijziging onontkoombaar lijkt ³.

Overeenkomsten

De zorgverleners en inrichtingen die hulp voor rekening van het ziekenfonds verstrekken hebben zich daartoe aan de ziekenfondsen verbonden. De betreffende overeenkomsten behoeven de goedkeuring van de Ziekenfondsraad. Doorgaans sluiten de ziekenfondsen overeenkomsten af naar een door de organisaties van beide partijen opgestelde en door de Ziekenfondsraad goedgekeurde en bekrachtigde modelovereenkomst. De in die overeenkomsten vastgestelde tarieven of honoraria - sommige overeenkomsten omvatten weinig meer! - betaalt het ziekenfonds direct aan de medewerker/inrichting.

Verzekerden hebben een vrije keuze uit in de omgeving werkzame en bij het ziekenfonds aangesloten medewerkers en instellingen. Ziekenfondsen mogen alleen overeenkomsten afsluiten met erkende inrichtingen. Voor die erkenning moeten de inrichtingen aan bepaalde normen voldoen.

Controle

De ziekenfondswet (respectievelijk AWBZ) bepaalt, dat het ziekenfonds (respectievelijk uitvoeringsorgaan) de nodige maatregelen dient te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en te hoge uitgaven. Deze bepaling verplicht de ziekenfondsen tot administratieve en geneeskundige (respectievelijk tandheelkundige) controle.

De verstrekkingen

Het verstrekkingenpakket is voor verplichte-, bejaarden- en vrijwillige verzekering nagenoeg hetzelfde. De inhoud van het verstrekkingenpakket wordt ingevolge de Ziekenfondswet bepaald bij Algemene Maatregel van Bestuur, doch dient ingevolge diezelfde wet tenminste te omvatten : geneeskundige-, tandheelkundige-, verloskundige-, farmaceutische hulp en verpleging en behandeling in ziekenhuizen en sanatoria.

De verstrekkingen van het ziekenfonds zijn in natura : de medewerker (dat is de bij het ziekenfonds aangesloten zorgverlener) en inrichting verlenen de hulp voor rekening van het ziekenfonds en worden geheel of grotendeels (in geval van een eigen bijdrage) door het ziekenfonds betaald.

De ziekenfondsverzekering omvat de volgende verstrekkingen :

- huisartsenhulp;
- farmaceutische hulp;
- specialistische hulp;
- tandheelkundige hulp;
- verloskundige hulp;
- ziekenhuisverpleging tot en met de 365e dag;
- paramedische hulp en logopedie;
- kunstmiddelen;
- ziekenvervoer;
- dag- en nachtbehandeling;
- sanatoriumverpleging;
- kraamzorg.

Voor een beschrijving van de wijze van betaling van de diverse verstrekkingen zij verwezen naar paragraaf 4.2.2.

Omvang van de Ziekenfondsverzekering in 1980

Verplichte verzekering

Voor 1980 bedroeg de premie (waarvan de helft wordt verhaald op de werknemer) 8.1% over maximaal f 132 per werkdag (f 34.500 per jaar), de zogenaamde premiegrens, mits er sprake is van een loon (overeengekomen vast loon in geld) dat lager is dan f 40.250, de zogenaamde loongrens. De werkgever draagt de volle premie af aan de bedrijfsvereniging (orgaan belast met de uitvoering van allerlei sociale verzekeringswetten) en die stort het in de Algemene Kas van de Verplichte Verzekering, beheerd door de Ziekenfondsraad.

Naast bovengenoemde werknemers vallen ook enkele andere groepen onder de verplichte verzekering zoals bijvoorbeeld diegenen die een

werkloosheidsuitkering, ziekengeld of een tijdelijk arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, mits ze bij aanvang van die uitkering verplicht verzekerd waren. De rest van het gezin is kosteloos medeverzekerd als de verzekerde kostwinner is.

In 1980 gaat het - naar schatting van de Ziekenfondsraad - om totaal ca. 7.022.000 verzekerden en een totale premie-opbrengst van 7.34 miljard gulden. Met inachtneming van een Rijksbijdrage van 0.42 miljard en 0.11 miljard gulden diverse baten, is totaal 7.88 miljard gulden beschikbaar voor verstrekkingen (6.98), beheerskosten (0.38) en subsidiëring van bejaardenverzekering (0.87) en vrijwillige verzekering (0.01).

Bejaardenverzekering

Hierbij gaat het in 1980 - wederom naar schatting van de Ziekenfondsraad - om totaal ca. 1.070.000 verzekerden. De bejaardenverzekering kent een nominale gezinspremie; de hoogte is afhankelijk van de inkomensklasse waarin men valt. De hoogste inkomensgrens - de toelatingsgrens - lag in 1980 op f 22.000⁴. Voor 1980 wordt de premie-opbrengst begroot op 0,65 miljard gulden. Voegen we hierbij de bijdragen van de verplichte verzekering (1,01) en het Rijk (1,41) dan is in totaal beschikbaar 3,08 miljard gulden. De kosten van verstrekkingen worden geschat op 2,72 miljard. Verplichte en bejaardenverzekering samen noemt men de wettelijke verzekering.

Vrijwillige verzekering

Voor de verzekering geldt een inkomensgrens welke gelijk is aan de loongrens van de verplichte verzekering. De ziekenfondsen stellen zelf de - nominale - premie vast, welke goedkeuring behoeft van de Ziekenfondsraad. De situaties dat één fonds, afhankelijk van het werkgebied meerdere premies kent of dat de premies in één regio per fonds verschillen komen nauwelijks nog voor omdat wordt gewerkt met grote vereveningsgebieden. De premie lag in 1980 tussen de f 115,50 en f 139 per maand per verzekerde. Personen boven de 16 jaar zijn (doorgaans) niet meeverzekerd. Voor een gezin zonder kinderen kwam de premie derhalve gemiddeld al op f 231 à f 278 per maand. Via een rijksbijdrage wordt daarom mogelijk gemaakt om lagere inkomens een reductie op de premie te geven.

De hoge premie van de vrijwillige verzekering stelde en stelt de particuliere ziektenkostenverzekeraars in staat om gunstige risico's een concurrerend pakket tegen een lagere premie voor te schotelen. Omdat de vrijwillige ziekenfondsverzekering iedereen beneden de inkomensgrens moet accepteren treedt een zeker 'residu-effect' op hetgeen de kostendekkende premie in ongunstige zin beïnvloedt (vicieuze cirkel). Ook het verschijnsel dat bij veel ziekte vaak relatieve inkomensachteruitgang optreedt, zorgt voor een wat risico betreft ongunstig verzekerdenbestand⁵.

Voor 1980 schat de Ziekenfondsraad het aantal vrijwillig verzekerden op 1.555.000. De premie-ontvangsten voor dat jaar worden geschat op ca. 1,6 miljard, de rijksbijdrage op 0,15 miljard en de bijdrage van de verplichte verzekering op 0,01 miljard gulden. De kosten van verstrekkingen worden geschat op 1,74 miljard gulden.

Als slot van deze subparagraaf de voor 1980 door de Ziekenfondsraad geschatte cijfers voor de totale ziekenfondsverzekering (afgerond op tien miljoen gulden).

- kosten van verstrekkingen	11,44 miljard gulden
- beheerskosten	0,50 miljard gulden
- premieontvangsten	9,60 miljard gulden
- rijksbijdragen	1,99 miljard gulden
- aantal verzekerden	9.685.000 ($\pm$ 68.2% van de totale bevolking)

4.2.1.2. De particuliere ziektekostenverzekering

Het deel van de bevolking, dat niet via de vrijwillige of de wettelijke verzekering bij de ziekenfondsen aangesloten is (circa 30%), heeft zich particulier verzekerd. De geschiedenis van deze verzekeringsvorm is van veel recentere datum dan die van de ziekenfondsen. Naast de sociëteiten ontstonden rond 1920 plaatselijke verenigingen, die verzekeringen afsloten tegen verpleegkosten ten gevolge van opname in een academisch ziekenhuis. In navolging hiervan namen enige schadeverzekeringsmaatschappijen ziekenhuisrisico's in hun polissen op. Dit hangt samen met het feit dat ziekenhuiskosten niet onder de ziekenfondsverzekering vielen. Een ziekenfondsverzekerde kon zich enkel door middel van een aanvullende particuliere verzekering tegen deze kosten dekken.

Dit veranderde in 1941 toen bij het Ziekenfondsbesluit ook de ziekenhuiskosten onder de ziekenfondsverzekering werden gebracht. Deze uitbreiding leidde er in 1945 mede toe dat de ziekenfondsen eigen ziektekostenverzekeringen in het leven riepen om cliënten, die door inkomensvoortgang de grens van de verplichte of vrijwillige verzekering overschreden, alsnog te kunnen verzekeren. Uniek hierbij was dat de voormalige fondsverzekerden zondere enige vorm van selectie en op normale voorwaarden tot de ziektekostenverzekering toegelaten werden. Deze non-selectie voor overschrijders van de loonrespectievelijk inkomensgrens van de ziekenfondsverzekering werd in de vijftiger jaren door de particuliere verzekeraars overgenomen.

De particuliere maatschappijen, die verenigd zijn in vier overkoepelende organisaties, werken samen in de Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ). Haar functies lopen parallel aan die van de VNZ met als verschil dat de KLOZ geen overeenkomsten met zorgverleners of instellingen afsluit. In deze verzekeringsvorm wordt namelijk het restitutiesysteem gevolgd waarbij de verzekerde de zorgverlener betaalt en vervolgens dit bedrag, al dan niet volledig, van zijn ziektekostenverzekeraar terugkrijgt. Het ziekenfondsstelsel berust evenwel op verstrekkingen in natura waardoor de zorgverlener het honorarium direct van het ziekenfonds ontvangt.

De particuliere ziektekostenverzekering kent naast de individuele verzekering de collectieve variant. Deze vorm heeft een vrijwillige basis, maar het feit dat de premie laag is, onder andere door de omstandigheid dat de werkgever een gedeelte ervan betaalt, leidt tot een sterke prikkel voor gezamenlijke verzekering. De particuliere ziektekostenverzekering, uitgevoerd door de publiekrechtelijke ver-

zekeraars (IZA, IZR en DGVD voor respectievelijk gemeente-, provincie- en politie-ambtenaren) is een collectieve vorm met een verplicht karakter. Het betreft hier ca. 750.000 verzekerden.

Een curiositeit van de particuliere verzekering is de mogelijkheid zich voor een hogere klasse te verzekeren dan de ziekenfonds- of derde klasse. Ook ziekenfondsverzekerden kunnen, door een aanvullende klasseverzekering af te sluiten, van deze voorziening gebruik maken. Indien van een klasseverzekering sprake is, wordt de patiënt bij ziekenhuisopname met enkele privileges omringd en mag de specialist een hoger tarief in rekening brengen (klassen-multipliator).

Het toezicht op de verzekeringsmaatschappijen, die zowel op for-profit als non-profit basis opereren in de juridische organisatievormen van naamloze of besloten vennootschap en onderlinge waarborgmaatschappij, berust bij de Verzekeringskamer. Deze toetst voornamelijk de solvabiliteit van de verzekeraars en controleert of de richtlijnen met betrekking tot de aan te houden reserves, die samenhangen met het kapitaaldeckingsstelsel ⁶ opgevolgd worden.

Een belangrijk kenmerk van de laatste tijd is een sterke afname van de solidariteitsgedachte, zich uitend in strengere selectie, leeftijdsgebonden polissen (budget-polissen) en grote eigen risico's. De mede hierdoor resulterende problemen voor vrijwillige- en bejaardenziekenfondsverzekering zijn reeds aangestipt.

Cijfers over de particuliere verzekering worden doorgaans gegeven in combinatie met de particuliere bijdragen en betalingen (remgelden, zelfmedicatie, e.d.). Voor 1980 wordt het totaalbedrag in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) geraamd op 6,6 miljard gulden.

4.2.1.3. Particuliere betalingen

Het aantal personen dat geen (sociale of particuliere) ziektekostenverzekering heeft en zelf de kosten van gezondheidszorg draagt wordt voor Nederland erg laag geschat. Eigen bijdragen (remgelden) en eigen risico komen in de sociale doch vooral in de particuliere ziektekostenverzekering veelvuldig voor. Regelmatig zijn er discussies over eigen bedragen en eigen risico's in de sociale ziektekostenverzekering, welke behalve als middel tot verschuiving van uitgaven van collectieve naar private sector ook als methoden tot kostenbesparing worden gezien. Voor het totale bedrag aan particuliere betalingen zij verwezen naar hetgeen onder paragraaf 4.2.1.2. is gesteld.

4.2.1.4. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De ziekenfondsen zijn samen met de daartoe toegelaten particuliere ziektekostenverzekeraars belast met de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ. Met deze wet wordt een volksverzekering geregeld, die in principe de kosten van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging in het geval van ernstige en langdurige ziekte of gebrek omvat. De werking van de wet strekt zich uit tot alle ingezetenen van het Koninkrijk plus de werknemers-niet ingezetenen die onder de Nederlandse loonbelasting vallen min de

werknemers-ingezetenen die onder buitenlandse loonbelasting vallen.

Het verstrekkingenpakket van de AWBZ, dat bij Algemene Maatregel van Bestuur vastgesteld wordt, omvat :

- verblijf in een ziekenhuis na de 365e dag;
- verblijf in een verpleeginrichting vanaf de 1e dag;
- verblijf in een zwakzinnigengesticht vanaf de 1e dag;
- medische kindertehuizen (voorzieningen voor kinderen jonger dan vijftien jaar met lichamelijke en geestelijke klachten, gericht op een kortdurend verblijf);
- medische kleuterdagverblijven (multidisciplinaire behandelingscentra voor lichamelijk gehandicapte kinderen);
- inrichtingen voor zintuigelijk gehandicapten (doven en blinden);
- "Het Dorp" te Arnhem (behandelings- en wooncentrum voor 375 lichamelijk gehandicapten).

Voorts dient de AWBZ ter financiering van :

- de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGGs); in deze (60) RIAGGs worden de Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD), Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB), Jeugd-Psychiatrische Diensten (JPD), Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) en Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (LGV) gebundeld;
- de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD);
- Kruiswerk op plaatselijk, provinciaal en landelijk niveau;
- diversen (vaccinatieprogramma's, justitiepatiënten ten laste van AWBZ, dagverpleging in verpleeginrichtingen, etc.).

Voor een beschrijving van de wijze van betaling van de diverse verstrekkingen zij verwezen naar paragraaf 4.2.2.

Om in aanmerking te komen voor een verstrekking krachtens de AWBZ dient men zich aan te melden bij een van de uitvoeringsorganen. Honorering van de aanspraak volgt na het stellen van een 'AWBZ-indicatie' door het uitvoeringsorgaan waarna plaatsing volgt in een krachtens de AWBZ erkende instelling. Dit laatste houdt in dat er een overeenkomst tussen instelling en uitvoeringsorgaan is.

De instellingen onderhouden de contacten met de uitvoeringsorganen via een verbindingskantoor (i.c. een ziekenfonds) dat tevens de medische controle regelt. De betaling van de rekeningen van de instellingen geschiedt op last van het verbindingskantoor door het Centraal Administratie Kantoor, een gezamenlijke instantie van de uitvoeringsorganen.

Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ berust bij de Ziekenfondsraad, die ook het Fonds Bijzondere Ziektekosten beheert. In dit fonds stort de centrale overheid de premies en de - sterk in omvang afgenomen - rijksbijdrage. De AWBZ-premie wordt geïnd door de fiscus en bedroeg in 1980 3,2% over maximaal f 46.400 (premiegrens). Betaling geschiedt door de werkgever (loontrekkers en daarmee gelijkgestelden) respectievelijk de belastingbetaler (zelfstandigen). De premieontvangsten over 1980 beliepen 5,5 miljard gulden, de rijksbijdrage 1,7 miljard.

Naast deze opbrengsten kent de wet de mogelijkheid van het hef-

fen van contributies (Kruiswerk) en van een eigen bijdrage, bijvoorbeeld bij opname van de verzekerde in een verpleeginrichting. Laatstgenoemde eigen bijdrage is gekoppeld aan het inkomen waarbij een bijdrage-vrije voet in acht genomen wordt en een maximum gesteld is aan de hoogte van de bijdrage van de verzekerde. De gedachte achter deze heffing is dat door een langdurige verpleging van een verzekerde besparingen ontstaan op het vlak van voeding, huisvesting en bewassing, die in het merendeel van de gevallen overwegend ten goede zouden komen aan familieleden en erfgenamen.

4.2.1.5. Directe overheidsfinanciering

Indirecte overheidsfinanciering vindt plaats in de vorm van subsidiëring van ziekenfondsverzekering en AWBZ ('rijksbijdrage'). Hiervoor zij verwezen naar paragraaf 4.2.1.1. en 4.2.1.4. De directe overheidsfinanciering van gezondheidszorg bedroeg in 1980 in totaal 1,47 miljard gulden, verdeeld over de volgende posten:

- 0,63 miljard subsidies academische ziekenhuizen;
- 0,16 miljard extramurale gezondheidszorg;
- 0,43 miljard collectieve preventieve gezondheidszorg;
- 0,26 miljard beleid en beheer.

4.2.1.6. Samenvatting

De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg in 1980 is in tabel 4.1 samengevat.

Tabel 4.1 : FINANCIERING VAN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG IN 1980
(BEDRAGEN IN KOLOM 1 : x 1 MILJARD GULDEN)

	Absoluut aandeel	% aandeel	Toelatings- grens	Premie- grens
Ziekenfondsverzekering verplichte zieken- fondsverzekering	7,36	26.7	f 40.250	f 34.500
+ bejaarden zieken- fondsverzekering	2,77 +	10.0	f 22.000	nom.prem*
= wettelijke zieken- fondsverzekering	10,13 =	36.7	-	-
+ vrijwillige zieken- fondsverzekering	1,81 +	6.5	f 40.250	nom.prem.
= totaal ziekenfonds- verzekering	11,94 =	43.2	-	-
+ AWBZ	7,42 +	26.8	geen	f 46.400
+ directe overheids- financiering	1,47 +	5.3	n.v.t.	n.v.t.
= totale collectieve financiering	20,83 =	75.3	-	-
+ particuliere verze- kering, bijdragen	6,64 +	24.0	geen	nom.prem.
+ overige financiering (o.a. bedrijven)	0,20 +	0.7	n.v.t.	n.v.t.
TOTAAL KOSTEN	27,67 =	100.0	-	-

* Afhankelijk van inkomensklasse

4.2.2. De financiering van de verschillende zorgsoorten in Nederland

4.2.2.1. De Wet Ziekenhuistarieven en de Wet Tarieven Gezondheidszorg

De financiering van de verschillende zorgsoorten vindt in Nederland sinds 1982 plaats onder vigeur van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deze wet bepaalt dat alle tarieven die organen van gezondheidszorg in rekening brengen, goedkeuring behoeven van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Het COTG hanteert daartoe door zichzelf vastgestelde en door de Minister bekrachtigde richtlijnen. Het bestuur van het COTG is samengesteld uit niet - direct - belanghebbenden; zij worden benoemd door de Minister. Daarnaast is er sprake van een vrij uitgebreid secretariaat en van een aantal kamers, gegroepeerd rond verwante zorgsoorten. In de kamers, welke uitsluitend een adviserende bevoegdheid hebben aan het bestuur, hebben vertegenwoordigers van belanghebbenden in de betreffende sector zitting.

Wat betreft tarieven van vrije beroepsbeoefenaren is het gebruikelijk dat de koepel van de betreffende beroepsgroep en die der financiers onderhandelen over het tarief, waarna dit ter vaststelling wordt voorgelegd aan het COTG.

Wat betreft de financiering van instellingen voor gezondheidszorg vindt over de begroting perifeer overleg plaats tussen instelling en plaatselijk financier (ziekenfonds, AWBZ-verbindingskantoor, particuliere ziektekostenverzekeraar). Vervolgens wordt het COTG verzocht om, met inachtneming van het perifeer overeengekomene, een tarief vast te stellen. De verhouding tussen instelling, financier en COTG(-secretariaat) is momenteel nog een bron van meningsverschillen en competentiekwesties.

De WTG werd vooraf gegaan door de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) van 1967. Centraal orgaan onder deze wet was het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), voorloper van de huidige COTG. De WZT had een beperktere werkingssfeer (namelijk alleen instellingen voor gezondheidszorg) terwijl in het bestuur wel belanghebbenden zitting hadden, naast zogenaamde kroonleden, benoemd door de Minister. Voor zover het ziekenfondstarieven betrof had het COZ slechts een adviserende functie : vaststelling geschiedde door de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad, gevolgd door bekrachtiging door de Raad zelf. Particuliere tarieven werden wel door het COZ vastgesteld. Vrije beroepsbeoefenaren vielen buiten de WZT : de ziekenfondstarieven die de landelijke koepels terzake met de financiers overeenkwamen werden direct ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad. Particuliere tarieven waren een zaak voor het Ministerie van Economische Zaken, dat toezicht uitoefende gebaseerd op de Prijzenwet.

4.2.2.2. Het Financieel Overzicht Gezondheidszorg
Jaarlijks verschijnt in Nederland als bijlage bij de Rijksbegroting het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG). Bij de totstandko-

ming van het FOG spelen de adviezen van Ziekenfondsraad en Nationale Raad Volksgezondheid (NRV) een belangrijke rol. Via de NRV is vrijwel het gehele veld van de gezondheidszorg 'in onderling overleg' bij de totstandkoming van het FOG betrokken. Aanvankelijk was het FOG niet meer dan een opsomming van de verwachte kosten van gezondheidszorg, maar gaandeweg wijzigde het karakter in de richting van een dwingend macro-budget voor het betreffende jaar met daaraan gekoppeld een meerjarenkader. Het dwingend karakter werd geëffectueerd doordat - na goedkeuring - de FOG-ruimte wordt vertaald in aanwijzingen aan het COGT, dat vervolgens zijn richtlijnen dienovereenkomstig aanpast. Aangekondigd is dat het FOG voor 1985 zal worden uitgebreid met de kosten van maatschappelijke dienstverlening en dat er - later - een onderverdeling zal komen naar regionale budgetten.

4.2.2.3. De financiering van de extramurale zorg

In deze paragraaf zullen we ons beperken tot een beschrijving van de wijze van financiering van de belangrijkste extramurale gezondheidszorgcomponenten met vermelding van de voor 1980 geldende tarieven en/of andere relevante cijfers. Achtereenvolgens zullen worden besproken :

- Huisartsenhulp
- Verloskundige hulp
- Farmaceutische hulp
- Tandheelkundige hulp
- Uitwendige geneeswijzen
- Kruiswerk
- Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Huisartsenhulp

Om huisartsenhulp te ontvangen moet de ziekenfondsverzekerde zich op naam van een bij zijn ziekenfonds aangesloten huisarts laten inschrijven. De huisarts ontvangt van het ziekenfonds een (bruto) abonnementshonorarium per bij hem ingeschreven verzekerde. In 1980 bedroeg dit honorarium :

t/m 1800 verzekerden f 86,55
1801 t/m 2000 verzekerden f 59,76
elke volgende verzekerde f 51,61

In 1980 waren ca. 5300 huisartsen bij de ziekenfondsen aangesloten met gemiddeld 1800 verzekerden per huisarts. In totaal betaalden de ziekenfondsen in 1980 aan huisartsenhulp ca. 0,87 miljard gulden, dat is ca. f 163.000 per huisarts (inclusief kosten).

Particulieren betalen de huisarts per verrichting. Hoewel dit verrichtingentarief ten opzichte van het ziekenfondshonorarium niet laag kan worden genoemd, ligt de opbrengst per particulier gemiddeld lager. De oorzaak ligt in de lagere contactfrequentie. Particuliere verzekering van huisartsenhulp komt veelvuldig voor doch kan zeker niet algemeen worden genoemd.

Door huisartsen werden anno 1980 nogal wat nevenwerkzaamheden verricht, zoals keuringen, adviesfuncties, consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters (georganiseerd door het Kruiswerk), verloskundige hulp en ziektewetcontroles. Voor samenwerkingsverbanden van huisartsen gelden afzonderlijke stimulerings- en subsidieregelingen.

Verloskundige hulp

Als er geen medische indicatie is dient de ziekenfondsverzekerde zich tot een bij het ziekenfonds aangesloten vroedvrouw te wenden; zo die er ter plaatse niet is kan zij zich tot een huisarts wenden. De thuisbevalling neemt in Nederland nog steeds een vooraanstaande plaats in, doch vooral de poliklinische bevalling is de laatste tijd sterk in omvang toegenomen. De ziekenfondsen betaalden in 1984 54 miljoen gulden voor verloskundige hulp (f 524 per bevalling). Dit cijfer is exclusief specialistische hulp en bijkomende kosten bij een (poli)klinische bevalling in het ziekenhuis of in een speciale kliniek.

Particuliere patiënten zijn doorgaans verzekerd voor verloskundige hulp. Ook bij particulieren vinden thuisbevallingen onder leiding van vroedvrouw of huisarts veelvuldig plaats. Ook hier is echter het aantal poliklinische bevallingen sterk toegenomen.

Kraamzorg

Voor ziekenfondsverzekerden betaalden de ziekenfondsen in 1980 132 miljoen gulden voor interne thuishraamzorg (gedurende de hele dag), wijkkraamzorg (enkele bezoeken per dag) en kraamzorg in ziekenhuis of erkende kraaminrichting.

De thuiszorg wordt verleend vanuit door de Kruisvereniging geëxploiteerde kraamcentra gedurende 8 à 10 dagen. De verzekerde was hierbij in 1980 een dagelijkse bijbetaling verschuldigd van f 13 (wijk-), f 32,50 (interne-) respectievelijk f 32,50 of meer (ziekenhuis of erkende kraaminrichting). 70% van alle zorgdagen betrof interne kraamzorg, 11% wijkkraamzorg.

Particuliere patiënten zijn doorgaans verzekerd voor kraamzorg, met inachtneming van een bijbetaling door de verzekerde.

De totale uitgaven aan kraamzorg worden voor 1980 door het Ministerie geschat op 203 miljoen gulden.

Farmaceutische hulp

Farmaceutische hulp buiten het ziekenhuis en dergelijke werd in Nederland in 1980 verleend door ca. 1000 vrijgevestigde apothekers en ca. 1200 apotheekhoudende huisartsen. Naast genoemde vrijgevestigde apothekers waren in de apotheken nog ca. 300 'tweede' apothekers werkzaam. Met de verstrekking was in 1980 in totaal 2,275 miljard gulden gemoeid, 0,2 miljard had betrekking op zelfmedicatie.

Uitgaven voor farmaceutische hulp voor ziekenfondsverzekerden bedroegen in 1980 1,42 miljard gulden. Ziekenfondsverzekerden dienen zich op naam van de apotheker (in 1980 7,2 miljoen verzekerden) respectievelijk apotheekhoudende huisarts (in 1980 : 2,2 miljoen verzekerden) te laten inschrijven. De apotheker ontvangt van het ziekenfonds (inclusief BTW) in 1980:

- een bedrag aan honorarium, pensioenbijdrage en kosten per op zijn naam ingeschreven verzekerde (1980 : f 23,30 voor de eerste 5000, f 18,20 voor de overige verzekerden; het gemiddelde aantal verzekerden per apotheek bedroeg 7.150). Totaal in 1980 155 miljoen gulden ($\pm$ f 21.500 per 1000 verzekerden).
- de afleveringskosten per afleveringseenheid (in 1980 : f 2,08) totaal 255 miljoen gulden ($\pm$ f 35.000 per 1000 verzekerden);
- de kostprijs van de geleverde middelen volgens 'ziekenfondstaxe' (tarieflijst voor levering aan ziekenfondsen) : totaal 726 miljoen gulden ($\pm$ f 1000.000 per 1000 verzekerden).

De apotheekhoudende huisarts ontvangt van het ziekenfonds (inclusief BTW) in 1980:

- een bedrag per verzekerde (in 1980 : f 32,21, totaal 69 miljoen gulden = f 58.000 per apotheekhoudende huisarts);
- de kostprijs van de geleverde middelen volgens ziekenfondstaxe (in 1980 totaal 174 miljoen gulden ($\pm$ f 79.500 per 1000 verzekerden)).

Sinds 1982 is voor ziekenfondsverzekerden sprake van een bijbetaling voor geneesmiddelen van f 2,50 per aflevering ('medicijnenknaak') tot een zeker maximum per jaar.

Farmaceutische hulp wordt door particulieren vaak, doch niet altijd verzekerd. Doorgaans is er een relatie met verzekering van specialistische respectievelijk huisartsenhulp. Het totaal aan betalingen voor farmaceutische hulp door particulieren wordt voor 1980 (ca. f 133.000 per 1000 particulieren) - exclusief zelfmedicatie - geschat op 0,6 miljard gulden. De particulier betaalt voor het geneesmiddel een 'particuliere prijs' waarbij de apotheekkosten moeten worden bestreden uit de handelsmarge.

In totaal bedroegen de kosten van extramuraal verstrekte farmaceutische hulp - exclusief zelfmedicatie - in 1980 f 140 per hoofd. Een relatief groot gedeelte van deze kosten (ca. 35%) heeft betrekking op het distributiesysteem, dat derhalve niet goedkoop is. De kosten van intramuraal verstrekte farmaceutische hulp zijn begrepen in de budgetten van de intramurale voorzieningen.

Tandheelkundige hulp

Het aantal tandartsen bedroeg in 1980 5423 (exclusief tandarts-specialisten), ca. 1 per 2700 inwoners. Dit betekende dat het omslagpunt van een tandartsentekort naar een -overschot ongeveer was bereikt. De totale uitgaven voor tandheelkundige hulp worden in het FOG voor 1980 geraamd op 1,456 miljard gulden, dit is 'inclusief schooltandverzorging' (all in) gemiddeld f 268.000 per tandarts.

Hiervan werd ongeveer 40% betaald door de ziekenfondsen. De rest betrof (bij-)betalingen door de patiënt zelf, voor een (gering) gedeelte gedekt door particuliere verzekeringen.

Het ziekenfondspakket is voor wat betreft tandheelkundige hulp beperkt te noemen : het aantal verstrekkingen is beperkt en daarnaast is veelvuldig sprake van bijbetalingen. Dit laatste is mede het geval omdat men vindt dat het individu de kwaliteit van het gebit zelf kan beïnvloeden. Ook een tekort aan tandartsen in het verleden speelt bij de beperktheid van het pakket een rol. Een uitgebreidere verstrekking - 'integrale tandheelkunde' - wordt sinds een aantal jaren in het vooruitzicht gesteld als het gebit op 13-jarige leeftijd aan een aantal kwaliteiten voldoet. De betreffende groep wordt uiteraard allengs groter.

Aan particuliere patiënten wordt over het algemeen door de tandartsen meer aandacht besteed. Niet alleen liggen de particuliere tarieven hoger, maar ook zijn de tandartsen hier beter in staat tot allerlei conserverende behandelingen. Bovendien zijn de particulieren over het algemeen 'dental-minded'.

De honorering van de tandarts geschiedt voor zowel ziekenfonds-verzekerden als particulieren via een tarief per verrichting. De ziekenfondsen betaalden bovendien mee aan de diensten voor schooltandverzorging, een zorgsoort die momenteel sterk in omvang afneemt.

Uitwendige geneeswijzen

Hieronder wordt verstaan fysiotherapie (in België zijn dat de kinesitherapie en fysiotecnische applicaties) oefentherapie Mensendieck en -Cesar en logopedie. De kosten voor 1980 worden in het FOG geraamd op 668 miljoen gulden. Hiervan wordt circa driekwart betaald door de ziekenfondsen. Het merendeel van deze bedragen heeft betrekking op werkzaamheden van de ca. 6000 extramuraal werkende fysiotherapeuten (ca. 44% der fysiotherapeuten werkte extramuraal, 26% was intramuraal werkzaam). De enorme toename van het aantal fysiotherapeuten baart nogal zorgen. De kosten stegen in de periode 1977-1980 dan ook met 20% per jaar. Door een wijziging van het honoreringssysteem (meer geld voor massage- en oefentherapie, minder voor applicaties) en een toelatingsbeperking door de ziekenfondsen is deze groei teruggebracht. De fysiotherapeut wordt door zowel ziekenfondsen als particulieren per verrichting betaald.

Kruiswerk

Het Kruiswerk is opgebouwd uit een groot aantal plaatselijke Kruisverenigingen (basiseenheden) met bundelingen op provinciaal en nationaal niveau. Het is pas recent dat er sprake is van één nationale Kruisvereniging waarin alle kerkelijke gezindten zijn verenigd. Belangrijke taken van het Kruiswerk zijn de jeugdzorg via consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en de wijkverpleging. Daarnaast is sprake van een serie kleinere activiteiten als uitleen van ver-

pleegartikelen, dieetadviezen, ent-administratie, etc. In 1980 werd de financiering van het Kruiswerk gewijzigd van een systeem van subsidies aangevuld met contributies in AWBZ-financiering aangevuld met contributies. Voor 1980 worden de totale kosten geraamd op 505 miljoen gulden, grotendeels te financieren vanuit de AWBZ. Bij het Kruiswerk werkten in 1980 ongeveer 7600 personen.

Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ)

De AGGZ bestaat uit :

- consultatiebureaus voor alcohol en drugs;
- therapeutische gezinsverpleging;
- een zestig-tal Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGGs), waarin zijn verenigd de vroegere Sociaal-Psychiatrische Diensten, Medische Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en Instituten voor Multi-disciplinaire Psychotherapie.

De financiering van de RIAGGs geschiedt - afgezien van een eigen bijdrage voor psychotherapie - volledig vanuit de AWBZ. In 1980 speelde de Ziekenfondsraad bij de financiering nog een overheersende rol. Sinds de invoering van de WTG geschiedt het overleg met financiers en COTG op vergelijkbare wijze als bij instellingen voor intramurale gezondheidszorg, zij het dat de budgettering minder ver is doorgedrongen.

4.2.2.4. De financiering van medisch-specialistische hulp

Ongeveer 35% van de 9072 in 1980 geregistreerde specialisten was in loondienst. De betreffende kosten zijn begrepen in de ziekenhuishudgetten. Het merendeel der medische specialisten (5939) was in 1980 echter zelfstandig declarerend vrij beroepsbeoefenaar, doorgaans in associatief verband en in contractuele relatie met een algemeen ziekenhuis voor zowel klinische als poliklinische hulp.

Financiering van de specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden vindt op diverse wijzen plaats. Om voor specialistische hulp in aanmerking te komen dient de ziekenfondsverzekerde - uitzonderingen daargelaten - naar een specialist te zijn verwezen door (meestal) de huisarts of een andere specialist, middels een zogenaamde verwijskaart.

Voor deze verwijskaart betaalt het ziekenfonds de specialist een bedrag, waarbij de hoogte per specialisme verschilt. Hiervoor wordt de patiënt door de specialist gedurende één maand behandeld; zogenaamde afzonderlijke declarabele verrichtingen vallen er echter buiten. Het aantal verwijskaarten per 100 verzekerden bedroeg in 1980 ca. 50, waarvan een kwart voor de oogarts, een zesde voor de chirurg en een negende voor de internist. Is na de betreffende maand voor hetzelfde geval nog specialistische hulp vereist, dan schrijft de specialist een herhalingskaart uit die eveneens door het ziekenfonds wordt gehonoreerd, althans voor zover de zogenaamde herhalingsfactor nog niet is bereikt ⁷. Na één jaar moet vervolgens weer een nieuwe

verwijskaart worden uitgeschreven.

Een aantal klinische/poliklinische verrichtingen wordt afzonderlijk naast de verwijs- en herhalingskaart gehonoreerd; de zogenaamde tarief III-verrichtingen. We zien deze vooral bij de 'snijdende' specialismen. Consulten aan een ander specialisme komen eveneens voor honorering in aanmerking (tarief II). Als de specialist de patiënt opneemt zonder dat er sprake is van een afzonderlijke declarabele verrichting, ontvangt hij een tarief per verpleegdag, relatief hoog gedurende de eerste 5 dagen, laag voor de volgende. Dit tarief - tarief IV - speelt met name bij de beschouwende specialismen. Afzonderlijke tarieven bestaan voorts voor pathologisch anatomisch onderzoek, anaesthesie en laboratorium-, röntgen- en isotopenonderzoek.

De hoogte van de tarieven is onderwerp van onderhandelingen tussen VNZ en Landelijke Specialisten Vereniging (LSV). Tot 1982 dienden deze tarieven te worden goedgekeurd door de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad. Sinds 1982 dient het overeengekomen tarief ter vaststelling te worden voorgelegd aan het COTG.

Wat betreft de hoogte van het netto-honorariumdeel van het tarief wordt door de overheid al jaren getracht aansluiting te krijgen bij met name genoemde (hoge) ambtenarenschalen. De betreffende schaalbedragen worden verhoogd met een bepaald 'aankledings'percentage teneinde de vrije beroepsbeoefenaren in staat te stellen de premies volksverzekeringen te voldoen en zelf andere vergelijkbare sociale voorzieningen te treffen als gelden voor de vergelijkingsambtenaar. Het aldus vastgestelde 'norm-inkomen' verschilde over het algemeen nogal sterk van de werkelijke specialisteninkomens zoals deze bleken uit een over 1977 gehouden enquête - de betreffende cijfers worden overigens door de LSV heftig betwist. De overheid heeft vervolgens besloten dat de 'bovennorm inkomens' over een bepaalde periode dienen te worden afgebouwd. Het af te bouwen bedrag liep per specialisme sterk uiteen. Voor kinderartsen was er bijvoorbeeld sprake van een negatief verschil terwijl röntgenologen meer dan 100% boven het norminkomen uitkwamen.

Omdat tariefsverlaging op zich eerder een uitnodiging is het inkomen op peil te houden door meer verrichtingen te doen, is begin 1981 voor een aantal specialismen een degressief tariefsysteem ingevoerd. In 1984 is dit uitgebreid tot alle specialismen en geldt ook voor particuliere patiënten een degressief tarief. Het in 1981 ingevoerde degressieve systeem komt erop neer dat op de tarieven, afhankelijk van de omzet voor ziekenfondsrekening een aanzienlijke korting kan worden gebracht.

De brutohonorering van de zelfstandig declarerende medische specialisten wordt in het FOG voor 1980 geschat op 1,786 miljard gulden, dit is inclusief de medische specialistische hulp in academische ziekenhuizen voor zover niet begrepen in het ziekenhuisbudget. 52% kwam voor rekening van de ziekenfondsen en 48% voor rekening van particulieren en particuliere verzekeringen.

Particulieren betalen de medische specialist per verrichting, waarbij de klinische tarieven verschillen afhankelijk van de verze-

kerde klasse. Het laagste particuliere tarief (klasse III) vormde in 1980 echter nog een veelvoud van het ziekenfondstarief. Streven is het verschil tussen particuliere en ziekenfondstarieven in de loop der tijd te doen verdwijnen. In 1980 zijn daartoe de particuliere tarieven verlaagd en is de zogenoemde klasse-multiplicator gehalveerd.

4.2.2.5. De financiering van de intramurale gezondheidszorg

In deze paragraaf gaan we nader in op de wijze van financiering van de belangrijkste intramurale gezondheidszorg componenten met vermelding van de belangrijkste voor 1980 geldende cijfers.

Achtereenvolgens worden besproken :

- Ziekenhuizen
- Psychiatrische Ziekenhuizen
- Zwakzinnigeninrichtingen
- Verpleeginrichtingen
- Dagverblijven voor gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen

Algemene, categoriale en academische ziekenhuizen

In 1980 bedroegen de totale kosten volgens het FOG 9,338 miljard gulden, ongeveer 34% van de totale kosten voor gezondheidszorg. Ander relevant cijfermateriaal presenteren wij in de hierna volgende tabel.

Tabel 4.2 : KERNCIJFERS OVER ALGEMENE, CATEGORIALE EN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN IN NEDERLAND IN 1980.

capaciteit in bedden	73.148
capaciteit in personeelsleden	130.264 (45% verpleegkundigen)
personeel per bed	1,78 (0,8 verpleegkundigen)
bezettingspercentage	83,5%
personeel per bezet bed	2,13 (0,96 verpleegkundigen)
aantal opnamen	1.538.000
gemiddelde verpleegduur	13,4 dag
aantal dagen verpleging	66.000 (in 1983 reeds 127.000)
aantal polikliniekbezoeken	17.938.000

De totale kosten werden voor een gering gedeelte (ca. 14 miljoen gulden) gefinancierd vanuit de AWBZ (alle verpleegdagen na de 365e dag).

De belangrijkste financieringsbronnen waren echter de ziekenfondsverzekering, de betalingen van particuliere patiënten en particuliere verzekeringen (samen ongeveer 9,2 miljard gulden).

Voor de financiering van een algemeen ziekenhuis geldt een tariefstelsel, waarbij de verpleegtarieven uiteenlopen van all-in (alle

kosten worden via het verpleegtariaf gedekt) tot all-out (alleen de verpleegkosten komen in het 'kale' verpleegtariaf, de overige kosten worden uit neventarieven gedekt). Neventarieven zoals laboratorium-, röntgen-, en operatiekamer-tarieven worden periodiek landelijk vastgesteld op de variabele kosten en enige dekking van de vaste kosten (dit opdat het tarief niet stimuleert tot een grotere produktie).

Het verpleegtariaf is dan in feite de resultante van :

Acceptabele begrote kosten - begrote nevenopbrengsten

begroot aantal verpleegdagen

Tot 1982 geschiedde de tariefsvastelling onder vigueur van de Wet Ziekenhuistarieven. Indien een ziekenhuis (meestal na overleg met het ziekenfonds) van mening was dat het een meer dan trendmatige aanpassing van het tarief behoefde, werd het COZ verzocht een tariefadvies vast te stellen. Vaststelling van het ziekenfondstarief geschiedde door de Commissie Overeenkomsten van de Ziekenfondsraad - het COZ adviseerde hier slechts. De tarieven voor particulieren werden door de COZ vastgesteld.

Sinds in 1982 is ingevoerd, is de gang van zaken dat het ziekenhuis over de begroting primair overleg heeft met de perifere ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Na overeenstemming wordt het COTG gevraagd om, met inachtneming van het overeengekomene, een tarief vast te stellen. Ontstemming ontstond nogal eens wanneer het COTG-secretariaat meende in het overeengekomene nog veranderingen te moeten aanbrengen.

De kostenopdrijvende werking die het tariefsysteem op zich heeft - een afname van het aantal verpleegdagen heeft, gegeven het overwegend vaste kostenpatroon van de ziekenhuizen, immers nogal wat vervelende financiële consequenties - werd in 1983 beëindigd door de invoering van budgettering.

Bij de invoering hiervan werd het tariefsysteem in tact gelaten, doch louter als methode om de middelen uit de diverse financieringsbronnen in de richting van het ziekenhuis te alloceren. Voor zover de werkelijke ontvangsten afwijken van het vastgestelde budget leidt dit simpelweg tot een overschot/tekort dat het volgend jaar moet worden ingeleverd/wordt bijontvangen. Afwijkingen tussen werkelijke kosten en het budget leiden echter in principe niet tot aanpassingen; tekorten zullen moeten worden ingehaald, overschotten mogen worden gereserveerd.

In eerste instantie werd het budget - voor 1983 - met inachtneming van een aantal aanpassingen - gebaseerd op de zogenaamde aanvaardbare kosten 1982. Dit had onvermijdelijk tot gevolg dat zuinig beheer in het verleden in zekere zin werd afgestraft. Aanpassing naar boven tot het niveau van de COTG-richtlijnen wordt slechts gefaseerd toegestaan.

Voor 1984 en latere jaren is het de bedoeling dat het budget een functie wordt van enerzijds de erkende capaciteit (het vaste gedeelte) en anderzijds het met de perifere ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars overeen te komen productieniveau (het variabele gedeelte). Afschrijvingen en rente blijven buiten de budgettering. Voor een volledige bespreking van alle ins en outs van de budgettering is dit hoofdstuk niet de aangewezen plek; hiervoor zij verwezen naar de

meer gespecialiseerde literatuur op dit punt.

Psychiatrische ziekenhuizen

In 1980 bedroegen de totale kosten van psychiatrische ziekenhuizen 1,65 miljard gulden. Ander relevant cijfermateriaal volgt in onderstaande tabel.

Tabel 4.3 : KERNCIJFERS OVER PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN IN NEDERLAND IN 1980.

capaciteit in bedden	24.685
capaciteit in personeelsleden	24.538
personeel per bed	0,99
bezettingspercentage	92,9
personeel per bezet bed	1,07
dagverplegingsdagen	183.000

De totale kosten werden voor een aanzienlijk gedeelte gefinancierd uit de AWBZ (namelijk alle verpleegdagen na de 365e dag) : 1,045 miljard gulden. De overige 0,88 miljard gulden heeft voornamelijk betrekking op kortdurende opnamen, dagbehandeling en poliklinische behandelingen en worden betaald door ziekenfondsen, particuliere verzekeringen en particulieren.

Wat betreft het financieringssysteem geldt voor psychiatrische ziekenhuizen in grote lijnen hetgeen is gesteld bij de algemene ziekenhuizen, zij het dat de bezetting van de psychiatrische ziekenhuizen wat gelijkmatiger is. Ook hier geldt sinds kort een systeem van budgettering.

Zwakzinnigeninrichtingen

De totale kosten voor zwakzinnigeninrichtingen bedroegen in 1980 1,674 miljard gulden. Andere cijfers vindt U in onderstaande tabel.

Tabel 4.4 : KERNCIJFERS OVER ZWAKZINNIGENINRICHTINGEN IN NEDERLAND IN 1980.

capaciteit in plaatsen	29.011
capaciteit in personeelsleden	26.086
personeel per plaats	0,90
bezettingspercentage	97,8
personeel per bezette plaats	0,92

De totale kosten werden vrijwel volledig gefinancierd uit de AWBZ. In tegenstelling tot algemene en psychiatrische ziekenhuizen, vindt financiering uit de AWBZ hier namelijk vanaf de eerste dag plaats. Voor het financieringssysteem geldt in grote lijnen hetzelfde als is gesteld bij de psychiatrische ziekenhuizen.

Verpleeginrichtingen

Verpleeginrichtingen zijn in Nederland vooral een ontwikkeling van de afgelopen 15 jaar. Deze toename is voor een groot deel te verklaren uit een sterk toegenomen behoefte, verband houdend met de sterke toename van het aantal bejaarden (in 1980 : 11.4% van de totale bevolking) met name van het aantal hoogbejaarden.

De vraag naar en het aanbod van verpleeghuisbedden namen vanaf 1967 sterk toe omdat vanaf dat jaar via de AWBZ werd voorzien in een adequate financieringsmogelijkheid. Aanvankelijk verwachtte men dat de verpleeghuiscapaciteit overwegend zou dienen als substitutie voor dure ziekenhuisbedden die waren bezet door verpleegbehoeftige chronische patiënten. In de praktijk bleek echter dat er met name in de thuissituatie op dit punt sprake was van een grote latente behoefte.

In het algemeen kunnen in de Nederlandse situatie 3 typen verpleeghuizen worden onderscheiden :

- verpleeghuizen voor somatische zieken. Naast terminale patiënten en langdurig zieken bestaat het bestand ook uit reactiveringspatiënten, die, vaak aansluitend op een ziekenhuisopname, het verpleegtehuis na verloop van tijd weer verlaten richting thuis of verzorgingshuis;
- verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden;
- verpleeghuizen waar beide soorten patiënten worden verpleegd.

In 1980 bedroegen de totale kosten van verpleeginrichtingen 2,864 miljard gulden. Ander relevant cijfermateriaal volgt in onderstaande tabel.

Tabel 4.5 : KERNCIJFERS OVER VERPLEEGINRICHTINGEN IN NEDERLAND IN 1980.

capaciteit in bedden	46.616
capaciteit in personeelsleden	46.520
personeel per bed	1,00
bezettingspercentage	96,9
personeel per bezet bed	1,03

De totale kosten werden ook hier vrijwel volledig gefinancierd uit de AWBZ. Een gering gedeelte kwam uit eigen bijdragen van de patiënten.

Van de totale kosten had 37% betrekking op verpleeghuizen voor soma-

tisch zieken, 23% op verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden en 35% op de zogenaamde gecombineerde verpleeghuizen; 5% had betrekking op niet erkende verpleeghuizen.

Dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten

De totale kosten voor deze instellingen bedroegen in 1980 0,554 miljard gulden. Ander relevant cijfermateriaal volgt in onderstaande tabel.

Tabel 4.6 : KERNCIJFERS OVER DAGVERBLIJVEN EN GEZINSVERVANGENDE TEHUIZEN IN NEDERLAND IN 1980.

capaciteit in plaatsen	17.947
capaciteit in personeelsleden	7.043
personeel per plaats	0,39
bezettingspercentage	95,9
personeel per bezette plaats	0,41

Belangrijkste financieringsbronnen

Ook deze instellingen werden vrijwel volledig uit de AWBZ financieerd.

Als afsluiting van deze subparagraaf zijn de belangrijkste financieringsbronnen voor de intramurale gezondheidszorg in een tabel bijeengebracht.

Tabel 4.7 : AANDEEL VAN VIJF FINANCIERINGSBRONNEN AAN DE FINANCIERING VAN DE INTRAMURALE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND IN 1980.

	in milj.guldens	in procenten
ziekenfonds	6,605	40,2
particulieren/partic.verzek.	2,451	14,9
AWBZ	6,530	39,8
overheidssubsidies	626	3,8
interne financiering	205	1,3
Totaal	16,417	100

4.2.2.6. De financiering van de overige kosten van gezondheidszorg
In deze paragraaf gaan we in op de financiering van
- de collectieve preventieve zorg

- beleid, administratie en beheer
- ambulancediensten
- overige gezondheidszorg

De collectieve preventieve zorg

Een deel van de kosten voor collectieve preventieve zorg (ca. 20%) is reeds vervat in eerder besproken zorgsoorten. Kruiswerk, tandheelkunde, AGGZ en dergelijke bevatten immers ook preventieve aspecten. Belangrijke onderdelen van de overige collectieve preventieve zorg zijn :

- gezondheidsbescherming (keuringsdiensten)
Kosten in 1980 123 miljoen gulden, aantal personeelsleden 2.423;
- basisgezondheidszorg : bestrijding van besmettelijk ziekten, bevolkingsonderzoek, schoolgezondheidszorg en andere preventieve activiteiten van basisgezondheidsdiensten (Gemeentelijke Geneeskundige Diensten);
Kosten in 1980 307 miljoen gulden, aantal personeelsleden 3.453;
- bedrijfsgezondheidszorg.
Kosten in 1980 263 miljoen gulden, aantal personeelsleden 2.430.

De belangrijkste financieringsbronnen voor de collectieve preventieve zorg over het jaar 1980 zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4.8 : AANDEEL VAN VIER FINANCIERINGSBRONNEN AAN DE FINANCIERING VAN DE COLLECTIEVE PREVENTIEVE ZORG IN NEDERLAND IN 1980.

	x f 1.000.000	%
rijksoverheid	165	23,1
gemeenten	260	36,5
bedrijven	241	32,8
overig (inclus. ziekenfonds en AWBZ)	47	6,6
Totaal	713	100

Beleid, administratie en beheer

Hieronder vallen de kosten van Ziekenfondsraad, ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars alsmede kosten van Ministerie en Provinciale Raden voor Volksgezondheid. De totale kosten beliepen in 1980, 1,126 miljard gulden. Het betrof hier 11.167 arbeidsplaatsen. Hiermede zijn overigens niet alle 'bureaucratiekosten' in de gezondheidszorg beschreven. Veel 'organen' en 'organisaties' vallen niet onder deze post en ook in de instellingen is er sprake van een aan-

zienlijke hoeveelheid indirect personeel. Bezorgdheid omtrent de ontwikkeling van deze 'indirecte' kosten neemt snel toe en een maatregel op dit vlak die sprekend is, is dat bijvoorbeeld ook voor de beheerskosten van ziekenfondsen budgettering (met een toegestane groei van nul) is ingevoerd.

Ambulancediensten

De totale kosten over 1980 beliepen 182 miljoen gulden. Het aantal personeelsleden bedroeg 2.300.

Overige gezondheidszorg

Hieronder vallen zaken als 'zittend' ziekenvervoer, laboratoria, medisch verzorging van militairen, trombosediensten, medische zorg voor studenten en medische sportkeuringen; alles voor zover niet begrepen in eerder genoemde posten. Het gaat hierbij voor 1980 om in totaal 339 miljoen gulden en 4.320 arbeidsplaatsen.

De belangrijkste financieringsbronnen voor kosten van beleid, administratie en beheer, ambulancediensten en overige gezondheidszorg zijn in de volgende tabel weergegeven.

Tabel 4.9 : AANDEEL VAN VIER FINANCIERINGSBRONNEN AAN DE FINANCIERING VAN BEHEERSKOSTEN, AMBULANCEDIENSTEN EN OVERIGE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND IN 1980.

	x f 1.000.000	%
ziekenfonds	733	44,5
particulieren/partic.verzekering	535	32,5
AWBZ	117	7,1
overheidssubsidies	262	15,9
Totaal	1.647	100

4.2.3. Samenvattend overzicht

We sluiten deze paragraaf over de financiering van de Nederlandse Gezondheidszorg af met een kostenoverzicht.

In tabel 4.10 geven we een totaaloverzicht voor 1980 van de kosten per soort gezondheidszorg en aard van de financieringsbron. In tabel 4.11 tenslotte volgt enig cijfermateriaal over de kostenontwikkeling tot 1984 en de ramingen van de kosten voor 1984, 1985 en 1986.

Tabel 4.10.: TOTALE KOSTEN PER SOORT GEZONDHEIDSZORG IN 1980 ONDERVERDEELD NAAR FINANCIERINGSBRON (x f. 1.000.000).

Zorgsoort	Totale kosten	Ziekenfonds	AWBZ	Partic./Part.Verz.	overheids-subsidie	interne financ.
intramur. zorg	16.417	6.605	6.530	2.541	626	205
special. hulp	1.786	923	-	863	-	-
geneesm. extramur. hulp	2.604	1.553	-	1.051	-	-
collect. prev.zorg	4.510	2.114	770	1.469	157	-
beleid, am-lance	713	15	7	266	425	-
	1.647	733	117	535	262	-
Totaal	27.677	11.943	7.424	6.635	1.470	205
%	(100)	(43.2)	(26.8)	(24.0)	(5.3)	(0.7)

Tabel 4.11.: KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG 1975-1983 EN PROJECTIE VAN DE KOSTEN 1984-1986 NAAR SOORT GEZONDHEIDSZORG (IN MILJOENEN GULDENS).

Jaar	Kosten							% BNP**
	intra-mur. zorg	special. hulp	farmac. hulp	extra-mur. GZ	collect. prev.	beleid overig	totaal* absol.	
1975	9.718	1.222	1.855	2.728	433	1.082	17.038	8.2
1976	11.200	1.319	2.025	3.059	500	1.125	19.228	7.6
1977	12.495	1.429	2.146	3.399	548	1.240	21.257	7.7
1978	13.785	1.567	2.299	3.744	598	1.375	23.368	7.9
1979	15.032	1.681	2.434	4.101	661	1.494	26.403	8.1
1980	16.411	1.786	2.604	4.510	713	1.647	27.671	8.3
1981	17.659	1.819	2.817	4.810	741	1.794	29.640	8.5
1982	18.859	1.964	3.065	5.068	771	1.982	31.709	8.6
1983	19.537	1.989	3.186	5.272	768	2.128	32.880	8.8
<u>Raming</u>								
1984	19.526	1.911	3.288	5.357	776	2.127	32.985*	
1985	19.400	1.845	3.386	5.419	784	2.129	33.963*	
1986	19.332	1.797	3.489	5.561	802	2.119	33.099*	

* exclusief anciënniteitseffect

** vanaf 1976 in % van het BNP volgens de jongste definitie. Uitgedrukt in het BNP volgens de tot 1980 geldende definitie zijn de percentages voor 1977, 1978 en 1979 8; 8,3; 8,5.

4.3. DE FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIE

4.3.1. De verschillende fondsen voor de financiering van de gezondheidszorg

Een interdepartementale werkgroep over gezondheidsbeleid noteerde in 1976 het volgende: 'Om historische en politieke redenen is het gezondheidsbeleid op gang gebracht en hoofdzakelijk tot ontwikkeling gekomen binnen het stelsel van de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering... Hoe langer hoe meer bestaat een strekking om de ziekteverzekering te laten instaan voor de doeleinden van het gezondheidsbeleid' (Delperee, 1976). De ziekteverzekering en dus de ziekenfondsen vormen inderdaad veruit de belangrijkste bron voor de financiering van de gezondheidszorg in België.

4.3.1.1. De ziekenfondsen

De ziekenfondsen kennen in België een lange geschiedenis. Reeds op het einde van de Middeleeuwen zorgden corporaties voor bescherming van hun leden tegen loonverlies wegens ziekte of ouderdom; deze corporaties overleefden de wet Le Chapelier van 1791, die het bestaan van corporaties verbood. Enkel de instellingen van liefdadigheid mochten nog blijven bestaan en zo ontsnapten de beginnende ziekenfondsen aan het verbod.

In het begin van de negentiende eeuw bestonden verschillende plaatselijke maatschappijen van onderlinge hulp, die tot doel hadden geldelijke steun te verlenen bij ongeval, ziekte of hoge leeftijd. Na verloop van tijd gingen de ziekenfondsen hun werking rationaliseren; waar er oorspronkelijk vrij kon aangesloten worden zonder aansluitingsformaliteiten, begonnen sommige maatschappijen entreegeld te vragen aan leden met een groter ziekterisico. Sommige maatschappijen vroegen per maand zelfs hogere premies aan oudere leden.

Na een eerste wet in 1851 die het bestaan van ziekenfondsen legaliseerde, betekende de wet van 1894 een aanzienlijke verbetering van de positie van de ziekenfondsen. Naast het verlenen van de rechtspersoonlijkheid stelde zij nog andere voordelen in het vooruitzicht : de ziekenfondsen moesten geen zegelrechten meer betalen en konden zelfs subsidies ontvangen.

Vanaf 1900 gaf de regering geregeld toelagen aan de ziekenfondsen bij de oprichting van een plaatselijke maatschappij, alsook voor dedekking van de werkingskosten. De wet van 5 mei 1912 schiep een bestendige overheidssteun voor de uitkeringen van invaliden; deze toelage bedroeg 60% van de bijdrage van de leden. De dienst voor uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid was op het ogenblik nog altijd de belangrijkste. Met de dokters waren de verhoudingen weinig geëvolueerd en de dienst voor gezondheidszorg was niet sterk ontwikkeld.

Na de eerste wereldoorlog begon een nieuwe groeiperiode voor de ziekenfondsen. Vanaf 1920 verleent de Staat ook aan de sector van de geneeskundige verzorging aanzienlijke toelagen. Met de ontwikkeling van de geneeskunde gingen ook de uitgaven voor medische consumptie

stijgen. De toelagen van de overheid worden berekend op grond van het aantal leden en van de door de leden gestorte bijdragen. Dit principe van subsidies van de overheid in functie van de bijdragen der leden zal regel zijn tot in 1963. Naast de bijdragen der leden die vrijwillig konden aansluiten, haalden de ziekenfondsen dus een belangrijk deel van hun middelen uit de subsidies van de overheid.

Naarmate men ondertussen meer oog kreeg voor financieel beheer, risicodekking en -spreiding gingen de plaatselijke maatschappijen zich uitbreiden tot een - meestal gewestelijk - verbond, en de verbonden tot een nationale Landsbond. In 1920 bestonden er zo in België vijf landsbonden, die ook tot op de dag van heden voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering instaan :

- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- de Landsbond der Neutrale Mutualiteitsverbonden
- het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- de Nationale Bond der Liberale Mutualiteitsfederatiën van België
- de Landsbond van de Verbonden der Beroepsziekenfondsen van België

Wanneer de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering op 1 januari 1945 werd ingesteld, deed men een beroep op de landsbonden, die sinds het begin van deze eeuw veel hadden bijgedragen tot het verspreiden van de vrijwillige ziekte- en invaliditeitsverzekering. Zij werden opgenomen in de administratieve structuur van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering naast een officiële instelling, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Uiteindelijk was het de wet van 9 augustus 1963 op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die de ziekteverzekering het uitzicht gaf dat ze vandaag nog heeft.

De huidige werking van de verplichte ziekteverzekering

De wet van 9 augustus 1963 betekende inderdaad een grondige wijziging voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering omdat daardoor de inrichting van de verzekering bij wet geregeld wordt, waar dit voorheen gebeurde door uitvoeringsbesluiten, genomen op grond van de besluitwet van 28 december 1944 (kaderwet). Sinds 1963 wordt de ziekte- en invaliditeitsverzekering beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het RIZIV staat in voor het beheer, de controle en het financieel beleid van de verzekering. Het RIZIV ontvangt de opbrengst uit ledenbijdragen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (die de bijdragen ontvangt van de werkgevers) en de overheidssubsidies vanwege de Staat. Deze gelden betaalt het RIZIV door aan de verschillende ziekenfondsen, die de prestaties aan de leden betalen.

Door de wet van 9 augustus 1963 wordt ook een nieuwe financieringsbasis gelegd: waar vroeger toelagen werden verleend in verhouding tot de bijdragen van de leden (ontvangsten) worden nu toelagen toegekend naar rate van de kosten voor verzorging (uitgaven).

Ook worden afzonderlijke begrotingen en rekeningen opgemaakt voor de twee takken (uitkeringen en geneeskundige verzorging) en geschiedt er in de geneeskundige verzorging nog een afzonderlijke budgettering voor twee stelsels (het algemeen stelsel en het stelsel der zelfstandigen).

Tussen 1960 en 1970 is het verplicht ziekteverzekeringssysteem voortdurende uitgebreid, zodat in 1970 de totale bevolking verplicht verzekerd is. Zo wordt op dit ogenblik nog hoofdzakelijk onderscheid gemaakt tussen twee stelsels, namelijk het Algemeen Stelsel en het Stelsel der Zelfstandigen, met daarin de volgende categorieën van verzekerden, en de datum waarop de verplichte verzekering van kracht geworden is.

Algemeen Stelsel

- Werknemers uit de privé-sector (28.12.1944)
- Werknemers der openbare diensten (22.03.1965)
- Minder-validen (18.04.1967 en 16.12.1968)
- Bezoldigde geestelijken (28.06.1969)
- Dienstboden (28.06.1969)
- Studenten (28.06.1969)
- Nog niet beschermde personen (28.06.1969)

Stelsel der Zelfstandigen

- Zelfstandigen (30.07.1964)
- Leden van kloostergemeenschappen (28.06.1969)

Werklozen, invaliden en gepensioneerden blijven verzekerd in het stelsel en de categorie van hun actieve periode.

Het dient wel vermeld dat het verzekerde pakket verzorging in het algemeen stelsel vollediger is dan in het stelsel van de zelfstandigen. Bij deze laatsten zijn alleen de zogenaamde grote risico's verzekerd, dat wil zeggen hospitalisatie, heelkunde, speciale verzorging, enzovoorts.

Bij de geneeskundige hulp in de ziekteverzekering kan onderscheid gemaakt worden tussen twee soorten, namelijk de gewone en de specialistische geneeskundige hulp. Bij de gewone geneeskundige hulp komt de ziekteverzekering voor 75% van de overeengekomen tarieven tussen, terwijl bij de specialistische geneeskundige hulp op 100% terugbetaling door de ziekenfondsen kan gerekend worden.

De gewone geneeskundige hulp omvat :

- de bezoeken en raadplegingen van huisartsen en geneesheren-specialisten;
- technische verstrekkingen van diagnose en behandeling welke niet de bekwaamheid van geneesheer-specialist vereisen;
- de individuele hulp verstrekt door verpleegsters, verzorgsters en ziekenoppassers;
- kinesitherapeutenhulp;
- preventieve en curatieve tandheelkundige hulp met in sommige gevallen tandprothesen inbegrepen;

- bandagisten, opticiens en gehoorsprothesisten.

De specialistische geneeskundige hulp omdat diagnostische acten (radiologie, klinische biologie, nucleaire geneeskunde, EKG, de inwendige geneeskunde, enz.), stomatologie, radio- en radiumtherapie, fysiotherapie, reumatologie, dermatologie, venereologie, nierdialyse, verlos- en heelkunde, anaesthesie, allerhande apparaten (kunstnier, hartstimulator, enz.) en toezicht op patiënten in het ziekenhuis. Deze geneeskundige hulp wordt 100% terugbetaald.

Verder zijn er de geneesmiddelen en de ziekenhuisverpleging. De specialistische hulp en de ziekenhuisverpleging worden samen ook wel de grote risico's genoemd, terwijl de gewone geneeskundige hulp en de geneesmiddelen de kleine risico's voorstellen.

Sinds 1963 worden de betrekkingen tussen de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen geregeld door overeenkomsten. Deze overeenkomsten worden afgesloten tussen de vertegenwoordigers der betrokken zorgverstrekkers (geneesheren, tandartsen, apothekers, paramedici, verplegingsinrichtingen) en de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen die daarvoor samenkomen in een paritair samengestelde nationale commissie, onder voorzitterschap van een leidend ambtenaar van het RIZIV. Deze overeenkomsten bepalen het tarief dat de zorgverstrekkers aan de verzekerden mogen aanrekenen en bepalen eveneens de voorwaarden en de situaties waarin de overeengekomen tarieven moeten worden nageleefd. Artsen en tandartsen kunnen hun toetreding tot een overeenkomst individueel weigeren, waardoor zij niet gehouden zijn de overeengekomen tarieven te respecteren.

Financiering van de verplichte ziekteverzekering

De ziekte- en invaliditeitsverzekering kent hoofdzakelijk twee bronnen van inkomsten, enerzijds de werkgevers- en werknemersbijdragen en anderzijds de overheidssubsidies.

De verplichte bijdragen van de verzekerden zijn verschillend geregeld in de twee stelsels, en in de twee stelsels dan nog verschillend volgens de onderscheiden groepen. Zo betalen de werknemers van de privésector en de openbare sector vandaag 2,55% van hun brutoloon als sociale bijdrage voor de ziekteverzekering en 1,15% voor de uitkeringsverzekering. Bovenop het brutoloon betalen de werkgevers een bijdrage van 3,80% voor de ziekteverzekering en 2,20% voor de invaliditeitsverzekering.

Deze globale bijdrage van 6,35% van het brutoloon voor de ziekteverzekering en 3,35% voor de invaliditeitsverzekering wordt door de werkgever gestort in de Rijkskas voor Sociale Zekerheid, die ze doorstort naar het RIZIV. In de ziekteverzekering bestaat sinds 01.01.1975 geen loongrens meer, en in de invaliditeitsverzekering sinds 1982. Dit wil zeggen dat de werknemers sociale bijdragen betalen op hun totale brutoloon.

Sinds de programmawet van 1980 betalen ook de gepensioneerden boven een bepaald minimumpensioen-inkomen (legaal plus extra-legaal pensioen) een bijdrage voor de ziekteverzekering, die momenteel 2,55% bedraagt. De kleine 'residuaire' stelsels (minder-validen,

studenten, nog niet beschermde personen, kloostergemeenschappen) betalen maandelijks forfaitaire (nominale) persoonlijke bijdragen, die van categorie tot categorie verschillen en elk jaar aangepast worden aan de index der consumptieprijzen.

De zelfstandigen betalen aan hun sociale kassen bijdragen in functie van hun verdiend inkomen van drie jaren geleden, zoals dat meegedeeld wordt door de Belastingdiensten. Voor de zelfstandigen gelden nog wel plafonds (premiegrenzen) voor de bijdragen zodat de solidariteit beperkter kan genoemd worden. In 1981 bedroeg het bijdragepercentage voor de ziekteverzekering 2.55% bij de zelfstandigen, terwijl het plafond waarboven geen bijdragen meer moesten betaald worden 1.285.397 BF bedroeg. In 1984 was dat respectievelijk 3.30% en 1.569.247 BF.

Tot vóór 1982 bedroegen de Rijkssubsidies in de sector ziekteverzekering 27% van de uitgaven. In die periode was er ook een speciale Rijkssubsidie voorzien ter vervanging van de bijdragen der werklozen. Sinds 1982 is die echter verdwenen uit de wetgeving. Wel kon de ziekteverzekering in 1983 en 1984 putten uit een Speciaal Fonds voor het Evenwicht van de Sociale Zekerheid; er is evenwel geen wettelijke garantie dat dit elk jaar zal gebeuren.

Sinds 01.01.1982 bedragen de Rijkssubsidies aan de Ziekteverzekering 80% van de uitgaven van de weduwen, gepensioneerden, invaliden en wezen (deze groep noemt men de WIGW's), alsmede de 25% subsidie van de ligdagprijs in de ziekenhuizen. De actieven worden verondersteld via hun bijdragen zelf in te staan voor hun uitgaven en die van hun personen ten laste, alsook voor het resterend deel van de uitgaven van de WIGW's (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen). Alleen de gepensioneerden leveren via hun bijdragen nog financiering voor vier procent van hun uitgaven. De uitgaven van de bejaarden voor gezondheidszorg worden dus hoofdzakelijk gedragen door de overheid.

Naast deze twee voornaamste inkomstenbronnen heeft de ziekteverzekering nog enkele residuaire verzekeringsinkomsten zoals giften en legaten, interesten en de tien procent bijdrage op de premie van de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

In de tabellen 4.12 tot 4.15 zijn de inkomsten en uitgaven van de ziekteverzekering in twee stelsels in de periode 1970-1984 weergegeven.

Tabel 4.12 : INKOMSTEN ZIEKTEVERZEKERING ALGEMEEN STELSEL (IN MILJOENEN BF).

	Bijdragen	Overheidssubsidies	Totale inkomsten
1970	22.345	11.067	33.833
1975	52.165	29.662	82.754
1976	59.062	34.368	94.510
1977	65.106	42.106	108.363
1978	69.726	44.053	115.730
1979	74.947	47.062	123.566
1980	81.389	52.341	135.255
1981	85.885	53.633	141.381
1982	90.896	61.802	154.176
1983	96.931	69.527	168.078
1984	112.715	71.462	187.804

Tabel 4.13 : UITGAVEN ZIEKTEVERZEKERING ALGEMEEN STELSEL (IN MILJOENEN BF).

	Verstrekkingen	Beheerskosten	Transfert nr. Zelfstandigen	Andere	Totaal
1970	32.155	2.253	- 94	1.234	35.548
1975	74.720	5.146	- 294	2.488	82.060
1976	88.849	5.883	- 356	2.957	97.333
1977	98.551	6.760	- 387	3.211	108.135
1978	110.069	7.205	- 407	3.299	120.166
1979	117.307	7.605	- 429	5.062	129.545
1980	126.016	8.263	- 506	4.108	137.881
1981	136.147	8.992	- 603	6.541	151.077
1982	149.321	9.799	- 832	7.035	165.323
1983	161.866	10.535	- 931	9.590	181.060
1984	170.527	11.062	- 1.027	9.876	190.437

Tabel 4.14 : INKOMSTEN ZIEKTEVERZEKERING ZELFSTANDIGEN (IN MILJOENEN BF).

	Bijdragen	Overheidssubsidies	Totale inkomsten
1970	1.048	860	1.909
1975	3.960	2.115	6.075
1976	4.789	2.559	7.396
1977	5.222	2.834	8.057
1978	5.485	2.716	8.227
1979	5.799	3.034	8.934
1980	6.337	3.051	9.389
1981	7.162	3.970	11.134
1982	7.604	4.614	12.223
1983	7.915	5.211	13.139
1984	10.714	5.277	16.210

Tabel 4.15 : UITGAVEN ZIEKTEVERZEKERING ZELFSTANDIGEN (IN MILJOENEN BF).

	Verstrek- kingen	Beheers- kosten	Transfert van Alg. Stelsel	Andere	Totaal
1970	2.169	129	94	56	2.448
1975	5.390	401	294	156	6.241
1976	6.502	485	356	244	7.587
1977	7.136	529	387	239	8.291
1978	7.707	541	407	333	8.988
1979	8.131	568	429	589	9.717
1980	8.788	595	506	458	10.347
1981	9.537	645	603	876	11.660
1982	11.268	703	832	728	13.531
1983	11.892	755	931	931	14.509
1984	12.372	793	1.027	1.109	15.302

De aanvullende vrije ziekenfondsverzekeringen

Naast de verplichte ziekteverzekering organiseren de ziekenfondsen voor hun leden ook Aanvullende Vrije ⁸ Verzekeringen op het domein van de welzijns- en gezondheidszorg. Vermits alleen de gezondheidszorg ons hier bezighoudt vermelden we de dienst voor herstellenden, de dienst ziektevervoer, de dienst Hulp aan Zieken, en op sommige plaatsen de terugbetaling van bepaalde remgelden. De financiële middelen voor deze aanvullende verzekering worden geput uit een beperkte forfaitaire bijdrage van de leden (± 1.200 BF per jaar per gerechtigde) en subsidies van de overheid in functie van de ledenbijdragen. Deze subsidies worden de laatste jaren evenwel stevig teruggeschroefd. Deze vrije verzekeringen zijn beperkt van omvang en worden uitgebouwd ter profilering van de eigenheid van de ziekenfondsen. De inkomsten uit bijdragen bedroegen in 1981 ongeveer 3 miljard BF en de overheidssubsidies 150 miljoen.

Voor de zelfstandigen organiseren de ziekenfondsen op vrijwillige basis een Vrije Verzekering voor de kleine gezondheidsrisico's (bezoeken en raadplegingen van huisartsen en specialisten, kinesitherapeuten, hulp van verpleegsters, tandartsenhulp en geneesmiddelen). Deze zorgen zitten voor de zelfstandigen niet in de verplichte verzekering. Hier bedroegen de ledenbijdragen ongeveer 3.5 miljard BF en de overheidssubsidies 1.5 miljard BF.

4.3.1.2. Overheidsfondsen ⁹

Alhoewel de overheid op verschillende plaatsen en zeer substantieel tussenkomt in de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg (zie 4.3.1.1.) treedt zij slechts zeer partiëel op als uitvoerder. De gezondheidszorg verschijnt in België zelden als publieke onderneming. Vrije markt en privaat initiatief zijn overheersend in de gezondheidszorg.

Als organisator en financierder treedt de overheid in België op verschillende niveau's op: nationaal, provinciaal en gemeentelijk, alsook op het vlak van de gemeenschappen en gewesten. Ofschoon de gezondheidszorg ressorteert onder een autonoom departement van volksgezondheid heeft dit laatste geen exclusieve bevoegdheid ter zake. Andere ministeriële departementen oefenen min of meer belangrijke bevoegdheden uit op dit terrein.

Door de wetgeving op de staatshervorming werden de 'persoonsgebonden aangelegenheden' (waaronder de gezondheidszorg) onder de bevoegdheid gebracht van de Vlaamse, respectievelijk Franstalige Gemeenschap en het Brussels Gewest, met eigen, politiek-verantwoordelijke organen. Via deze wetgeving worden belangrijke bevoegdheden inzake gezondheidszorg, onder meer de gezondheidsopvoeding, de preventieve gezondheidszorg, het beleid inzake zorgverstrekking in en buiten de verzorgingsinstellingen, naar het gemeenschapsniveau (Vlaams- en Franssprekende Gemeenschappen) overgedragen. Diezelfde wet voorziet evenwel uitzonderingen, die vooral in de sector van de gezondheidszorg veel belangrijker zijn dan de regel. Zo blijven de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de basisregelen inzake programmering en financiering

van de infrastructuur en de erkenningsnormen nationale materies.

Men zou derhalve kunnen besluiten dat de feitelijke macht in handen blijft van de nationale instanties, aangezien zij beslissen over reglementering en financiering. De hieruit resulterende territoriumstrijd tussen nationale en regionale beleidsniveaus hypothekeert in sterke mate het gezondheidsbeleid, meer in het bijzonder de uittekening van het formeel kader waarbinnen het naar vorm en inhoud tot stand kan komen.

Op provinciaal niveau bestaat een dienst voor de openbare gezondheid die toelagen verleent en eventueel gezondheidsinstellingen opricht. De werking van deze diensten verschilt van provincie tot provincie. Daarnaast zijn er de provinciale geneeskundige commissies, die onder meer de verantwoordelijkheid dragen voor de continuïteit van de zorgverstrekking bijvoorbeeld bij een zorgenstaking van de artsen.

Op het niveau van de gemeente heeft de lokale overheid enige verantwoordelijkheid en initiatiefmogelijkheden met betrekking tot de gezondheidszorg. Naast eerder klassieke opdrachten inzake milieuhygiëne kan de gemeente zelf tot de organisatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen overgaan. In die zin beschikken een aantal, voornamelijk grotere, gemeenten en dit meestal via hun Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) over ziekenhuizen, diensten voor thuisverpleging tot en met eigen laboratoria, gezondheidscentra en scholen voor paramedisch personeel. Verder beheren heel wat gemeenten ook bejaardentehuizen en diensten voor gezins- en bejaardenhulp, maar deze diensten worden niet gerekend tot gezondheidszorg in de strikte zin van het woord.

Rekening houdend met de traditionele gemeentelijke autonomie en het belang van het partijpolitiek moment op dit niveau, worden planning en organisatie van de publieke gezondheidszorg binnen dergelijke context een bijzonder riskante en moeilijke onderneming.

De financiële middelen die de overheid rechtstreeks besteedt aan gezondheidszorg in de strikte zin van het woord, komen uit de fiscale ontvangsten en moeten elk jaar goedgekeurd worden in het parlement en de respectievelijke Raden (Vlaamse Raad voor Vlaanderen, Gewestraad en Gemeenschapsraad voor Wallonië). De precieze toewijzing van deze financiële middelen wordt geregeld bij wetten en koninklijke besluiten.

In 1980 bedroeg de directe overheidsfinanciering 65,53 miljard BF, waarvan 35,17 miljard BF aan intramurale gezondheidszorg, 2,71 miljard BF aan extramurale gezondheidszorg, 16,64 miljard BF aan preventieve gezondheidszorg en 11,01 miljard BF aan beheer, onderwijs en onderzoek.

De verstrekkingen betroffen vooral diensten in medico-sociale instellingen, ziekenvervoer, subsidies aan wetenschappelijk onderzoek en preventieve geneeskunde.

4.3.1.3. Private ziektekostenverzekeringen

Sinds enkele jaren hebben verschillende verzekeringsmaatschappijen in België hun activiteiten uitgebreid tot het terrein van de ziektekosten. Door de toenemende persoonlijke tussenkomsten is er een markt

ontstaan voor dergelijke polissen; zeker wanneer de patiënt voorkeur geeft aan een afzonderlijke kamer of wanneer zijn arts niet tot de overeenkomst is toegetreden. In die gevallen kunnen de honoraria namelijk vrij bepaald worden.

De premie-ontvangsten van de tak 'Ziektekosten' bij de Belgische Verzekeringswereld bedroeg in 1980 2.199 miljoen BF. Dit is een stijging van 44% ten opzichte van 1978, maar toch slechts een zeer klein deeltje van de totale premie-ontvangsten in de verzekeringswereld (118.518 miljoen BF).

4.3.1.4. De particuliere betalingen

Doordat in België de totale bevolking verplicht verzekerd is in de ziekteverzekering is het bijna uitgesloten dat iemand volledig zelf de kosten van gezondheidszorg draagt.

Wel zijn persoonlijke tussenkomsten en remgelden in het Belgisch ziekteverzekeringssysteem frequent voorkomend. Bij de zogenaamde gewone geneeskundige hulp (zie paragraaf 4.3.2.1.) betaalt de patiënt gemiddeld genomen een remgeld van 25% van het overeengekomen tarief. Voor geneesmiddelen bestaat een heel eigen systeem van persoonlijk tussenkomsten waarover meer in paragraaf 4.3.2. Ook voor hospitalisatie betaalt de patiënt momenteel vanaf de eerste dag bijna 200 BF per dag voor hotelkosten en geneesmiddelen.

Voor de gewone geneeskundige prestaties en de geneesmiddelen alleen al droegen de particulieren in 1980 in elk geval minstens 25 miljard BF persoonlijke tussenkomsten, dit is berekend in de veronderstelling dat de tarieven gerespecteerd werden.

De uitgaven van de privé-sector voor algemene preventie en sanitaire doeleinden worden in dit overzicht niet behandeld, omdat gekeken wordt naar de uitgaven voor gezondheidszorg in de meer strikte betekenis van het woord. Wel vermelden we de uitgaven van de bedrijven voor Arbeidsgeneeskunde.

4.3.2. De verschillende voorzieningen en hun financiering

Zoals reeds aangeduid is in België de quasi-totale bevolking verplicht verzekerd in de ziekteverzekering ¹⁰. Het verzorgingspakket van de verplichte ziekteverzekering is dan ook zeer uitgebreid zodat de belangrijkste voorzieningen gefinancierd worden via de verplichte ziekteverzekering. Daarvoor is een 'nomenclatuur' van de medische prestaties opgesteld, waarin alle geneeskundige verstrekkingen met naam worden opgesomd, voorzien van een nummer, van een kenletter en van een coëfficiënt. Via de kenletter en de coëfficiënt (die de relatieve waarde van de prestatie weergeeft) kan het tarief van elke prestatie berekend worden. Dit is nodig omdat in België vrij algemeen de prestatie-geneeskunde wordt toegepast, dat wil zeggen dat de financiering gebeurt per prestatie. Regelmatig wordt de waarde van de kenletters aangepast aan de index der consumptieprijzen; dit gebeurt dan in de zogenaamde overeenkomsten tussen ziekenfondsen enerzijds en zorgverstrekkers en instellingen anderzijds.

Voor de gezondheidszorg buiten de ziekteverzekering wordt een tamelijk strikte definitie van gezondheidszorg gehanteerd; bejaardentehuizen en gezins- en bejaardenhulp worden daar bijvoorbeeld niet bijgeteld. Voor preventieve gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld niet verder gegaan dan de eetwareninspectie; geen waterzuivering bijvoorbeeld, geen milieubeheer, geen afvalverwerking.

4.3.2.1. De extramurale gezondheidszorg

In dit hoofdstuk zullen we de financiering beschrijven van de belangrijkste gezondheidszorgvoorzieningen in de ambulante sector, alsmede enkele relevante cijfers vermelden voor 1980. Vervolgens zullen we behandelen:

- de gewone geneeskundige hulp door artsen
- de specialistische geneeskundige hulp
- tandartsenhulp
- kinesitherapeutische hulp
- verloskundige hulp en kraamzorg
- verpleegkundige hulp
- diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
- geneesmiddelenhulp.

De gewone geneeskundige hulp door artsen

Onder gewone geneeskundige hulp door artsen worden verstaan de bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van geneesheren-specialisten, alsook technische verstrekkingen van diagnose en behandeling welke niet de bekwaamheid van geneesheer-specialist vereisen.

Zowel huisartsen als specialisten werken overwegend in individuele praktijken. Voor 90% der huisartsen betekent dit een privaat kabinet, meestal in het eigen woonhuis. Binnen deze solistische praktijk is vooralsnog weinig ruimte voor paramedische en secretariële hulp, functies die meestal door de echtgenote van de arts worden opgenomen. Over groepspraktijken wordt wel veel geschreven, maar zij komen in tegenstelling met Nederland en andere Europese landen niet echt van de grond: een recente survey telde er in Vlaanderen slechts een twintigtal (Nuyens, 1983).

Geneesheren-specialisten van hun kant werken ofwel in private kabinetten, ofwel in poliklinieken, ofwel in ziekenhuizen. De meesten onder hen combineren echter minstens twee van deze praktijkvormen, wat meteen hun relatief vrij, maar ook solistisch statuut illustreert. Buiten de zelfstandigen is in België praktisch iedereen verplicht verzekerd voor de gewone geneeskundige hulp door artsen. De keuze van huisarts is volledig vrij voor de patiënten, die dus niet ingeschreven dienen te zijn bij een bepaalde huisarts. Bovendien hebben zij ook rechtstreeks toegang tot de specialist, waarbij geen verwijzing van de huisarts noodzakelijk is, ook niet om terugbetaling vanwege de ziekteverzekering te bekomen. Dit leidt tot een parallelle opstelling van huisarts en specialist in de ambulante gezondheidszorg, met onder meer als gevolg dat slechts de helft der patiënten op verwijzing van de huisarts bij de specialist terecht komt en de andere helft dus recht-

streeks naar de specialist stapt.

Het dominante betaalsysteem voor Belgische artsen is het systeem van betaling per prestatie, en dit zowel voor huisartsen als voor specialisten. Ook geneesheren-specialisten die full-time in ziekenhuizen werken, halen hun inkomen hoofdzakelijk uit het werken met individuele patiënten.

De tarieven worden vastgelegd in overeenkomsten die jaarlijks onderhandeld worden tussen artsensyndicaten en ziekenfondsen binnen de Medico-Mutualistische Commissie. Individuele geneesheren kunnen deze overeenkomsten evenwel weigeren of slechts gedeeltelijk aanvaarden; in deze gevallen zijn zij niet gebonden aan de vastgestelde honoraria en blijft de prijsbepaling dus vrij. Sommige artsen rekenen de patiënt het terugbetalingstarief aan.

Voor de honorering van de artsen in de ambulante sector geldt in België het indirecte betaalsysteem, dat wil zeggen dat de patiënt de geneeskundige verstrekkingen rechtstreeks betaalt tegen uitreiking van een getuigenschrift van verstrekte hulp; hiermee richt de rechthebbende zich tot zijn ziekenfonds voor terugbetaling. Bij de gewone geneeskundige hulp betalen de ziekenfondsen 75% terug van de overeengekomen tarieven ¹¹, zodat de rechthebbende of de patiënt dus de rest financiert; en dat kan meer zijn dan 25% van de tarieven wanneer deze niet nageleefd worden.

Bij gewone geneeskundige hulp door specialisten in ziekenhuizen of poliklinieken wordt soms afgeweken van dit omslachtige systeem, namelijk bij toepassing van de derde betalingsregeling. Dan richten die instellingen zich rechtstreeks tot het ziekenfonds van de patiënt voor 75% van het tarief, terwijl de patiënt slechts het remgeld dient te betalen.

In 1980 betaalden de ziekenfondsen 20,75 miljard BF voor geneeskundige hulp, terwijl de verzekerden zelf minstens 4,50 miljard BF uit eigen zak financierden als remgeld.

De terugbetalingen van de Vrijwillige Ziekenfondsverzekering voor Kleine Risico's bij zelfstandigen bedroegen in 1980 + 1,7 miljard BF voor de gewone geneeskundige hulp, terwijl de zelfstandigen zelf ± 0,35 miljard bijlegden als remgeld.

De specialistische geneeskundige hulp

Deze categorie omvat alle andere medische verstrekkingen door specialisten zoals de technische diagnostische onderzoeken (radiologie, klinische biologie, nucleaire geneeskunde, EKG, enzovoort), stomatologie, radio- en radiumtherapie, fysiotherapie, reumatologie, dermatovenereologie, inwendige geneeskunde, nierdialyse, verlos- en heekunde en het medisch toezicht op patiënten in het ziekenhuis.

De meeste van deze prestaties worden in het ziekenhuis verstrekt, maar verschillende kunnen ook ambulant verstrekt worden, zoals bijvoorbeeld nierdialyse en bepaalde prestaties van radiologie en klinische biologie.

Het ziekenfonds betaalt hier 100% terug van de overeengekomen tarieven, meestal via de derde betalingsregeling. Tenzij de tarieven

overschreden worden, financiert de ziekteverzekering hier dus 100% van de uitgaven, wat in 1980 37,63 miljard BF voorstelde, zowel de intramurale als de extramurale prestaties dus.

Tandartsenhulp

De tandartsenhulp maakt deel uit van het zorgpakket van de verplichte ziekteverzekering en wordt bij de gewone geneeskundige hulp gerekend. Zoals de gewone geneeskundige hulp verstrekt door artsen, vindt de tandverzorging meestal plaats in privé-kabinetten. Het gaat hier zowel om preventieve als curatieve tandheelkundige hulp, en in sommige gevallen (boven bepaalde leeftijden) ook om tandprothesen. Vooral deze laatste tak is stiefmoederlijk behandeld in het ziekenfondspakket en de meeste kosten vallen ten laste van de patiënt.

De tandheelkunde wordt in België hoofdzakelijk beoefend door licentiaten tandheelkunde en in bijkomende orde door dokters in de geneeskunde met specialisatie tandheelkunde (bijvoorbeeld stomatologen). Het aantal tandheelkundigen is in België gestegen tot meer dan 50 tandheelkundigen voor elke 100.000 inwoners. Zoals bij alle gewone geneeskundige hulp komt de ziekteverzekering in regel voor 75% van de tarieven tussen, zodat de verzekerden 25% remgeld dienen te betalen, meestal via het indirecte betaalsysteem. Voor de tandheelkundige hulp dient hier evenwel melding gemaakt te worden van de bijzondere situatie dat er sinds 1977 geen tarievenovereenkomsten meer gesloten werden. De terugbetalingstarieven werden enkel nog geïndexeerd, en vanaf 1981 gebeurde zelfs dat niet meer, zodat de patiënten steeds grotere tussenkomsten voor hun rekening moesten nemen.

In 1980 besteedde de ziekteverzekering 4,24 miljard BF aan tandverzorging, terwijl de Vrije Ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen 0,5 miljard uitgaaf voor die post.

Daarenboven kan uit de fiscale statistieken en uit schattingen van tandartsverenigingen afgeleid worden dat de patiënten in 1980 voor ongeveer 2,5 miljard BF uit eigen zak aan tandverzorging betaalden (remgelden en vooral vaste prothesen).

Kinesitherapeutische hulp

Ook de kinesitherapeutische verzorging hoort thuis onder de gewone geneeskundige verzorging in de verplichte ziekteverzekering. Behalve de zelfstandigen is dus de totale bevolking verplicht verzekerd voor deze verzorging. De ziekteverzekering komt evenwel slechts tussen voor verstrekkingen omschreven in de nomenclatuur en voorgeschreven door een arts.

De stijging van het aantal kinesitherapeuten (15% is universitair geschoold, 85% is gegradueerd) was fenomenaal de afgelopen twintig jaar, zodat er in 1980 100 kinesitherapeuten waren voor elke 100.000 inwoners. Kinesitherapeuten werken zowel zelfstandig ($\pm$ 60% is hierbij een veel geciteerd cijfer) als gesalarieerd bij artsen, in verzorgingsinstellingen en bij andere kinesitherapeuten. In de ziekenhuizen

zouden in 1980 ongeveer 1.800 kinesitherapeuten gesalarieerd tewerkgesteld zijn volgens het Ministerie van Volksgezondheid; de betaling per prestatie van het remgeld of het totale bedrag (in geval van toepassing van het indirecte betaalsysteem) gebeurt aan de ziekenhuisadministratie.

Ook de consumptie van verzorging groeide sterk in de overeenkomstige periode zodat het remgeld voor de actieven in 1982 opgetrokken werd van 25 naar 40% van de honoraria.

In 1980 betaalde de verplichte ziekteverzekering 5,5 miljard BF en de Vrijwillige Ziekenfondsverzekering (kleine risico's) voor zelfstandigen 0,5 miljard BF voor kinesitherapeutische hulp, terwijl de patiënten minstens 1,0 miljard remgelden betaalden.

Verloskundige hulp en kraamzorg

Zowel de verloskundige hulp (thuis of in een kraaminrichting door een vroedvrouw, algemeen geneesheer of specialist) behoren tot het ziekenfondspakket van verzorging, waarvoor de totale bevolking verplicht is verzekerd. De verzekerde is vrij in zijn keuze van het soort verzorging en het overgrote deel van de bevallingen gebeurt in ziekenhuizen (86% in een kraaminrichting van een ziekenhuis en 13% in een andere afdeling van een ziekenhuis). Slechts 1% van de bevallingen gebeurt thuis.

In 1980 betaalden de ziekenfondsen 118 miljoen BF voor verloskundige- en verzorgingshulp door vroedvrouwen, terwijl de ziekenfondsuitgaven voor verloskundige hulp door artsen (878 miljoen BF) vervat zit in de specialistische geneeskundige hulp (paragraaf 4.2.1.2.).

De afgeleide kosten voor bevallingen zijn zowel voor de ziekenfondsen als voor de verzekerden waarschijnlijk veel groter, doordat een bevalling gemiddeld zes dagen ziekenhuisverblijf betekent. Bij verblijf in een één- of tweepersoonskamer betaalt de verzekerde daarbij een persoonlijke tussenkomst variërend van 400 tot 1.200 BF per dag in 1984.

Dikwijls wordt de kraamzorg ook door kruisverenigingen waargenomen, waarbij de financiering gebeurt door de Aanvullende Vrije Verzekeringen van de ziekenfondsen en privé-lidgelden (0,8 miljard BF) enerzijds en rechtstreekse overheidssubsidies anderzijds.

Verpleegkundige hulp

Via de verplichte ziekteverzekering zijn weer praktisch alle Belgen verzekerd voor de kosten van verpleging. De verplegingskosten in de ziekenhuizen worden omgeslagen over de ligdagprijs en worden, op een forfaitaire tussenkomst van de patiënt na, volledig door de ziekteverzekering en de overheid gedragen. Bij ambulante verpleging gebeurt de betaling per prestatie en draagt de patiënt 25% remgeld, terwijl de ziekteverzekering 75% financiert. Dit remgeld wordt bij verpleging door kruisverenigingen meestal herverzekerd via de Aanvullende Vrije Ziekenfondsverzekeringen.

Verpleegkundigen (gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen, vroedvrouwen, verpleegassistenten, kinderverzorgsters, ziekenoppassers) werken overwegend in dienstverband. Dit kan zowel in een ambulante (thuisverpleegkunde, bijvoorbeeld) als in een intramurale setting (ziekenhuis, bejaardentehuis bijvoorbeeld) gebeuren. Verpleegkundigen worden in België betaald ofwel per prestatie, waarbij de betaling verloopt via de ziekteverzekering, ofwel met een salaris (in de ziekenhuizen vooral), waarbij de financiering voor driekwart ook door de ziekteverzekering gebeurt en voor een kwart rechtstreeks door de overheid.

Het aantal ingeschreven verpleegkundigen zou in 1980 ongeveer 55.000 bedragen. Men schat het aantal werkende verpleegkundigen echter slechts op 35.000, omdat een groot aantal ingeschreven verpleegkundigen voortijdig of tijdelijk het beroep verlaat.

Thuisverpleegkunde wordt in België overwegend georganiseerd door de gemeentelijke Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, de ziekenfondsen en vooral de Kruisverenigingen. Het Wit-Gele Kruis, een christelijk geïnspireerde organisatie, is onmiskenbaar de belangrijkste instantie op dit vlak. Met 1.989 verpleegkundigen, 246 administratieve krachten, 1.756 dienstwagens tekende deze organisatie voor meer dan twaalf miljoen huisbezoeken in 1979. Een vergelijking: de Socialistische Mutualiteiten telden op hetzelfde ogenblik in België slechts veertien erkende diensten met 98 verpleegkundigen.

In 1980 betaalde de verplichte ziekteverzekering 3,23 miljard BF voor verpleegkundige verzorging buiten het ziekenhuis, terwijl de patiënten rechtstreeks en via de Aanvullende Vrije Ziekenfondsverzekeringen 0,60 miljard BF financierden.

De diensten voor geestelijke gezondheidszorg

Tot in het begin van de jaren zeventig vertoonde de geestelijke gezondheidszorg een overwegend, zometer uitsluitend intramuraal karakter. De wetgeving van 1975 creëerde evenwel het kader voor de oprichting, erkenning en financiering van de (ambulante) diensten of centra voor geestelijke gezondheidszorg. Ofschoon de wet voorziet dat een dergelijk centrum kan opgericht worden door één of andere overheid zijn momenteel alle diensten voor geestelijke gezondheidszorg, op drie na, privé-initiatieven (van ziekenfondsen, psychiaters, ziekenhuizen enzovoort). De overheid wil in principe één centrum per 50.000 personen zien ontstaan. In 1984 waren in België 140 diensten werkzaam. Elk centrum heeft een equipe, die bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een administratieve kracht.

De financiering van deze centra gebeurt enerzijds door de ziekteverzekering voor zover het prestaties betreft die door de ziekteverzekering worden terugbetaald (bijvoorbeeld de consultaties van de psychiater), en anderzijds door de overheid, in casu de Vlaamse en Franstalige gemeenschap. In 1980 betaalde de overheid ± 546 miljoen BF voor de 110 centra.

Geneesmiddelenhulp

Buiten het ziekenhuis werd de geneesmiddelenhulp in België in 1980 verstrekt in 5.500 apotheken met daarin evenzoveel apothekers en meer dan 900 adjunct-apothekers.

Behalve de zelfstandigen zijn alle Belgen verplicht verzekerd in de ziekteverzekering voor geneesmiddelenhulp. Tot en met 1980 betaalden de verzekerden een forfaitair remgeld voor de terugbetaalbare industriële geneesmiddelen: in 1980 was dat 70 BF voor de actieven en 40 BF voor de WIGW's. Voor de geneesmiddelen die de apotheker zelf maakte in zijn officina betaalde de actieve verzekerde 35 BF; de WIGW's kregen deze geneesmiddelen gratis. Zo betaalden de verzekerden in 1980 5,12 miljard BF remgeld voor de terugbetaalbare geneesmiddelen, terwijl de ziekteverzekering 18,64 miljard BF uittrok en de Vrije Ziektefondsverzekering voor kleine risico's (zelfstandigen) 1,75 miljard. Daar bovenop gaven de Belgen in 1980 17,8 miljard BF uit voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen. De lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen wordt opgesteld door de betrokken technische raden van het RIZIV.

Dit terugbetalingssysteem voor geneesmiddelen (vooral specialiteiten) werd zwaar becritiseerd doordat het dure voorschriften in de hand werkte of alleszins niet afremde: hoe duurder het product, hoe relatief kleiner de tussenkomst van de verzekerde.

Daarom werd in september 1980 een volledige hervorming doorgevoerd. De bedoeling was de specialiteiten te herschikken naar hun sociale en therapeutische waarde, en een binding vast te stellen tussen het remgeld en de kostprijs om het gedrag van de artsen en de patiënten meer prijsbewust te maken.

Op die basis werd een rangschikking opgemaakt in drie (en feitelijk vier) categorieën, namelijk:

- categorie A, de levensnoodzakelijke geneesmiddelen (middelen tegen kanker, suikerziekte, epilepsie en dergelijke),
- categorie B, de sociaal en therapeutisch zeer nuttige geneesmiddelen (antibiotica, middelen tegen astma, hoge bloeddruk en dergelijke),
- categorie C, de minder nuttige geneesmiddelen (bloeddoorstromers, antispasmodica en dergelijke),
- de restcategorie: de niet-terugbetaalbare specialiteiten (vitamines, kalmeermiddelen, laxantia, eetlustremmers en 'de pil').

Categorie A wordt volledig terugbetaald, het remgeld voor categorie B bedraagt 25% met een maximum van 300 BF voor de gewone verzekerden en 15% met een maximum van 200 BF voor de WIGW's. Voor categorie C bedraagt het remgeld 50% met een maximum van 500 BF voor de gewone verzekerden en van 300 BF voor de WIGW's. Wel mag opgemerkt worden dat het grootste aantal van de specialiteiten terug te vinden is in categorie B, die ongeveer 65% van de voorgeschreven producten omvat, terwijl categorie C ongeveer 27% en categorie A slechts 5% omvat. De niet-terugbetaalbare producten zouden ongeveer 4% van het geheel uitmaken. Binnen categorie C werd eind 1983 het remgeld bij de bloeddoorstromers nog opgetrokken tot 60%.

Voor de magistrale bereidingen werd een forfaitair remgeld van 35 BF behouden.

Voor de geneesmiddelen in het ziekenhuis werd sinds eind 1980 een speciale regeling uitgewerkt waarbij de patiënt per dag 25 BF remgeld betaalt voor alle gebruikte terugbetaalbare geneesmiddelen. Voordien betaalde de patiënt in het ziekenhuis voor deze geneesmiddelen het gewone remgeld per geneesmiddel. De ziekteverzekering financierde zo in 1980 3,39 miljard BF van de kosten voor geneesmiddelen in ziekenhuizen.

Voor allerlei hulpstukken betaalde de ziekteverzekering in 1980 2,28 miljard BF terug, terwijl de patiënten daarvoor minstens 0,5 miljard remgeld betaalden.

4.3.2.2. De intramurale gezondheidszorg

De intramurale gezondheidszorg omvat een uitgebreide reeks instellingen, gaande van ziekenhuizen over medisch-pedagogische instellingen tot en met rust- en verzorgingsinstellingen. We zullen achtereenvolgens de financiering bespreken van:

- Algemene en Academische ziekenhuizen
- Psychiatrische ziekenhuizen
- Rust- en Verzorgingstehuizen
- Tehuizen voor gehandicapten

Algemene en Academische ziekenhuizen

Vooreerst enkele cijfermatige gegevens over ziekenhuizen (psychiatrische ziekenhuizen inbegrepen).

Tabel 4.16.: ONTWIKKELING VAN HET AANTAL ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISBEDDEN IN DE PERIODE 1971-1983.

Jaar (op 1 jan.)	Acute diensten		Psychiatrie		Geriatricie		Totaal*	
	aantal zieken- huizen	aantal bedden	aantal zieken- huizen	aantal bedden	aantal zieken- huizen	aantal bedden	aantal zieken- huizen	aantal bedden
1971	337	45.828	64	26.553	37	3.285	480	80.392
1973	327	48.167	63	26.504	52	4.615	480	83.448
1975	312	50.417	69	26.337	66	6.788	479	87.164
1977	297	51.267	75	25.098	85	8.128	487	87.859
1979	291	52.827	75	25.637	108	9.884	500	90.291
1980	288	53.477	76	24.506	123	11.072	514	91.889
1981	285	53.889	77	24.182	133	11.674	521	92.436
1982	283	54.749	79	23.099	146	12.449	531	92.686
1983		55.153		22.969		12.053		94.037

* Bevat ook speciale bedden en sanatoriumbedden.

Enkele bijkomende gegevens betreffende alle, behalve de psychiatri-sche-ziekenhuizen; 1980.

Capaciteit in bedden	67.383
Capaciteit in personeel	
(24.021 stagiairs niet inbegrepen)	86.896 (39% verplegend personeel)
Personeel per bed	1,29 (0,5 verpleegkundige)
Hospitalisatiedagen	19.073.333
Bezettingspercentage	77,55%
Personeel per bezet bed	1,66
Gemiddelde verpleegduur	13,69 dagen

Ziekenhuizen zijn in België een overwegende aangelegenheid van de pri-vate markt, aangezien de publieke sector (vooral gemeenten) slechts iets meer dan een derde van het totale beddenbestand voor zijn reke-ning neemt. Private markt staat hier grotendeels voor kloostergemeen-schappen - in mindere mate ook ziekenfondsen - die een belangrijke rol gespeeld hebben en deels nog spelen in de ziekenhuissector.

Niettegenstaande een imperatieve planning sinds 1973, kent België een overaanbod van ziekenhuisbedden.

Het Belgische ziekenhuis is bijzonder kleinschalig: één vierde van de acute ziekenhuizen in Vlaanderen telt minder dan 100 bedden, 60% heeft minder dan 200 bedden, slechts 5% haalt méér dan 500 bedden. Er is een tendens naar enige schaalvergroting, maar die is zwak.

De ziekenfondsen financierden in 1980 31,55 miljard BF van de kosten voor ziekenhuisverpleging, terwijl het Ministerie van Volksgezondheid 10,51 miljard BF voor zijn rekening nam. Bovendien betalen de patiën-ten frequent supplementen voor één- of tweepersoonskamers, maar daar-over zijn geen cijfers beschikbaar op nationaal niveau. Wel weten we dat de schadegevallen van de private ziektekostenverzekeraars en de uitgaven van aanvullende ziekenfondsverzekerden samen bijna 4 miljard BF voorstellen.

Bij de financiering van de ziekenhuizen moeten we een onderscheid ma-ken tussen de investeringskosten en de werkingskosten.

De investeringskosten worden voor 60% ten laste genomen door het Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Inrichtingen, dat nu overgeheveld is naar de Gemeenschappen; deze 60% wordt dus rechtstreeks door de Overheid gefinancierd. De resterende 40% van de investeringskosten worden gefinancierd via de ligdagprijs, en wel door de ziekteverzekering voor tweederde en door het Ministerie van Volks-gezondheid voor eenderde. Diezelfde ligdagprijs dekt ook de verblijfs-kosten en de verplegingskosten, die duidelijke werkingskosten zijn. De ligdagprijs wordt jaarlijks voor alle ziekenhuizen afzonderlijk vast-gesteld overeenkomstig de wetgeving op ziekenhuizen.

Alleen de laatste jaren werd in het kader van de beheersingsmaat-regelen in de gezondheidssector slechts een inflatiecorrectie toegela-ten op de ligdagprijs. Voor de gewone ziekenhuizen schommelt de lig-dagprijs in 1980 rond de 2.300 BF, tegen $\pm$ 3.500 BF voor de universi-taire klinieken.

Sinds einde 1980 neemt de patiënt vanaf de eerste dag in het ziekenhuis een deel van de verblijfs- en verplegingskosten rechtstreeks voor zijn rekening. In 1980 was dit 50 BF voor weduwen, invaliden en gepensioneerden met voorkeurregeling, en kinderen en 125 voor actieven. Vanaf 1984, jaar waarin deze bedragen opgelopen waren tot 67 en 168 BF, werden de persoonlijke tussenkomsten bovendien afgetrokken vanaf de 91ste dag in een gewoon ziekenhuis en vanaf de 181ste dag in een psychiatrisch ziekenhuis.

Eveneens sinds 1980 betaalt elke patiënt in het ziekenhuis 25 BF per dag als persoonlijke tussenkomst voor de terugbetaalbare industriële geneesmiddelen die hij in het ziekenhuis toegediend krijgt.

Naast de farmaceutische-, de verblijfs- en de verplegingskosten zijn er in het ziekenhuis nog andere werkingskosten, namelijk de medische, de paramedische en de daarmee samenhangende materiaal- en personeelskosten. Deze werkingskosten worden nooit in de ligdagprijs opgenomen, maar altijd gefinancierd via de per prestatie-tarieven van de ziekteverzekering (met uitzondering evenwel van de persoonlijke tussenkomsten van de patiënt). Het betreft hier zowel de intellectuele activiteit als de bijkomende kosten van lokaal, apparatuur, producten en personeel bij consultaties en medisch-technische en paramedische prestaties.

In het kader van de beheersing van de ziekenhuiskosten, besliste de regering dat het aantal door de ziekteverzekering terugbetaalbare ligdagen in 1982 niet hoger mocht zijn dan in 1980; in 1983 moest het totaal aantal ligdagen 3% lager liggen dan in 1980 en in 1984 zelfs 5% lager dan in 1980. Samen met de blokkering van de ligdagprijs, komt dit dus eigenlijk neer op een budgettering van de financiering. Momenteel worden bovendien de nodige statistische gegevens verzameld om voor de algemene verblijfskosten in het ziekenhuis een budget-financieringswijze door te voeren, gebaseerd op de gemiddelde kosten in het land. Voor de verdere toekomst zal men ook klinische kosten op die manier budgetteren.

Psychiatrische ziekenhuizen

Een tiental jaren geleden werden belangrijke vernieuwingen doorgevoerd in het psychiatrisch beleid in België. Een bijna uitsluitend instellingen-politiek werd omgebogen naar een toestand met zowel intramurale en ambulante voorzieningen.

De ziekenhuiswet werd verruimd tot de 'gesloten psychiatrische diensten', waardoor er een eind kwam aan het marginaal statuut van zowat 20.000 zieken in zogenaamde gestichten. Er werden nieuwe erkenningsnormen ingevoerd voor de verschillende psychiatrische diensten: de diensten A (acuut) en T (chronisch) moesten de vroegere diensten vervangen. De programmatiecriteria van 3 augustus 1976 bepaalden de gewenste hoeveelheid bedden.

Een belangrijke nieuwigheid waren de mogelijke nieuwe opnameformules: dagziekenhuis en nachtziekenhuis. Met die deeltijdse opnamen wil-

de men een leemte opvullen tussen de ambulante behandeling en de behandeling in een psychiatrische instelling.

De toestand van het aantal bedden zag er op 1 januari 1983 als volgt uit:

Tabel 4.17.: CAPACITEIT VAN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN PER 1 JANUARI 1983.

	Programmatie- normen KB 3.8.1976	Bestaande bedden
A-dienst (acuut)	4.920 bedden	3.255 bedden
T-dienst (chronisch sub-acute fase)		
Vroegere O, P, F-diensten (gesloten)	zouden niet meer mogen bestaan	13.006 bedden
Deeltijdse opname (dag of nacht)	5.411 bedden of plaatsen	1.450 bedden of plaatsen
Totaal	19.188 bedden	22.969 bedden

Enkele bijkomende gegevens voor 1980:

Capaciteit in bedden	24.506
Capaciteit in personeel	
(2200 stagiairs niet inbegrepen)	11.060 (34% verplegend personeel)
Personeel per bed	0,45
Hospitalisatiedagen	7.554.928
Bezettingspercentage	84,46%
Personeel per bezet bed	0,53

De financiering van de psychiatrische diensten en ziekenhuizen gebeurt op dezelfde manier als voor de algemene ziekenhuizen.

In 1980 financierden de ziekenfondsen 5,80 miljard BF van de uitgaven voor psychiatrische ziekenhuisverpleging, terwijl het Ministerie 1,93 miljard rechtstreeks subsidieerde.

Rust en verzorgingstehuizen

De rust- en verzorgingstehuizen (RVT) zijn een zeer recent fenomeen in België (1983) en de oprichting ervan moet gezien worden in het kader van de maatregelen ter beheersing van de uitgaven van de ziekteverzekering. Alhoewel reeds in de wet van 27 juni 1978 gesproken wordt van 'verzorging die toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen', wordt de oprichting van RVT pas echt geregeld door uitvoeringsbesluiten in het Staatsblad van 7 december 1982.

Rust- en verzorgingstehuizen zijn bedoeld voor bejaarde personen

die wel verzorging en bijstand van derden nodig hebben, maar daarvoor niet in een ziekenhuis hoeven te liggen, waarbij de ligdagprijs ± 2.500 BF kost aan de ziekteverzekering. Voor verzorging in RVT zal de ziekteverzekering tussen komen voor een bedrag van ongeveer eenvierde à eenderde van de ligdagprijs in een ziekenhuis. In een eerste fase zullen RVT-bedden slechts mogen opgericht worden bij sluiting van ziekenhuisbedden, en dit a rata van 2 RVT-bedden voor elk gesloten ziekenhuisbed. Op dit ogenblik zijn er nog altijd geen 1.000 RVT-bedden erkend in België.

Tehuizen voor gehandicapten

De verblijfsvoorzieningen (dagcentra en internaten) voor gehandicapten vallen sinds de staatshervorming rechtstreeks onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. De investeringskosten worden voor 60% gedragen door het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen, dat naar de gemeenschappen werd opgesplitst. De werkingskosten van de instellingen voor gehandicapten worden eveneens grotendeels gedragen door de gemeenschappen (Fonds 81), terwijl de gehandicapten zelf ook een financiële bijdrage moeten leveren. Voor kinderen wordt een bijdrage betaald op basis van de gezinsbijslagen en voor volwassenen op basis van hun persoonlijke inkomsten. In 1980 bedroegen de uitgaven 8,10 miljard BF voor het Fonds 81; hiermee werden de werkingskosten gefinancierd van 530 instellingen voor 26.000 gehandicapten.

4.3.2.3. De overige uitgaven voor gezondheidszorg

Naast de hoofdzakelijk curatieve intramurale en extramurale gezondheidszorg besproken in de paragrafen 4.3.2.1. en 4.3.2.2., zijn er nog de preventieve gezondheidszorg en de uitgaven voor medisch onderzoek en administratie, waarvoor we ons vooral baseren op een studie van Dr. Luyckx, inspecteur Hygiëne en werkzaam op de studiedienst van het Ministerie van Volksgezondheid (Luyckx, 1981).

Voor collectieve preventie door de privé-sector vermelden we hier alleen de kosten van de Arbeidsgeneeskunde voor de bedrijven, namelijk 4.105 miljoen BF.

Verder zijn er onder andere de overheidsuitgaven voor het Nationaal Kinderwelzijn van 1.808 miljoen BF, voor Arbeidsgeneeskunde van 7.892 miljoen BF en voor het Medisch Schooltoezicht van 800 miljoen BF. Samengeteld met de uitgaven van de lagere besturen komen we zo aan 20,75 miljard BF voor preventieve geneeskunde in een eerder strikte definitie van preventie (milieubeheer zit daar bijvoorbeeld niet in).

Voor beheer en onderzoek komen we aan 25,68 miljard BF in 1980.

4.3.3. Overzicht van de kosten van de gezondheidszorg

Zoals uit paragrafen 4.3.1. en 4.3.2. blijkt, lopen de geldstromen van

de gezondheidszorg in België grotendeels via het RIZIV ¹², en hierover zijn voldoende gegevens beschikbaar. Minder goed is het evenwel gesteld met de statistieken over de andere kanalen van de gezondheidszorg in België, namelijk de verschillende ministeries, de gemeenschappen en gewesten, de provincies en de gemeenten, waarvoor de gegevens ronduit schaars en veel te weinig gedetailleerd zijn. Om die reden was het ook niet mogelijk om binnen het tijds- en middelenbestek een recentere jaar dan 1980 te weerhouden als referentiejaar. Waar mogelijk doen we beroep op het reeds vermelde onderzoekswerk van Luyckx (1981).

Tabel 4.18.: TOTALE KOSTEN PER SOORT GEZONDHEIDSZORG IN 1980 ONDERVER-
DEELD NAAR FINANCIERINGSBRON (IN MILJARDEN BF).

	Zieken- fondsen (Sociale zeker- heid)	Particulieren, Privé ziekte- kostenverzek., Vrije zieken- fondsinities- tieven***	Staat + Gewesten + Gemeen- schappen	Provinciën, Gemeenten, OCMW en Intercommu- nales	Totaal
- Intramurale zorg	40,74	4,04	25,17	10,00	79,95
- Specialis- tische hulp*	45,60	3,06	-	-	48,66
- Geneesmid- delen (hulp- middelen in- cluis)**	20,92	25,15****	0,345	-	46,42
- Extramurale hulp	26,37	12,10	1,36	1,00	40,83
- Collectieve Preventie	-	4,11	11,20	5,44	20,75
- Beheer en onderzoek	14,67	*****	6,31	4,70	25,68
Totaal	148,29	48,46	44,39	21,14	262,28

* Specialistische geneeskundige hulp en de posten 'Raadplegingen specialisten' en 'Technische geneeskundige Verstrekingen' uit de Gewone Geneeskundige hulp. Deze geneeskundige hulp gebeurt zowel intra- als extramuraal.

** Geneesmiddelen in ziekenhuizen zitten bij Intramurale Zorg.

*** De persoonlijke bijdragen van de patiënten (particulieren) werden berekend in de veronderstelling dat de tarieven gerespecteerd worden. Om die reden zijn die persoonlijke bijdragen zeker onderschat. Verdergaande op de resultaten van de budgetenquête van 1978-79 van het Nationaal Instituut voor de Statistiek, mogen de persoonlijke bijdragen van de patiënten 10 miljard BF hoger geschat worden.

**** Deze post bestaat voor meer dan 70% uit particuliere uitgaven voor niet in het ziekenhuispakket opgenomen geneesmiddelen.

***** Voor de remgelden in deze kolom zijn er geen beheerskosten en voor de andere uitgaven werden ze niet geventileerd.

4.4. ENKELE VERGELIJKINGEN TUSSEN DE KOSTEN VAN GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIË

In deze paragraaf trachten we aan de hand van eenvoudige tabellen en-

kele vergelijkingen te maken tussen de kosten van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg.

Tabel 4.19.: VERGELIJKING VAN DE KOSTEN VAN GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIË IN 1980 GEMETEN IN (MILJOENEN) GULDENS (KOERSVERHOUDING F. 1,- = BF 14,7) IN TOTAAL RESPECTIEVELIJK PER HOOFD VAN DE BEVOLKING, TEVEN'S UITGEDRUKT IN % VAN HET NETTO NATIONAAL INKOMEN (NNI) RESPECTIEVELIJK BRUTO NATIONAAL PRODUCT (BNP).

Omschrijving	België (9.855.000 inw.)		Nederland (14.150.000 inw.)	
	totale kosten x f. 1 miljoen	kosten per hoofd x f. 1,-	totale kosten x f. 1 miljoen	kosten per hoofd x f. 1,-
1. Intramuraal				
a. ziekenhuizen	3.965	402	9.338	660
b. psych.ziekenhuizen	560	57	1.651	117
c. zwakz.inr.	585	59	1.674	118
d. verpleeginr.		-	2.864	202
e. overig intram.	329	33	890	63
1. totaal	5.439	552	16.415	1.160
2. spec.hulp	3.310	336	1.786	126
3. geneesmiddelen**	3.158	320	2.604	184
4. extramuraal				
a. huisartsenhulp	1.109	112	1.242	88
b. tandheelkunde	493	50	1.456	103
c. uitwend.gen.wijz.	476	48	668	48
d. kruiswerk	262	27	505	36
e. verlosk/kraamz.	68	7	250	18
f. ambul. GGZ	38	4	389	27
g. overige extram. gez.	333	34		
4. totaal	2.778	282	4.510	319
5. collect.preventie	1.412	144	713	50
6. beleid, adm., beheer	1.747	177	1.126	80
7. overige kosten			521	37
Totaal kosten	17.842	1.810	27.675	1.956
Netto Nat. Inkomen*	216.000	21.918	302.440	21.374
Kosten in % NNI*	8,26	8,26	9,15	9,15
BNP*	236.912	24.040	334.930	23.670
Kosten in % BNP*	7,53	7,53	8,26	8,26

* Tegen marktprijzen.

** Geneesmiddelen in instellingen zitten onder 1. Post 3 is inclusief kunst- en hulpmiddelen.

Tabel 4.20.: VERGELIJKING VAN DE KOSTEN VAN GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND EN BELGIË IN 1980 GEMETEN IN (MILJARDEN) BELGISCHE FRANCS (KOERSVERHOUDING F. 1,- = BF 14,7) IN TOTAAL RESPECTIEVELIJK PER HOOFD VAN DE BEVOLKING, TEVEN UITGEDRUKT IN % VAN HET NETTO NATIONAAL INKOMEN (NNI) RESPECTIEVELIJK BRUTO NATIONAAL PRODUCT (BNP).

Omschrijving	België (9.855.000 inw.)		Nederland (14.150.000 inw.)	
	totale kosten x BF 1 miljard	kosten per hoofd x BF 1,-**	totale kosten x BF 1 miljard	kosten per hoofd x BF 1,-**
1. Intramuraal				
a. ziekenhuizen	58,29	5.910	137,3	9.700
b. psych.ziekenhuizen	8,23	840	24,3	1.720
c. zwakz.inr.	8,60	870	24,6	1.740
d. verpleeginr.	-	-	42,1	2.980
e. overig intram.	4,83	490	13,1	920
1. totaal	79,95	8.110	241,4	17.050
2. spec.hulp	48,66	4.940	26,3	1.860
3. geneesmiddelen***	46,42	4.710	38,3	2.710
4. extramuraal				
a. huisartsenhulp	16,30	1.650	18,3	1.290
b. tandheelkunde	7,24	730	21,4	1.510
c. uitwend.gen.wijz.	7,00	710	9,8	690
d. kruiswerk	3,85	390	7,4	520
e. verlosk/kraamz.	1,00	100	3,7	260
f. ambul. GGZ	0,55	60	5,7	400
g. overige extram. gez.	4,89	500		
4. totaal	40,83	4.140	66,3	4.690
5. collect.preventie	20,75	2.110	10,5	740
6. beleid, adm., beheer			16,6	1.170
7. overige kosten	25,68	2.600	7,7	540
Totaal kosten	262,28	26.610	406,8	28.750
Netto Nat. Inkomen*	3175,2	322.190	4445,9	314.200
Kosten in % NNI*	8,26	8,26	9,15	9,15
BNP*	3482,6	353.580	4923,5	347.950
Kosten in % BNP*	7,53	7,53	8,26	8,26

* Tegen marktprijzen.

** Afgerond op een veelvoud van 10.

*** Geneesmiddelen in instellingen zitten onder 1. Post 3 is inclusief kunst- en hulpmiddelen.

NOTEN

1. De verplichting bij de verplichte verzekering geldt de premiebetaling. Bij vrijwillige en bejaardenverzekering geldt deze verplichting niet. Deze verzekerden kunnen dus kiezen voor een particuliere verzekering in plaats van de ziekenfondsverzekering; verplicht verzekerden alleen naast de ziekenfondsverzekering.
2. De AWBZ komt uitgebreid aan de orde in paragraaf 4.2.1.4.
3. Tijdelijk is in een adempauze voorzien doordat de particuliere ziektekostenverzekeraars met de VNZ in 1983 een financiële tegemoetkoming (omvang f. 180.000.000,-) zijn overeengekomen, ten behoeve van dit verschijnsel dat mede door hun optreden (onder andere leeftijdsgebonden premies) wordt veroorzaakt.
4. De uitkering ingevolge de Algemene Ouderdoms Wet bedroeg per 1 januari 1980 voor een echtpaar ongeveer f. 18.000,-.
5. Voor een uitgebreidere beschouwing zie onder andere Heesters (1983).
6. Dit staat tegenover het omslagstelsel, dat door de ziekenfondsen wordt toegepast.
7. De herhalingsfactor $\frac{\text{aantal herhalingskaartsen}}{\text{aantal verwijskaartsen}}$ wordt per speciale berekend op grond van de cijfers over het voorgaande jaar.
8. Het 'vrije' karakter van deze aanvullende verzekering ligt in de mogelijkheid voor het ziekenfonds om naast de uitvoering van de verplichte verzekering en buiten iedere wettelijke verplichting om, de solidariteit te organiseren onder de leden via allerlei sociale alternatieven.
9. Deze paragraaf steunt grotendeels op Nuyens, Y., Sociale kaart van de gezondheidszorg in België in: Huyse, L. en J. Berting (red.). Als in een spiegel?, een sociologische kaart van België en Nederland. Leuven, Kritak, 1983.
10. Alleen de zelfstandigen vormen hier een uitzondering doordat ze alleen voor de zogenaamde grote risico's verplicht verzekerd zijn. Wel is het zo dat 60% van de zelfstandigen zich vrijwillig verzekeren bij de ziekenfondsen voor de zogenaamde kleine risico's.
11. Bij de WIGW's met voorkeurregeling (WIGW's met een inkomen beneden een bepaald inkomen) betaalde de ziekteverzekering tot 1982 100% terug.

12. RIZIV: Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, een parastatale instelling in 1963 opgericht voor de uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

LITERATUUR

Adviezen betreffende de premie voor de algemene verzekering Bijzondere ziektekosten tot en met 1982. Amstelveen, Ziekenfondsraad.

Adviezen inzake premie verplichte ziekenfondsverzekering, premie bejaardenverzekering tot en met 1982. Amstelveen, Ziekenfondsraad.

Algemene Verslagen. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Brussel.

Basisgezondheidsdiensten. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16088, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Blanpain, J., L. Delesie and H. Nys, **National Health Insurance and Health Resources, the European Experience.** Cambridge, Harvard University Press, 1978.

Brouwer, W., en M.A.J. Romme (red.), **Faculteit en eerste lijn.** Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1981.

Bruggeman, L.C., **Het academisch ziekenhuis, dé plaats voor het medisch onderwijs?** Tilburg, Cursus Ziekenhuisbeleid (scriptie), 1981.

Brunschot, C.J.M. van, **Paramedische mankracht, een cijfermatig overzicht van enkele beroepsgroepen.** Tilburg, IVA, 1981.

Centraal economisch plan 1980. Centraal Planbureau, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Compaijen, B., en R.H. van Til, **De Nederlandse economiebeschrijving, voorspelling en besturing.** Groningen, Wolters Noordhof, 1978.

Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland. Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, diverse jaren.

Damen, P.C., en W.J.F. Nuijens, **De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg, feiten en visies.** Lochem, De Tijdstroom, 1976.

Delperee, A., **Verslag van de ziekteverzekering, voorgelegd door de interdepartementale werkgroep.** Ministerie van Sociale Voorzorg, 1976.

Defgnée, D., **Le financement de l'assurance maladie en Belgique.** Bruxelles, ICHEC, 1976.

Financieel overzicht van de gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, verschillende jaren.

- Frielink en v.d. Smeede, **Accountantsrapport inkomens medische specialisten in 1980 en 1981**. 's-Gravenhage, Ministerie van Economische Zaken, 1982.
- Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de maatschappelijke gezondheidszorg**. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1978.
- Goudsmit, J., **Anderhalve eeuw dokteren aan de arts, geschiedenis van de medische opleiding in Nederland**. Amsterdam, SUA, 1978.
- Hagen, H., **Gezondheidszorg en economie, enkele kenmerken met betrekking tot gezondheid, ziekte en gezondheidszorg in economisch perspectief**. Lochem, De Tijdstroom, 1980.
- Hall, T.H. and A. Mejia (red.), **Health Manpowerplanning, principles, methods, issues**. Geneva, World Health Organization, 1978.
- Heden en verleden van de ziektekostenverzekering van blijvende ziektekosten**. Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1973.
Bundeling van een serie artikelen geschreven door L.V. Ledeboer.
- Heesters, J.P., **Aankleden of uitkleden?** Delen 1 en 2. Tilburg, KHT, 1981.
- Heesters, J.P., **Capita selecta bij de colleges organisatie van de gezondheidszorg**. Tilburg, KHT, 1981.
- Heesters, J.P., **De honorering van de Nederlandse huisarts als vrije beroepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek**. Proefschrift, Tilburg, KHT, 1983.
- Heesters, J.P. en H.A. Tiddens, **Healthcare in the Netherlands, facts en problems**. Tilburg, KHT.
- Hoornhout, A.P.J., **Apologie voor een klein ziekenhuis, scriptie in het kader van de cursus ziekenhuisbeleid 1978-1979**. 1979.
- Huyse, L., en J. Berting (red.), **Als in een spiegel?, een sociologische kaart van België en Nederland**. Leuven, Kritak, 1983.
- Jaarboek 1980** Stichting KLOZ informatiesysteem gezondheidszorg. Bunnik/Houten, KLOZ.
- Jaarverslagen van het Gemeentekrediet in België**.
- Juffermans, P., **Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Te elfder ure**, 1981, 30.

- Kader, in het, van de gezondheidszorg;** uitgave ter gelegenheid van het afscheid als buitengewoon hoogleraar van prof.dr. J.B. Stolte. Lochem, De Tijdstroom, 1978.
- Kesenne, J., **De uitgaven van de Ziekteverzekering van 1966 tot 1981.** M-Informatie dossier L.C.M., Brussel, 1984.
- Koopmans, L., en A.H.E.M. Wellink, **Overheidsfinanciën.** Leiden, Stenfert Kroese, 1978.
- Lindeboom, G.A., **Geschiedenis van de medische wetenschap in Nederland.** Bussum, Fibula van Dishoek, 1972.
- Luyckx, M., **Essai d'evaluation des dépenses de santé de la Belgique pour 1980.** Bruxelles, Ministère de la Santé Publique et de la famille, 1981.
- Macro-economische verkenningen 1981.** Centraal Planbureau. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.
- Moens, G., **Wie doet er wat aan preventieve gezondheidszorg? Tijdschrift voor Sociaal Welzijn,** 1981, 11.
- Nuyens, Y., **Sociale kaart van de gezondheidszorg in België.** In Huyse, L., en J. Berting (red.), 1983.
- Nys, H., en P. Quaethoven, **Health Services in Belgium,** in M.W. Raffel (ed.), **Comparative Health Systems.**
- Oostveen, P.H.M., **Honoreringssystemen van huisartsen en specialisten, een literatuuronderzoek naar honoreringssystemen en mogelijke effecten.** Tilburg, IVG, 1979. Doctoraalscriptie.
- Oss, M.G.M., **Van verzekeringssoort en verpleegdagegebruik.** Nijmegen, Katholieke Universiteit, 1980. Proefschrift.
- Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland over het jaar 1978,** 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- Overzicht van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering.** Rijksinstituut voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, Brussel, 1978.
- Petersen, C., **Is een volksverzekering tegen ziektekosten economisch haalbaar? Economisch Statistische Berichten.** 1982, 3352.
- Petit, **Verslag over de ziekteverzekering,** mei 1976, Kamer van Volksvertegenwoordigers.
- Prims, A., **De organisatie van de gezondheidszorg in België. Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid.** 1979, 21.

Profijt van de overheid. Sociaal Cultureel Planbureau. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

Prognose van de bevolking van Nederland na 1980. Statistisch bulletin Centraal Bureau voor de Statistiek, 1981, 106.

Querido, A., **Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid.** 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1965.

Raffel, M.W., **Comperative health systems.** Pennsylvania State University, 1983.

Rapport Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

Roemer, M., and R. Roemer, **Health care systems and comparative manpower policies.** California, School of Public Health, 1981.

Romme, M.A.J., (red.), **Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, een gids voor consument en hulpverlener.** Alphen aan de Rijn, Samson, 1978.

Rijksbegroting voor het jaar 1981. Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, respectievelijk Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Tweede Kamer, zitting 1980-1981 e.v.

Samenhang in ontwikkeling, voortgezet advies over het ontwerp Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. HRWB. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Santema, S., **Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg, structuur, werkzaamheden, raakvlakken.** Assen, Van Gorcum, 1981.

Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg; gewijzigde herdruk. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16066, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

Schrijvers, G., **Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg.** Lochem, De Tijdstroom, 1980. Eerder verschenen als proefschrift.

Snijders, E.H.M., **De verstrekking van verloskundige zorg in Limburg.** Tilburg, IVG, 1979. Doctoraalscriptie.

Staatstoezicht op de volksgezondheid, jaarverslagen 1979 e.v. van de Geneeskundige Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

Statistical Yearbook of the Netherlands 1980-1983. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981-1983.

Statistiek geneeskundigen per 1 januari 1980. Leidschendam, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid, 1981.

Statistische Jaarboeken van Volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, diverse jaren.

Statistisch Zakboek. 1970-1983, Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1971-1984.

Structuurnota Gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13012. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in nederland. **Medisch Contact**, jaargang 26 (1971) januari-april. Bundel artikelen (13) + redactionele slotbeschouwing in de periode januari-april.

Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1981. Centraal Bureau voor de statistiek, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982 e.v.

Verslag van de Ziekenfondsraad over het jaar 1968 e.v. Amstelveen, Ziekenfondsraad 1969 e.v.

Volksgezondheidsnota 1966. Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8462, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1966.

Vijf jaar bouwen aan AGGZ, van 1972 tot 1977. Utrecht, NVAGG, 1977.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. **Medisch Contact**. 1981, 36.

Wet tarieven gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1982-1982, 14182. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982.

Wolff, L. de, Het gezondheidsimperium. **Haagse Post**, 66/67, 1979/1980. Reeks artikelen betreffende het Nederlandse gezondheidszorgstelsel.

5. WET- EN REGELGEVING OP GEBIED VAN DE GEZONDHEIDSZORG EN LOONDER-
VING IN BELGIE EN NEDERLAND.

H. Nys en L.J.M. de Leede

- 5.1. WET- EN REGELGEVING OP GEBIED VAN DE GEZONDHEIDSZORG
 - 5.1.1. Algemeen
 - 5.1.2. Regulering van beroepsuitoefening
 - 5.1.3. Regulering van bepaalde zorgactiviteiten
 - 5.1.4. Regulering van voorzieningen
 - 5.1.5. Regulering via oprichting van voorzieningen
 - 5.1.6. Regulering van prijzen
- 5.2. WET- EN REGELGEVING TEN AANZIEN VAN LOONDERVING
 - 5.2.1. Algemeen
 - 5.2.2. Hoofdtrekken
 - 5.2.2.1. Wie zijn verzekerd
 - 5.2.2.2. Referteperiode of wachttijd
 - 5.2.2.3. De door de wet omschreven toestand
 - 5.2.2.4. Hoogte en duur van de verstrekkingen

5.1. WET- EN REGELGEVING OP GEBIED VAN DE GEZONDHEIDSZORG

5.1.1. Algemeen

Zowel in België als in Nederland is de regulering van overheidswege van de gezondheidszorg in het verleden vrijwel uitsluitend het werk geweest van de centrale overheid. De provinciale en gemeentelijke overheden vervulden in dit opzicht een marginale rol, op weinige uitzonderingen na beperkt tot maatregelen op het gebied van milieu-hygiënische zorg.

In beide landen zijn ontwikkelingen ingezet in de richting van een zekere mate van decentralisering. In België kadert dit in de globale verdeling van bevoegdheden tussen de centrale staat en de zogenaamde gemeenschappen en gewesten; in Nederland betreft het een specifieke ontwikkeling in de gezondheids- en welzijnszorg, waarbij naar decentralisering en regionalisering wordt gestreefd.

Regulering door de centrale overheid krijgt in beide landen grondwettelijk voornamelijk gestalte via wetgeving. De totstandkoming van nationale wetgeving verloopt volgens een vergelijkbaar proces. Het initiatief voor een wettelijke regeling (wetsontwerp) gaat bijna steeds uit van de Regering. Slechts uitzonderlijk komt nog wetgeving tot stand op initiatief van de volksvertegenwoordiger zelf. Een wetsontwerp wordt, na formele en informele advisering, bij het Parlement ingediend en daar achtereenvolgens door de beide Kamers behandeld en al dan niet goedgekeurd. Daarbij verschilt de rol van de Belgische Senaat wel enigszins van de Nederlandse Eerste Kamer. Omwille van de ingewikkeldheid en techniciteit van de geregelde onderwerpen beperken de meeste wettelijke regelingen zich tot het aangeven van een kader of raam, waarbinnen vervolgens door de Regering (de zogenaamde uitvoerende macht) door middel van uitvoeringsbesluiten (algemene maatregelen van bestuur; koninklijke en ministeriële besluiten) de eigenlijke regelingen inhoudelijk worden vastgesteld. Men spreekt in dit verband van de 'terugtrek van de (formele) wetgever'. Voornamelijk in de periodes van sociaal-economische crisis (1935; 1967; 1978; 1982-1984) staat het Belgische Parlement zijn wetgevende bevoegdheid voor bepaalde materies, weliswaar goed omschreven en slechts voor een beperkte tijd, af aan de Regering die terzake 'bijzondere machten' krijgt. De besluiten die krachtens deze bijzondere machten worden genomen hebben kracht van wet : zij kunnen wetten wijzigen en kunnen op hun beurt slechts door wetten worden gewijzigd. In 1967 en tijdens de laatste bijzondere machtenperiode (1982-1984) werd hiervan veelvuldig gebruik gemaakt om bestaande gezondheidszorgwetgeving grondig te wijzigen.

Overigens neemt in beide landen het beroep op bestuurlijke instrumenten die moeilijk zijn in te passen in bestaande constitutioneelrechtelijke constructies toe, zoals nota's (bijvoorbeeld de Structuurnota gezondheidszorg), regeringsverklaringen en -akkoorden, omzendbrieven, en dergelijke meer (zogenaamde pseudo-wetgeving). In België is de totstandkoming van overheidsregulering in het algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder sedert 1980 aanzien-

lijk ingewikkelder dan voorheen. Tengevolge van de 'Staatshervorming' werd de wetgevende macht, binnen de nationale staat, verdeeld tussen het nationale Parlement, drie gemeenschappen en drie gewesten. Deze gewesten blijven hier verder buiten beschouwing, omdat zij geen bevoegdheden bezitten die de gezondheidszorg betreffen. De gemeenschappen (de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige) hebben wel wetgevende bevoegdheid met betrekking tot het gezondheidsbeleid. Deze bevoegdheid wordt uitgeoefend via 'decreten', die kracht van wet hebben en dezelfde juridische waarde bezitten als een nationale wet. Wel is de territoriale reikwijdte ervan beperkter dan van een nationale wet, namelijk tot het 'territorium' van de gemeenschap. Bij de verdeling van de materiële bevoegdheden tussen de nationale staat en de gemeenschappen werd uitgegaan van het basisbeginsel dat de gemeenschappen slechts zeggenschap hebben in aangelegenheden welke hen expliciet zijn toegewezen, terwijl de 'residuaire' bevoegdheid bij de centrale staat blijft. Hieruit wordt afgeleid dat de bevoegdheden van de gemeenschappen beperkend moeten worden geïnterpreteerd. Eén van de aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden betreft 'het gezondheidsbeleid'. Dit wordt in de wet nader aangeduid als 'het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen', met andere woorden de gehele intramurale en extramurale gezondheidszorg en 'de gezondheidsopvoeding als ook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg', met andere woorden de gehele preventieve gezondheidszorg. Op het eerste zicht zijn de gemeenschappen bevoegd tot het regelen van de gehele gezondheidszorg. Bij twijfel heeft evenwel de nationale wetgever voorrang. Bovendien bestaan er talrijke en niet geringe uitzonderingen waardoor de financiering van de gezondheidszorg en de basisbeginselen betreffende de planning en de erkenning van voorzieningen blijven behoren tot de bevoegdheid van de nationale werkgever. Voorts hebben de gemeenschappen geen enkele zeggenschap over de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg, de geneesmiddelen en de ziekteverzekering.

Werkelijke decentralisering kan men de hierboven beschreven ontwikkelingen niet noemen. Binnen de nationale staat, wordt de wetgevende en uitvoerende macht opnieuw verdeeld. Bovendien is de omvang van de Vlaamse gemeenschap, met zo'n 6 miljoen inwoners, zodanig dat er nog ruimte is voor een meer doorgedreven decentralisering naar lagere bestuursniveaus, bijvoorbeeld de provincies, of nog te vormen regio's. Dat is op dit ogenblik niet het geval, maar voorstellen in die richting ontbreken niet.

De Wet voorzieningen gezondheidszorg, die in 1982 door het Nederlandse parlement werd goedgekeurd, en die zal verruimd worden tot een 'Wet Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening', betreft wel de provincies en de gemeenten bij haar uitvoering en dit zowel wat de planning, bouw, erkenning en sluiting van voorzieningen betreft als de vestiging van personen werkzaam in de gezondheidszorg. De gemeenten zullen in principe plannen opstellen voor eerstelijnsvoorzieningen (bijvoorbeeld het Kruiswerk), de provincies voor tweedelijnsvoorzieningen (bijvoorbeeld ziekenhuizen). Daarnaast behoudt de centrale overheid planningsbevoegdheid ten aanzien van lan-

delijke voorzieningen. Overigens moet deze planning gebeuren met in achtneming van centraal vastgestelde richtlijnen. Deze richtlijnen kunnen ver gaan waardoor de vraag rijst of er werkelijk veel terecht kan komen van de beoogde decentralisatie.

Bij de totstandkoming en de uitvoering van overheidsregulering wordt in beide landen groot belang gehecht aan voorafgaande advisering. Deze advisering is zowel van technisch-juridische aard (de Raad van State) als inhoudelijk. In het laatste geval verloopt zij langs informele wegen en formele organismen.

Het belangrijkste adviesorgaan van de Belgische minister van volksgezondheid is de 'Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen', die uit drie afdelingen of kamers bestaat, bevoegd voor erkenning, financiering en planning. Over de samenstelling bepaalt de wet slechts 'dat de leden hetzij bijzonder vertrouwd (moeten) zijn met de opdrachten van de afdelingen, hetzij betrokken (moeten) zijn bij de medische of verpleegkundige activiteiten van de ziekenhuizen, hetzij behoren tot de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering'. Opvallend hierbij is dat slechts de direct belanghebbenden worden genoemd. Anderen, bijvoorbeeld vertegenwoordigers van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten, het Planbureau, patiëntenverenigingen, werkgevers en werknemers, maken geen deel uit van de Raad.

De Vlaamse Gemeenschapsminister voor gezondheidsbeleid wordt geadviseerd door de 'Vlaamse Commissie voor ziekenhuisprogrammering'. Ook in deze commissie vindt men alleen de direct betrokkenen : ziekenhuizen, ziekenfondsen, 'ziekenhuiswerkers' en enige deskundigen.

De 'Nationale Raad voor de Volksgezondheid' die in Nederland het belangrijkste landelijk adviesorgaan in de gezondheidszorg is, adviseert over alle zaken van belang voor de volksgezondheid. De samenstelling ervan is veel ruimer dan deze van de Belgische adviesorganen : naast vertegenwoordigers van personen en instellingen werkzaam in de gezondheidszorg en de verzekeraars, zetelen ook de gebruikers van gezondheidszorg, werkgevers en werknemers en vertegenwoordigers van de lagere overheden.

Bij de uitvoering van de Wet voorzieningen gezondheidszorg worden deze lagere overheden op hun beurt bijgestaan door commissies waarin overheid, instellingen, beroepsoefenaren, financiers en gebruikers vertegenwoordigd zijn, namelijk de provinciale raden van de volksgezondheid en de gemeentelijke commissies voor de volksgezondheid.

5.1.2. Regulering van de beroepsuitoefening

De beroepsuitoefening in de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een toenemende specialisatie en taakverdeling. Het Medische Zakboekje 'beroepen' beschrijft voor Vlaanderen 25 verschillende beroepen in de gezondheidszorg en is dan nog niet volledig. Niet al deze beroepen zijn reeds wettelijk geregeld. In het onderstaande zullen de volgende beroepen ter sprake komen : artsen, tandartsen, apothekers,

paramedische beroepen, verpleegkundigen en verloskundigen of vroedvrouwen. Een vergelijking van de Belgische en Nederlandse wettelijke regelingen van deze beroepen levert onder meer de volgende punten van overeenkomst en onderscheid op.

In beide landen beschermt de wetgeving die de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg regelt in beginsel zowel het beroep als de titel van de beroepsbeoefenaars. Beroepsbescherming houdt in dat krachtens de wet een activiteit slechts mag worden uitgeoefend door een daartoe aangewezen beroepsgroep. Bij titelbescherming wordt het dragen van een diploma of titel wettelijk voorbehouden aan wie het diploma of de titel op de wettelijk voorgeschreven wijze heeft behaald. In de huidige stand van de wetgeving bestaat zowel in België als in Nederland een stelsel van beroeps- én titelbescherming voor de artsen, de tandartsen, de apothekers en de verloskundigen. Tien paramedische beroepen genieten in Nederland zowel een beroeps- als titelbescherming, terwijl in België noch het beroep noch de titel is beschermd, hoewel de wet daartoe een mogelijkheid biedt. Verpleegkundigen daarentegen worden in België zowel qua beroep als titel beschermd; in Nederland is de bescherming beperkt tot de titel.

Het Nederlandse voorontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, gemeenzaam bekend als BIG heeft als meest opvallend kenmerk dat de beroepsbescherming die thans geldt wordt opgeheven en dat slechts een stelsel van titelbescherming blijft behouden. Met andere woorden : activiteiten in het kader van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld geneeskundige handelingen, zullen door iedereen straffeloos kunnen worden gesteld, maar de titel welke van deskundigheid blijk geeft zal worden beschermd. Overigens zal de beroepsbescherming voor een aantal handelingen, waaronder heelkundige, tandheelkundige en verloskundige, blijven behouden. Het lot van dit voorontwerp, waaraan jarenlange intense voorbereiding is voorafgegaan, hangt op dit ogenblik in de lucht : de dereguleringshagbijn is ook op dit voorontwerp neergevallen en volgens de aanbevelingen van de Commissie Geelhoed zou de werkingssfeer van de BIG moeten worden beperkt tot de beroepen van arts, tandarts, apotheker en verloskundige. In België is er recent geen sprake geweest de beroepsbescherming in de gezondheidszorg te vervangen door titelbescherming. In de huidige context, waarin sprake is van een groeiend artsenoverschot, lijkt dit onbespreekbaar.

De bestaande regelingen voor de beroepen van arts, tandarts en apotheker zijn in beide landen in grote mate gelijkvormig. Zowel in België als in Nederland heeft de wetgever aan de arts (in België is is de wettelijke benaming : 'doctor in de genees- heel- en verloskunde' in Nederland 'geneeskundige') een monopolie voor de uitoefening van de geneeskunde toegekend. Hierop bestaan overigens wel uitzonderingen : zo zijn de tandartsen en de verloskundigen bevoegd om zelfstandig een beperkt domein van de geneeskunde uit te oefenen. Het wettelijk artsenmonopolie brengt mee dat iedereen die aan de wettelijke voorwaarden voldoet het artsenberoep in zijn volledige omvang mag beoefenen. Dit heeft evenwel de ontwikkeling van vele verschillende medische specialismen niet kunnen tegenhouden. Noch in België noch in Nederland bevat de beroepsuitoefeningswetgeving een

regeling voor deze medische specialismen. Niettemin bestaat in beide landen een erkenningsregeling. De Belgische regeling (die in 1978 grondig werd aangepast en nog wel naar Nederlands model, wat een zeldzaamheid mag worden genoemd vermits de gezondheidswetgeving nog steeds op Frankrijk is georiënteerd) voor de erkenning van medische specialisten vindt wettelijke steun in de ziekteverzekeringswetgeving; de Nederlandse regeling is een voorbeeld van een 'semi-publiekrechtelijke' regeling waarvoor professie (KNMG) en overheid gezamenlijk verantwoordelijk zijn.

In België volstaat het niet in het bezit te zijn van het wettelijk vereiste diploma en dit te laten viseren door provinciale geneeskundige commissie (een gelijkaardige visumverplichting bestaat in Nederland bij de geneeskundige inspecteur); bovendien moet men zich inschrijven op de lijst van de Orde der Geneesheren. Weigering is mogelijk wanneer de aanvrager zich tevoren zodanig heeft misdragen dat hem, ingeschreven zijnde, een zware tuchtsanctie (schorsing of schrapping) zou zijn opgelegd, waardoor uitoefening van het beroep onmogelijk zou zijn. De Orde der Geneesheren is een publiekrechtelijke beroepsorganisatie die tuchtrechtelijke bevoegdheid heeft ten aanzien van haar leden. In Nederland bestaat geen Orde, wel een Medische Tuchtwet die niet enkel geldt voor de artsen, maar ook van toepassing is op tandartsen, apothekers en verloskundigen. Voor paramedici bestaat de mogelijkheid tot oprichting van tuchtcolleges op grond van de Wet op de paramedische beroepen, wat tot nu toe voor geen enkel beroep is gebeurd. Ook voor verpleegkundigen wordt regelmatig een wettelijk tuchtrecht in het vooruitzicht gesteld. In België bestaat een wettelijk georganiseerd tuchtrecht voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, behalve voor artsen, enkel voor apothekers, eveneens via een Orde. Tandartsen (voorzover niet tevens arts), verloskundigen, paramedici en verpleegkundigen kennen geen wettelijk tuchtrecht.

De Belgische wetgeving kent een strikt verbod van gezamenlijke uitoefening van het beroep van arts en apotheker, zelfs door wie aan de beide beroepsuitoefeningsvoorwaarden voldoet. In het verleden konden ontheffingen van dit verbod worden toegestaan wanneer dit noodzakelijk was voor een goede geneesmiddelenvoorziening. Deze mogelijkheid werd enige jaren geleden opgeheven zodat het aantal huisartsen met depot snel afneemt (nog slechts 322, einde 1982). Krachtens de Nederlandse wetgeving hangt het af van de vestigingsplaats of een huisarts al dan niet bevoegd is geneesmiddelen af te leveren voor zijn eigen patiënten. Het aantal apotheekhoudende huisartsen is er dan ook veel groter (zie daarover hoofdstuk 3, paragraaf 3.3).

Het meest opvallende onderscheid in de beroepenwetgeving betreft de regeling van de paramedische beroepsuitoefening. In Hoofdstuk 3 is hierop reeds gewezen bij de bespreking van de functies van fysiotherapeut respectievelijk kinesitherapeut. De Nederlandse paramedicus oefent - na verwijzing door een arts - een beperkt deel van de geneeskunde op zelfstandige wijze en onder eigen verantwoordelijk uit. De Nederlandse Wet op de paramedische beroepen (1963) definieert 'uitoefening van een paramedisch beroep' als het verrichten van handelingen of het verstrekken van adviezen op het gebied van de ge-

neeskunde, al dan niet in samenhang met aanverwante bezigheden, door anderen dan degenen, aan wie ingevolge de wet de bevoegdheid tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunst in volle omvang of gedeeltelijk is toegekend. Wel dient dit te gebeuren in een bepaalde relatie met een arts. De Belgische paramedicus daarentegen is een helper van de arts, zonder eigen verantwoordelijkheid op medisch gebied. De Belgische regeling terzake van de uitoefening van de geneeskunst verstaat onder 'uitoefening van een paramedisch beroep' het gewoonlijk verrichten van technische hulpprestaties en van bepaalde handelingen die de diagnose voorafgaan of de toepassing van de behandeling aangaan, waarmee men door een arts werd belast, en dit onder eigen verantwoordelijkheid en eigen toezicht van de arts. Overigens is aan deze bepaling nog geen uitvoering gegeven zodat het niet mogelijk is te zeggen om welke beroepen het hier juist gaat. Op grond van de wet op de ziekteverzekering bestaat wel een beperkte erkenning voor vijf beroepen die als 'paramedisch' worden aangeduid, waaronder de kinesitherapeuten. Dit onderscheid in wettelijke benadering van in de praktijk identieke beroepen is fundamenteel en houdt verband met wat SLUIJTERS noemde 'de eenzijdige benadering van de gezondheidszorg vanuit de positie van de arts, van waaruit de positie van andere zorgverleners evenals die van de patiënt worden afgeleid', welke hij 'typerend voor het Belgische, Franse en Duitse stelsel' acht.¹

Om een dergelijke benadering te handhaven en toch regelend te kunnen optreden ten opzichte van 'nieuwe' beroepen in de gezondheidszorg moet de wetgever noodgedwongen overgaan tot een minutieuze afbakening van de bevoegdheden van deze laatsten tegenover die van de arts. Een goede illustratie van deze werkwijze vindt men in de Belgische Wet op de verpleegkunde van 1974. Deze wet geeft een globale omschrijving van wat onder de uitoefening van verpleegkunde moet worden verstaan maar verwijst voor de nadere uitwerking naar koninklijke besluiten waarin een opsomming wordt gegeven van de aard van de handelingen en de voorwaarden waaronder zij mogen worden verricht. Tien jaar na de inwerkingtreding van de wet zijn deze koninklijke besluiten er nog steeds niet.

5.1.3. Regulering van bepaalde zorgactiviteiten

Rechtstreekse regulering van zorg komt zowel in België als in Nederland niet veel voor. Onrechtstreekse regulering, waarbij de overheid de voorwaarden vaststelt of beïnvloedt waarbinnen de zorg wordt verleend is aantrekkelijker. Niettemin heeft de wetgever zich ook bezig gehouden met de inhoudelijke aspecten van bepaalde vormen van zorglening. In België gebeurde dit in het verleden, ten gevolge van specifieke omstandigheden (meer bepaald de collectieve weigering vanwege artsen verzorging te verlenen in de jaren zestig) wel meer dan in Nederland. Het is de vraag of, gelet op recente ontwikkelingen op het terrein van ondermeer de geestesziekenwetgeving en de patiëntenrechten het oordeel van Van Der Mij² dat 'de bestaande (Nederlandse) wetgeving regelende de uitoefening van de geneeskunde wordt ge-

kenmerkt door soberheid' thans niet toe is aan herwaardering. Het is hier niet de plaats om daarop in te gaan.

Curatieve zorg

De hulpverlening in het kader van de curatieve zorg is zo omvangrijk dat het reeds feitelijk onmogelijk is alle desbetreffende handelingen aan regulering te onderwerpen. Dit afgezien van de wenselijkheid ervan. Wettelijke regeling van curatieve zorg is dan ook gericht op specifieke handelingen. Hieronder worden de voornaamste kort weergegeven.

De Belgische wetgeving die de beroepsuitoefening regelt, bevat enkele bepalingen die van belang zijn voor de hulpverleningsplicht. Artikel 8 verbiedt artsen en tandartsen een in uitvoering zijnde handeling te onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen 'om de continuïteit van de zorgen te verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft'. Hetzelfde artikel verbiedt de apotheker zijn officina tijdelijk of definitief te sluiten zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen 'om de continuïteit van de zorgen te verzekeren voor de uitreiking van de bij een in uitvoering zijnde recept voorgeschreven geneesmiddel'.

Krachtens artikel 9 dienen de beroepsorganisaties van artsen, tandartsen en apothekers zelf te zorgen voor 'wachtdiensten, die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize waarborgen'. Als deze wachtdiensten onvoldoende werken, kan de gezondheidsinspectie ingrijpen. Als de patiënt daarom verzoekt of zijn toestemming geeft, dient de arts (tandarts, apotheker) alle nuttige of noodzakelijke inlichtingen van medische (of farmaceutische) aard mee te delen aan een andere arts (tandarts, apotheker) die door de patiënt is aangeduid om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen (artikel 15).

Zowel in België als in Nederland bestaat er voorts een wettelijke hulpverleningsplicht in noodgevallen op grond van artikel 422 bis SWB en artikel 450 WvS. De Belgische regeling eist (naar analogie met de Franse) evenwel meer van de arts dan de Nederlandse.

In beide landen bestaat een wettelijke regeling van de spoedhulp of dringende medische hulpverlening, met name de wet 8 juli 1964 betreffende de dringende medische hulpverlening en de Wet ambulancevervoer (1971). Artikel 4 van de Belgische wet bevat voor de arts die wordt opgeroepen een wettelijke verplichting zich ter plekke te begeven en de eerste verzorging te verlenen. Een analoge verplichting bestaat niet in Nederland. Men zou kunnen zeggen dat de Belgische wetgever de plicht van de arts om zich beschikbaar te houden en te stellen voor curatieve hulpverlening, veel meer dan de Nederlandse wetgever, heeft geregeld.

De hulpverlening bij besmettelijke ziekten vertoont naast preventieve ook curatieve aspecten. De wettelijke regelingen terzake (de Besluitwet van 24 januari 1945 betreffende de profylaxe van geslachtsziekten en de Gezondheidswet van 1 september 1945 wat België

betreft en de Wet Bestrijding Infectieziekten en opsporing Ziekte-oorzaken van 21 juli 1928 voor Nederland) schrijven voor hoe de arts die een dergelijke ziekte vaststelde zich dient te gedragen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende categorieën besmettelijke ziekten. Aan dit onderscheid wordt hier voorbij gegaan. De arts die een besmettelijke ziekte vaststelt moet dit melden aan de gezondheidsinspectie; degene die is aangetast door zo'n ziekte heeft in het algemeen de plicht zich te onderwerpen aan behandeling en soms een opname - respectievelijk afzonderingsplicht.

Transplantatie van organen is noch in België, noch in Nederland het voorwerp van een specifieke wettelijke regeling. Wel zijn wettelijke regelingen in voorbereiding. Het Belgische wetsontwerp betreffende het wegnemen en transplanteren van weefsels en organen regelt het wegnemen van weefsels en organen bij levende en dode donoren en niet het transplanteren zelf, zoals het opschrift laat vermoeden. In het wetsontwerp wordt gekozen voor een zogenaamd stelsel van geen bezwaar tegen de wegneming van organen met het oog op transplantatie met therapeutische doeleinde bij dode donoren. In een Nederlands ontwerp tot herziening van de Wet op de lijkbezorging werd daarentegen voor het toestemmingsstelsel gekozen. In geen van beide landen is de discussie daaromtrent reeds afgesloten.

Voor het overige kan deze deelparagraaf worden besloten met de vaststelling dat in Nederland voortdurend gesproken en geschreven wordt over wettelijke regelingen in verband met uiteenlopen vormen van medisch handelen of handelen waarbij medische techniciteit vooropstaat, zoals medische experimenten en euthanasie. In België bestaat in dit verband veel minder discussie. In Nederland bestaat er een wettelijke regeling voor abortus provocatus, in België is dit door het strafwetboek verboden.

Preventieve zorg

Het verlenen van preventieve zorg door artsen en anderen is noch in België, noch in Nederland aan rechtstreekse regeling onderworpen. Wel bestaat er een wetgeving die erop is gericht het verlenen van preventieve zorg te bevorderen, in bepaalde gevallen zelfs te verplichten, door voorzieningen in het leven te roepen zoals op het terrein van de jeugd- en bedrijfsgezondheidszorg. Een bespreking hiervan hoort eerder thuis onder de volgende paragraaf.

Geestelijke gezondheidszorg

Het verlenen van professionele zorg aan geesteszieken is in beide landen, voor bepaalde aspecten, in aparte wetgeving geregeld. Onmiddellijk springen hier twee punten van overeenkomst in het oog : de ouderdom van deze 'krankzinnigenwetgeving' (1850-1873 in België, 1884 in Nederland) en een al jarenlang aanslepende hervormingspoging. Toch is het haast zeker dat het Nederlandse ontwerp 'Bijzon-

dere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' (BOPZ) door de de parlementaire molen zal geraken zodat een bespreking van de belangrijkste bepalingen ervan aangewezen is. Hoewel ze ouder is, ziet het er naar uit dat de Belgische Krankzinnigenwet langer stand zal houden : een wijzigingsontwerp bestaat reeds sedert 1969 maar er komt weinig schot in.

De Belgische Krankzinnigenwet regelt in hoofdzaak drie elementen. Zij bevat administratieve bepalingen in verband met de oprichting van en het toezicht op zogenaamde gesloten psychiatrische inrichtingen. Zij regelt de gedwongen opname en stelt vast op welke wijze een einde komt aan deze opname. Gedwongen opname is mogelijk als de patiënt 'geestelijke gestoord' is en een gevaar betekent voor zichzelf of voor zijn omgeving. Of beide criteria zijn vervuld wordt uitgemaakt door een arts die een medisch getuigschrift kan afleveren op grond waarvan de lokale overheid tot 'collocatie' of dwangopname kan overgaan. Gedwongen opname is dus mogelijk zonder enige tussenkomst van een rechter. Pas nadat men is opgesloten kan men bij de rechter een verzoek indienen tot onmiddellijk ontslag. De verenigbaarheid van deze regeling met het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens is zeer twijfelachtig. Eén van de redenen waarom een herziening van de Krankzinnigenwet tot nog toe uitgebleven is, is een principieel meningsverschil tussen Kamer en Senaat : de eerste wenst in meerderheid dat, zoals nu, de beslissing over dwangopname wordt genomen door een arts; de Senaat daarentegen is voorstander van een tussenkomst van een rechtbank.

De kern van de BOPZ wordt gevormd door de rechterlijke machtiging. Zij wordt afgeleverd op vordering van de officier van justitie door de rechter wanneer naar het oordeel van deze laatste de stoor-nis van de geestesvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken én het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgeweerd. Bij het verzoek om een machtiging moet een verklaring van een psychiater worden voorgelegd. De BOPZ regelt ook anders dan de Belgische wet en zelfs het herzieningsontwerp, het verblijf in de inrichting en de rechtspositie van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt. Uiteraard beïnvloedt dit de ruimte voor het professionele handelen. Zo zal in overleg met de patiënt een behandelingsplan moeten worden opgesteld en er zullen geen middelen en maatregelen mogen worden toegepast die niet in dit plan zijn voorzien.

5.1.4. Regulering van voorzieningen

In België

Regulering van voorzieningen voor gezondheidszorg geschiedt in België vrijwel uitsluitend op grond van de Wet op de ziekenhuizen. Deze wet kwam in 1963 tot stand en was toen voornamelijk bedoeld als een financieringsregeling (zie paragraaf 5.1.5). Na opeenvolgende wijzigingen, waarvan de belangrijkste in 1973 en 1983 hun beslag hebben

gekregen, ligt het accent in deze wet evenwel op de beheersing van het aanbod van de ziekenhuisvoorzieningen. Tengevolge van deze wijzigingen is het oorspronkelijke opschrift van de wet in zekere mate achterhaald : niet enkel intramurale voorzieningen maar ook extramurale worden erdoor gereguleerd, zij het op een negatieve manier. Zo verbiedt de wet de installatie van zware medische apparatuur en van laboratoria voor klinische biologie, zowel binnen ziekenhuizen als daarbuiten. Voor de extramurale sector is voorts van belang de vestigingswet voor apotheken, waarlangs een vestigingsbeleid voor apotheken wordt gevoerd.

De Wet op de ziekenhuizen is van bij het begin van haar bestaan van toepassing op de ziekenhuizen, dit zijn 'inrichtingen met één of meer diensten voor onderzoek en verzorging waarin personen worden opgenomen om er te verblijven ten einde er een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of een genees-, heel- of verloskundige behandeling te ondergaan'. In 1976 werd het toepassingsgebied uitgebreid tot de zware medische apparatuur, zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Zware medische apparatuur zijn 'toestellen of uitrustingen voor onderzoek of behandeling die duur zijn hetzij door hun aankoop-prijs, hetzij door de bediening ervan door hoog gespecialiseerd personeel'. In 1984 werd de wet verruimd tot 'zware medische diensten', dit zijn diensten voor onderzoek of behandeling die duur zijn, hetzij door de apparatuur die er wordt opgesteld, hetzij door het hooggespecialiseerd personeel dat er werkzaam is.

De ziekenhuiswet richt zich hoofdzakelijk op drie aspecten van ziekenhuisvoorzieningen : de kwaliteit, de financiering van de investeringen en van de werking, en de kwantiteit van het aanbod. Financiering van de investering en de beheersing van het aanbod hangen zeer nauw samen en worden samen besproken. Financiering van de werking wordt op andere plaatsen behandeld.

De kwaliteit.

Iedere ziekenhuisdienst moet een, regelmatig opnieuw aan te vragen, erkenning verkrijgen vanwege de Gemeenschapsminister van volksgezondheid (zie 5.1.1.). Deze erkenning wordt slechts verleend voor zover aan erkenningsnormen, die minimale kwaliteitseisen bevatten, is voldaan en voor zover het ziekenhuis past in het ziekenhuisplan. De beheersing van het aanbod.

De administratieve instrumenten, neergelegd in de Wet op de ziekenhuizen en bestemd voor de beheersing van het aanbod zijn talrijk en geenszins doorzichtelijk. Dit komt omdat na 1973, toen een vergunningstelsel voor de bouw van ziekenhuizen werd ingevoerd, regelmatig nieuwe wettelijke maatregelen werden genomen ter aanvulling van dit vergunningstelsel. Opvallend is de koppeling van financiering en regulering van de investeringen : investeringen in bouw en zware medische apparatuur mag slechts mits toelating van de overheid, maar deze toelating geeft meteen recht op subsidies (60% voor ziekenhuizen; tot 100% voor apparatuur) vanwege het 'fonds voor de bouw van ziekenhuizen'. Dit fonds was sneller operationeel dan de planning waardoor in de jaren zeventig een explosieve ontwikkeling van het aantal bedden werd mogelijk gemaakt. Het beleid van de afgelopen 5 jaar is erop gericht te vermijden dat het beddenoverschot

nog toeneemt. Daartoe werden de volgende maatregelen genomen : opschorting van vergunningen afgeleverd in de periode dat er nog geen plancriteria van kracht waren; schadeloosstelling ingeval van vrijwillige niet uitvoering van vergunde investeringen of vrijwillige sluiting of niet ingebruikneming; afschaffing van 'overtollige ziekenhuisbedden'; een vergunning voor ingebruikneming en exploitatie van algemene ziekenhuisbedden. Deze laatste maatregel werd in 1982 ingevoerd en plaatst een rem op de ingebruikneming van nieuwe bedden in algemene ziekenhuizen. Een dergelijke vergunning kan niet worden afgeleverd wanneer daardoor het aantal bedden, dat op 1 juli 1982 bestond wordt overschreden. Bovendien heeft een dergelijke vergunning slechts uitwerking voorzover kan worden aangetoond dat in hetzelfde ziekenhuis of elders evenveel bedden verdwijnen. Bij wijze van stimulans wordt de beddenreductie gekoppeld aan de totstandkoming van rust- en verzorgingstehuizen, bestemd voor de opname van langdurig zieken die geen ziekenhuisverzorging nodig hebben.

De Vestingswet voor apotheken kwam tot stand in 1973. Op basis van deze wet wordt een negatief vestigingsbeleid gevoerd, dit wil zeggen dat de opening, overplaatsing of fusie van een apotheek is verboden zonder een vergunning. De vergunning wordt afgeleverd door de nationale minister van volksgezondheid die zich laat leiden door het advies van een vestigingscommissie, waarin uitsluitend magistraten zetelen. Dit advies steunt op 'vestigingscriteria' die het aantal apotheken per gemeente vaststellen op 1 per 2.000, 2.500 of 3.000 inwoners, naargelang de gemeente een kleiner of groter bevolkingsaantal heeft.

In Nederland

In het begin van de jaren zeventig is het denken over de rol van de (centrale) overheid bij de besluitvorming in de Nederlandse gezondheidszorg in een stroomversnelling terecht gekomen. In 1971 werd een voorontwerp van wet houdende uitbreiding van de in dat jaar totstandgekomen Wet ziekenhuisvoorzieningen tot een Wet gezondheidsvoorzieningen gepubliceerd.

In 1972 schreef de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid : 'er bestaat dringend behoefte om in beginsel op het gehele terrein van de zorg voor de volksgezondheid regulerend op te treden en voor het gehele terrein te kunnen beschikken over een toereikend stuurmechanisme'. In 1974 verscheen de Structuurnota Gezondheidszorg. In 1976 werd het ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg gepubliceerd dat in 1982 werd aangenomen door het Nederlandse Parlement.

De Wet voorzieningen gezondheidszorg (de volledige benaming luidt : Regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg) heeft een ruim toepassingsgebied. (Zoals vermeld bestaan er plannen om dit toepassingsgebied nog te verruimen). Onder 'voorziening voor gezondheidszorg' wordt verstaan, het 'van een instelling of persoon uitgaande gereed aanbod van acti-

viteiten en middelen gericht op of dienstbaar aan de verlening van medische, paramedische, psycho-sociale dan wel psycho-therapeutische, farmaceutische of verpleegkundige hulp, of op preventie of gezondheidsvoorlichting en -opvoeding'. De wet is evenwel slechts van toepassing op deze voorzieningen die daartoe bij algemene maatregel van bestuur worden aangewezen. Zij is voorts niet van toepassing op onder meer bedrijfsgeneeskundige en bedrijfsgezondheidszorgdiensten. De wet zal gefaseerd worden ingevoerd. Het eerst zullen onder de wet worden gebracht : de eerstelijnsgezondheidszorg, de basisgezondheidszorg, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de ambulante verslaafdenzorg en het ambulancevervoer. De voorzieningen die onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen vallen, zullen pas later onder de Wet voorzieningen gezondheidszorg worden gebracht.

De volgende aspecten en kenmerken van voorzieningen voor gezondheidszorg kunnen object van regulering zijn :

De kwaliteit van de voorziening

Ter waarborging van een goede hulp- of dienstverlening kunnen eisen worden gesteld waaraan voorzieningen, uitgaande van instellingen voor gezondheidszorg, moeten voldoen. Deze eisen hebben in elk geval betrekking op de benodigde personele bezetting en materiële middelen en de zorg van hygiëne en veiligheid, alsmede op de zorg voor het goed en doelmatig functioneren. De van kracht zijnde Wet eist tevens dat zij de nodige waarborgen bevatten ten behoeve van de gebruikers van die voorzieningen en ter bevordering van het democratisch functioneren van de instellingen. Bij algemene maatregel van bestuur zullen ook eisen kunnen worden gesteld met betrekking tot de organisatie van de zorg en de rechten van de gebruikers, waaraan voorzieningen die uitgaan van personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg moeten voldoen. Eveneens bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden vastgesteld strekkende tot een regelmatige toetsing van deze kwaliteitseisen.

De planning van voorzieningen

Voor de voorzieningen die uitgaan van instellingen, zullen vier jarenplannen worden opgesteld, hetzij op centraal, hetzij op provinciaal, hetzij op gemeentelijk niveau (zie 5.1.1). Ten aanzien van de opstelling van provinciale en gemeentelijke plannen stelt de minister richtlijnen vast, waarover tevoren advies moet worden gevraagd aan de Nationale Raad voor Volksgezondheid. Die richtlijnen hebben onder meer betrekking op de behoefte, de spreiding, de samenhang zowel tussen voorzieningen voor gezondheidszorg onderling als tussen zodanige voorzieningen en andere voorzieningen, de gebiedsindeling en de functieomschrijving. Zij kunnen voorschriften inhouden die strekken tot verwezenlijking van het met betrekking tot die voorzieningen voorgenomen beleid op lange termijn. In die richtlijnen wordt tevens zoveel mogelijk aangegeven welk beslag de voorzieningen in de desbetreffende planperiode jaarlijks mogen leggen op personele, materiële en financiële middelen. De minister geeft ook voor elke provincie aan welk beslag de voorziening in de desbetreffende planperiode mag leggen op dergelijke middelen.

Door de overheid kunnen eisen worden vastgesteld, waaraan voorzieningen voor gezondheidszorg in hun functioneren moeten voldoen met het oog op de nodige samenhang met andere voorzieningen voor gezondheidszorg en met samenhangende voorzieningen op het terrein van maatschappelijke dienstverlening en andere verwante terreinen. In dit verband moet ook het ontwerp van Wet gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening worden vermeld.

De bouw van inrichtingen

Onder inrichting wordt verstaan de inrichting bestemd voor een voorziening voor gezondheidszorg gebonden aan de beschikbaarheid van ruimten, gebezigd voor huisvesting van patiënten en cliënten, alsmede een deel van een zodanige inrichting of met een zodanige inrichting verbonden of mede ten behoeve van zodanige inrichting fungerende accommodatie. Bouwen betekent eveneens uitbreiden, verbouwen of vervangen, ingebruiknemen of wijzigen van de bestemming. De Wet voorzieningen gezondheidszorg verbiedt inrichtingen voor gezondheidszorg, die zijn aangewezen door een algemene maatregel van bestuur, te bouwen zonder vergunning.

De beroepsuitoefening door personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg en hun praktijkomvang.

De Wet voorzieningen gezondheidszorg kent geen planprocedure voor de beroepsbeoefenaren. Wel kan ten opzichte van hen een negatief vestigingsbeleid worden gevoerd, (negatief beduidt dat de vestiging kan worden verboden, maar niet kan worden verplicht, in een bepaalde plaats). Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het personen van een aangewezen categorie verboden is in (een gedeelte van) het land hun beroep uit te oefenen zonder vergunning. Als zo'n vestigingsregeling is vastgesteld, zal de vestigingsvergunning worden afgeleverd door de plaatselijke overheid voor huisartsen, tandartsen, verloskundigen, en dergelijke, door de provinciale overheid voor de meeste specialisten en door de minister voor bepaalde superspecialisten. Hierbij zullen de plaatselijke en provinciale overheden moeten rekening houden met landelijk vastgestelde normen, en overleg moeten plegen met door hen in te stellen provinciale respectievelijk gemeentelijke commissies voor vestigingsbeleid. In deze Commissies moeten de beroepsbeoefenaars, naast aanverwante beroepsvertegenwoordigers, gebruiksvertegenwoordigers en verzekeringsinstellingen aanwezig zijn. Bovendien moet over de ontwerpmaatregel van algemeen bestuur waarbij bepaald wordt dat zonder vergunning een beroep niet meer mag worden uitgeoefend tevoren overleg worden gepleegd met de betrokken beroepsorganisaties. Bovendien geeft de Wet voorzieningen gezondheidszorg de bevoegdheid aan provinciale en plaatselijke overheden vast te stellen op welke wijze een beroepsbeoefenaar de omvang van zijn beroepswerkzaamheid dient te beperken. Daarbij wordt gedacht aan een beperking van het aantal patiënten of assistenten.

Het tot stand brengen en functioneren van bijzondere voorzieningen. Als bijzondere voorzieningen kunnen worden aangewezen bepaalde functies, voorzieningen alsook apparatuur welke kostbaar is of voor de bediening waarvan personeel van een bijzondere deskundigheid vereist is. Voor dergelijke voorzieningen kan een vergunningenstelsel worden uitgevaardigd met betrekking tot onder meer het aanschaffen, tot stand brengen, gebruiken of exploiteren. Op dit ogenblik is een dergelijke regeling krachtens de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing op computertomografie, hemodialyse en niertransplantatie, coronair-chirurgie en megavolttherapie.

De belangrijkste bestuursrechtelijke instrumenten die de overheid, naast uiteraard het plan, ter beschikking staan om deze regulering ten uitvoer te leggen, zijn :

De erkenning

De instelling van welke een voorziening voor gezondheidszorg uitgaat, behoeft een erkenning ten einde in aanmerking te komen voor vergoedingen van de kosten van overheidswege dan wel krachtens de Ziekenfondswet of de Algemene Wet bijzondere ziektekosten. Een erkenning kan worden geweigerd indien de voorziening niet past in het voor die categorie van voorzieningen geldende plan of indien niet is voldaan aan de kwaliteitseisen. Een erkenning kan voorlopig of onder beperkingen worden verleend. Zij kan ook worden ingetrokken. In dit geval kan een inrichting voor gezondheidszorg geheel of gedeeltelijk worden gesloten. Al naargelang de voorziening, beslissen de ministers, provinciale of gemeentelijke overheden over de erkenningsaanvraag, na advies van de Ziekenfondsraad.

De vergunning

Voor de bouw van een inrichting is een vergunning vereist. Een verzoek om een vergunning wordt niet in behandeling genomen als niet werd afgegeven een verklaring dat de financiering niet zal leiden tot een overschrijding van het vastgesteld bedrag op de financiële middelen. De bouwvergunning wordt door de Minister afgeleverd. De verklaring dat de bouw past in het plan wordt daarentegen afgeleverd door provinciale of gemeentelijke overheid, naargelang het geval.

De sanering

Hieronder wordt verstaan een geheel van maatregelen waarmee aan het bestaan van voorzieningen voor gezondheidszorg een geheel of gedeeltelijk einde kan worden gesteld of waarmee de totstandkoming van voorzieningen, die een vergunning hebben gekregen, vooralsnog kan worden belet. Naargelang de aard van de voorziening kan een saneringsmaatregel inhouden : de beëindiging van een bijzondere voorziening; de intrekking van een erkenning; beperking van een praktijkomvang van een zelfstandig beroepsbeoefenaar; de intrekking van een verklaring of vergunning; weigering van een vergunning; sluiting of inperking van een inrichting voor gezondheidszorg. Deze laatste beslissing wordt genomen door de minister; hij kan deze bevoegdheid overdragen aan de provinciale overheid.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen blijft in afwachting van de volledige in werkingtreding van de Wet voorzieningen gezondheidszorg gelden. De Wet ziekenhuisvoorzieningen kwam in 1971 tot stand maar is pas integraal in werking getreden vanaf 1 september 1979, na een grondige wijziging in 1978. De oorspronkelijke wet streefde naar de totstandkoming van één nationaal vijfjarig ziekenhuisplan. Dit bleek evenwel niet haalbaar zodat het vergunningsstelsel voor de bouw van ziekenhuizen en andere intramurale voorzieningen evenmin definitief van kracht werd. De wijzigingswet had tot doel meer soepelheid en differentiatie in de planningsprocedure te brengen. Het nationale ziekenhuisplan werd vervangen door regionale plannen, per voorziening of voor meerdere voorzieningen. De vaststelling van deze plannen gebeurt op het centrale niveau, door de minister. Op basis van de vastgestelde planning kunnen bouwvergunningen worden afgegeven, terwijl krachtens artikel 18 vergunningen kunnen worden vereist voor de 'bijzondere voorzieningen' (zie hierboven). De wijzigingswet biedt eveneens de mogelijkheid over te gaan tot de sluiting van ziekenhuizen.

5.1.5. Regulering via oprichting van voorzieningen

Een geheel andere wijze van regulering van voorzieningen bestaat hierin dat de wetgever zelf het initiatief neemt voor de oprichting van voorzieningen dan wel anderen verplicht een dergelijk initiatief te nemen. Vooral in de preventieve gezondheidszorg treft men voorbeelden aan van deze methode. Zo voorziet de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de instelling en de instandhouding door de gemeenten van Basisgezondheidsdiensten.

De Wet kent aan deze diensten een aantal taken toe, die tenminste moeten worden uitgevoerd, zoals het verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens, het bestrijden van infectieziekten, technisch-hygiënische zorg en het bevorderen van maatregelen op het gebied van de hygiëne en psychohygiëne. Deze taken vervullen zij samen met instellingen van het particulier initiatief, onder andere het kruiswerk. In de Vlaamse Gemeenschap (zie 5.1.1.) werd onlangs een publiek-rechtelijke instelling 'Kind en Gezin' genaamd, opgericht bij decreet. Deze instelling vervangt het 'Nationaal Werk voor Kinderwelzijn'. De opdracht van 'Kind en Gezin' omvat onder meer: het voorkomen van perinatale sterfte en prematuriteit en de psychisch-sociale ondersteuning en gezondheidsbegeleiding van ouders en in het bijzonder van de jonge moeder. Daartoe brengt 'Kind en Gezin' op het vlak van de Gemeenschap, de provincie en de gemeenten gestructureerde samenwerkingsverbanden tot stand met instellingen, diensten of verenigingen die actief zijn op het gebied van deze taken. Bij wijze van proef mag zij ook eigen instellingen en diensten oprichten.

Een voorbeeld van een wettelijke verplichting een voorziening tot stand te brengen vindt men in de bedrijfsgezondheidszorg. Zowel in België als in Nederland zijn ondernemingen met een bepaald aantal werknemers wettelijk verplicht arbeids- of bedrijfsgeneeskundige diensten op te richten. De opdracht van deze diensten is, buiten noodgevallen, uitsluitend preventief.

5.1.6. Regulering van prijzen

De prijsvorming in de gezondheidszorg is niet op uniforme wijze geregeld. In België worden de prijzen voor diensten verleend door beroepsbeoefenaars in het kader van de ziekteverzekering vastgesteld in onderling overleg tussen de representatieve organisaties van de beroepsbeoefenaren en de ziekenfondsen. Als dit overleg niet tot resultaat leidt kan de Koning maximumtarieven vaststellen op grond van een wet uit 1961.

De prijs van een verpleegdag in het ziekenhuis wordt krachtens de Wet op de ziekenhuizen vastgesteld bij Koninklijk Besluit. Het bedrag van deze prijs mag worden verhoogd met een aanvullend bedrag als het bewijs kan worden geleverd dat de normale prijs van de verpleegdag onvoldoende is. De beslissing in dit verband wordt genomen door de nationale minister van volksgezondheid. Dit voorschrift in verband met het aanvullend bedrag was bedoeld om uitzonderlijk te worden toegepast, maar is sedert jaren de regel.

De prijs van een verblijf in een bejaardentehuis wordt vastgesteld door de minister van economische zaken. Dat geldt eveneens voor de prijs van geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen die in aanmerking komen voor terugbetaling door de ziekteverzekering en voor geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuizen geldt een bijzondere regeling.

In Nederland regelt de Wet tarieven gezondheidszorg van 1980 de totstandkoming van prijzen en honoraria van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Alle tarieven komen in beginsel tot stand door overleg tussen instellingen, organisaties van beroepsbeoefenaren en de verzekeraars. Het tarief dat via deze onderhandelingen tot stand komt moet ter goedkeuring worden voorgelegd aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Als de onderhandelingen niet tot overeenstemming leiden of als het Centraal Orgaan zijn goedkeuring weigert, kan het zelf een tarief vaststellen. Het Centraal Orgaan bestaat uit 18 leden, waarvan zes Kroonleden, vier vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers, vier vertegenwoordigers van instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en vier vertegenwoordigers van ziektekostenverzekeraars. Bij het bepalen van de tarieven voor diensten van beroepsbeoefenaren moet het Centraal Orgaan rekening houden met normen bepaald op grond van de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaren.

5.2. WET- EN REGELGEVING TEN AANZIEN VAN LOONDERVING

5.2.1. Algemeen

In het voorafgaande is reeds duidelijk geworden dat de Belgische en Nederlandse wetgeving qua structuur en uitvoeringsorganisatie nogal verschillend is. In de hier te bespreken loondervingswetgeving van de beide landen is dat ook het geval. Enkele van die verschillen, die van betekenis zijn, zullen wij vooraf aanduiden. Dit om te voorkomen dat de lezer door de bomen het bos niet meer ziet. Daarbij willen wij

eerst wijzen op organisatorische en vervolgens op meer structurele aspecten.

Wat de organisatorische kant betreft valt allereerst op dat in Nederland geen vrijheid bestaat van keuze van de uitvoeringsorganisatie. De Organisatiewet sociale verzekering geeft in artikel 3 aan, dat het bedrijfs- en beroepsleven voor de uitvoering der sociale verzekering door de minister wordt verdeeld in onderdelen, ieder omvattend een of meer takken van bedrijf of beroep of gedeelten daarvan. Bij Beschikking van 8 december 1952 werden 26 onderdelen vastgesteld. Elke werkgever vindt aldus aansluiting bij één van de 26 met de uitvoering van de ziekengeldverzekering, de werkloosheidsverzekering en de beide arbeidsongeschiktheidsverzekeringen belaste bedrijfsverenigingen. Als er een geschil is tussen een werkgever en een bedrijfsvereniging over die indeling beslist het met toezicht belaste orgaan, de Sociale Verzekeringsraad, bij welke bedrijfsvereniging deze werkgever is aangesloten. Voor de werkgever en zijn werknemers kan het financieel verschil uitmaken of hij bij de ene of bij de andere bedrijfsvereniging is aangesloten, omdat de premieverplichtingen in de ziekengeldverzekering en in de werkloosheidsverzekering verschillend kunnen zijn.

In België hebben de werkgevers en hun werknemers meer vrijheid van organisatie, een vrijheid die samenhangt met de structurele kant van de sociale verzekeringswetten. De uitvoering van de arbeidsongevallenwetgeving is in hoofdzaak toevertrouwd aan particuliere instellingen, vooral private verzekeringsmaatschappijen of zogenaamde gemeenschappelijke verzekeringskassen. De ziekte- en invaliditeitsverzekering daarentegen is ter uitvoering overgelaten aan mutualiteiten. Uiteraard bestaat ook in België de verplichting aangesloten te zijn bij een uitvoeringsinstelling, maar er bestaat een zekere keuzemogelijkheid die in Nederland ontbreekt. Enkel voor de wetgeving inzake beroepsziekten is in België de aansluiting bij het Fonds voor de Beroepsziekten verplicht.

Wat de structurele kant betreft zijn vooral de verschillen in de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van België en Nederland opvallend. In Nederland is in 1967 bij de invoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) aan werknemers in de zin van deze wet een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend indien zij arbeidsongeschikt zijn, ongeacht welke de oorzaak van die arbeidsongeschiktheid is: een ongeval, een ziekte, een beroepsziekte of een gebrek. Er geldt een wachttijd van een jaar. Gedurende dat eerste jaar zal als regel recht op uitkering krachtens de Ziektewet bestaan, die evenmin naar de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid vraagt. De in 1976 ingevoerde Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), die niet alleen voor werknemers maar voor alle ingezetenen geldt, is wat structuur betreft gelijk aan de WAO. Teneinde bij alle uitvoeringsorganen (de 26 bedrijfsverenigingen) een zoveel mogelijk gelijke interpretatie van het arbeidsongeschiktheidsbegrip in WAO en AAW te verzekeren, is er één Gemeenschappelijk Medische Dienst (GMD) opgericht, die voor de vaststelling, wijziging of intrekking van prestaties advies uitbrengt aan de uitvoeringsorganen. Een advies van deze GMD kan ook al voor of

tijdens de wachttijd worden gevraagd, met name wanneer het gaat om het treffen van voorzieningen die er op gericht zijn het intreden van arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

In België gaat de bestaande wettelijke structuur uit van het onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een arbeidsongeval, een beroepsziekte of een ziekte of gewoon ongeval. De Arbeidsongevallenwet en de Wet op de Beroepsziekten geven die werknemers een recht op prestaties, wier arbeidsongeschiktheid is ontstaan door een arbeidsongeval of een beroepsziekte en dat vanaf het moment van ontstaan tot aan het einde van die arbeidsongeschiktheid.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering (de zogenaamde tak uitkeringen)³ is in beginsel alleen bestemd voor die arbeidsongeschikte werknemers die door een ziekte of ongeval (of door ouderdom) niet meer in staat zijn te werken. De verschillende wetten bevatten, ook afgezien van de oorzaak, een niet geheel gelijke omschrijving van het begrip arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. Dit, gevoegd bij het feit dat er meerdere uitvoeringsorganen zijn die elk hun eigen interpretatiemethode hanteren, kan grote verschillen opleveren.

Een ander algemeen aspect dat aandacht verdient is het structurele verschil in hoogte en in duur van de loondervingsuitkeringen.

De hoogte en de duur van de arbeidsongevallen- en beroepsziektenwetuitkeringen zijn in België in het algemeen gunstiger dan die van de invaliditeitswet. Daarnaast staat een werkloosheidsregeling, die in principe een werklozenuitkering voor onbepaalde tijd toekent aan onvrijwillig werkloze werknemers (uiteraard tot maximaal 60/65 jaar). In Nederland zijn de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in beginsel gelijk ongeacht de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid. Zij worden uitbetaald tot aan het einde van de arbeidsongeschiktheid of tot aan de leeftijd van 65 jaar.

De werkloosheidsuitkeringen zijn volgens de Werkloosheidswet maar van een zeer beperkte duur (een half jaar). Dit heeft voor gevolg, dat een werknemer wiens arbeidsplaats op de tocht komt te staan, liever via de arbeidsongeschiktheidsregelingen zijn positie buiten het arbeidsbestel zal trachten veilig te stellen dan via de werkloosheidsregeling. In België zal de werknemer wellicht proberen zijn arbeidsongeschiktheid eerder toe te schrijven aan een arbeidsongeval of aan een beroepsziekte. In beide landen zit men ook met het toerekenings- of causaliteitsprobleem, waarmee heel vaak de medicus wordt geconfronteerd.

De laatste algemene opmerking is bestemd om er op te wijzen dat Nederland sedert 1976 in de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) een sociale verzekering heeft die aan alle ingezetenen van Nederland vanaf 18 jaar bij arbeidsongeschiktheid van 25% of hoger in beginsel een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering toekent (art. 6, lid 9 AAW). In het jaar voorafgaande aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid moet de ingezetene een zeker bedrag aan inkomsten uit arbeid hebben gehad, doch van deze eis kan soms weer worden afgeweken bij koninklijke of ministeriële verordening, hetgeen met name is gebeurd voor personen die gehandicapt geboren zijn of zeer jong een gebrek hebben gekregen, waardoor zij nooit normaal een inkomen kunnen verdienen. De uitkering van de AAW is bedoeld ter vervanging van het

minimuminkomen en is dus naar hoogte gekoppeld aan het in Nederland geldende wettelijke minimumloon (art. 11). Aangezien degenen die behalve ingezetene ook werknemer is in de zin van de WAO, tegelijkertijd recht kan hebben op een uitkering krachtens beide wetten, bepaalt artikel 46a van de WAO dat de uitkering krachtens deze wet slechts wordt uitbetaald, indien en voorzover de WAO-uitkering het bedrag van de AAW-uitkering overtreft. Een soortgelijke bepaling is ook opgenomen in de Algemene Burgerlijke Pensioenwet (ABPW), die het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering voor ambtenaren regelt.

Momenteel wordt er in Nederland veel gesproken en geschreven over een herziening van het stelsel van sociale zekerheid. In een discussienota van de regering worden twee mogelijke stelsels tegenover elkaar afgezet. In het ene stelsel wordt uitgegaan van een wet, die een bodemvoorziening verschaft bij arbeidsongeschiktheid; op deze bodem zouden dan een of meer aanvullende inkomstendervingsverzekeringen kunnen worden geënt. In het andere stelsel wordt uitgegaan van loon- of inkomstendervingsverzekeringen op de eerste plaats, aangevuld met een vangnet, waarin iedere ingezetene terecht zal komen, die nog niet aan een minimum-inkomen toekomt. In de discussie met de volksvertegenwoordigers spraken laatstgenoemden zich in principe uit voor het tweede stelsel. Door de Sociaal Economische Raad, die op verzoek van de regering ook advies heeft uitgebracht over deze discussienota, is eveneens een voorkeur uitgesproken voor een loondervingssysteem met een vangnet. De vraag rijst of Nederland, wanneer deze voorkeur consequent wordt uitgewerkt, een stelsel zal krijgen dat vergelijkbaar wordt met het Belgische. Daar is het zo dat geen volksverzekering bestaat. De arbeidsongevallen- en beroepsziektewetgeving bestrijkt alleen werknemers. De niet-werknemers, degenen die als zelfstandige aan het bedrijfs- of beroepsleven deelnemen, kunnen eventueel verzekerd zijn bij private instellingen, doch zijn niet verplicht zich bij zo'n verzekering aan te sluiten. Wanneer zij onvoldoende of in het geheel geen uitkering ontvangen bij langdurige arbeidsongeschiktheid en ook geen andere eigen inkomsten hebben, worden zij opgevangen in het vangnet van het wettelijk gewaarborgd minimum-inkomen. De ziekte- en invaliditeitsverzekering is van toepassing op werknemers, en - zij het met een minder volledig vergoedingssysteem - ook op zelfstandigen, maar niet, zoals in Nederland, op alle ingezetenen. Voor ons is het een grote vraag of Nederland een zo grote breuk met de na-oorlogse traditie, begonnen met de invoering van de Algemene Ouderdomswet in 1956 en voorlopig voltooid met de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet in 1976, wel aandurft.

5.2.2. Hoofdtrekken van de afzonderlijke wetten

Om voor een uitkering, een prestatie in aanmerking te komen moet in het algemeen aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De belangrijkste voorwaarden, die hier kort zullen worden besproken, zijn:

- a. men moet een verzekerde zijn, of met andere woorden, men moet behoren tot de kring van personen voor wie de wettelijke regeling in het leven is geroepen;

- b. als regel moet men een bepaalde wachttijd of referteperiode hebben doorgemaakt;
 - c. de door de wet omschreven toestand van arbeidsongeschiktheid of werkloosheid moet zijn ingetreden;
- Vervolgens zal in het kort worden aangeduid:
- d. op welke verstrekkingen de verzekerde in beginsel aanspraak kan maken, de hoogte en de duur van de uitkeringen.

5.2.2.1. Wie zijn verzekerd?

Nederland

Voor de Nederlandse volksverzekeringen geldt dat iemand verzekerd is, wanneer hij ingezetene is, dat wil zeggen dat hij in Nederland woont ofwel in Nederland loonbelasting betaalt omdat hij in Nederland werkt. Voor de AAW en de AWBZ begint deze verzekering op de dag van de geboorte of op de dag van vestiging in Nederland. De verzekering eindigt bij vertrek uit Nederland of (voor de AAW) bij het bereiken van de leeftijd van 65 jaar. De verzekering krachtens de AWBZ blijft na genoemde leeftijd doorlopen.

De Nederlandse werknemersverzekeringen hebben alle als personenkring de werknemers. Dat zijn personen die in dienstbetrekking tegen loon werkzaam zijn en een aantal andere groepen van personen, die - hoewel niet in dienstbetrekking werkzaam - maatschappelijk/economisch door de wetgever geacht worden in een vergelijkbare situatie van afhankelijkheid te verkeren. Men moet daarbij denken aan aannemers van werk, die voor niet meer dan twee opdrachtgevers werken, aan handelsagenten, deelvisseren en dergelijke.

In de Ziekenfondswet is als aanvullende voorwaarde gesteld dat het loon per jaar niet hoger mag zijn dan een bepaald bedrag, hier geldt dus een loongrens die in de andere wetten niet voorkomt. Gevolg hiervan is dat de beter betaalde werknemers niet verplicht verzekerd zijn en zich niet kunnen aansluiten bij een ziekenfonds (zie hoofdstuk 4.2.1.1).

België

De Belgische situatie is op dit punt wat ingewikkelder dan de Nederlandse, omdat men geconfronteerd wordt met drie afzonderlijke en verschillende wetgevingen. Inderdaad, ook voor het bepalen van het toepassingsgebied wijken deze onderscheiden wetten nogal van elkaar af. Nochtans is het uitgangspunt gemeenschappelijk: de omschrijving van het toepassingsgebied van elk der drie wetten begint met een verwijzing naar de algemene financieringswet voor werknemers (W. 27 juli 1969) waaronder in principe iedereen ressorteert die is tewerkgesteld krachtens een arbeidsovereenkomst of zich in een sociaal-economische situatie bevindt die daarmee vergelijkbaar is. Er zijn op deze regel echter vele uitzonderingen waarop in dit bestek niet kan worden ingegaan. Daarvoor moet verwezen worden naar de bepalingen van de wet van

1969 en het uitvoeringsbesluit.

Er moet eveneens onderlijnd worden dat in de arbeidsongevallen- en beroepsziektewet de werkgever verzekerde is, terwijl in de ziekte- en invaliditeitswet dit de werknemer is. In het eerste geval sluit de werkgever aan bij het uitvoeringsorgaan. In het laatste is het de sociaal-verzekerde. Dit heeft mede voor gevolg dat de kring van de rechthebbenden verschillend zal zijn. De arbeidsongevallenwet dekt in principe alle werknemers, zelfs wanneer ze om één of andere reden niet onder de algemene regeling van de sociale zekerheid (namelijk de algemene financieringswet) vallen. Ook bijvoorbeeld werknemers tewerkgesteld met een juridisch nietige arbeidsovereenkomst zijn rechthebbend, verder de leerjongens en de dienstboden. Om technische redenen vallen ook reders die met hun eigen schip varen, en voor het overige als zelfstandigen worden beschouwd, toch onder de arbeidsongevallenwet.

Ook de beroepsziektewet is principieel bedoeld om werknemers te beschermen tegen bepaalde bedrijfsrisico's. Toch wijkt het toepassingsgebied op sommige punten af van dit van de arbeidsongevallenregeling. Dienstboden zijn hier bijvoorbeeld niet beschermd, maar anderzijds mag iedere niet-werknemer, en dus ook elke zelfstandige, zich vrijwillig aansluiten bij het Fonds voor de Beroepsziekten.

Het toepassingsgebied van de ziekte- en invaliditeitsregeling verwijst naar de financieringswetten: iedereen die de sociale zekerheidsbijdragen betaalt is rechthebbend. Elke werknemer zal deze betaling moeten bewijzen door voorlegging van de bijdragebon die hem door de werkgever werd overhandigd. Een zelfstandige betaalt zelf zijn bijdragen. Verder werden sommige categorieën, zoals bijvoorbeeld de werklozen, onder het toepassingsgebied gebracht.

5.2.2.2. Referteperiode of wachttijd

Nederland

Risicoverzekeringen als de Ziektewet (ZW), de wetten op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (AAW en WAO), de weduwen- en wezenverzekering (AWW), de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Werkloosheidswet (WW), zouden vanaf het eerste dag het risico van het intreden van de door de wet omschreven gebeurtenis moeten dragen. In feite gebeurt dit echter slechts bij enkele wetten, namelijk de ZW, de ZFW en de AWW. In de andere wetten zijn nadere eisen gesteld. De AAW en de WAO gaan pas over tot het doen van uitkeringen, nadat de verzekerde reeds één jaar arbeidsongeschikt is. Gedurende dat jaar kan de ingezetene, die tevens werknemer in de zin van de Ziektewet is, aanspraak maken op een uitkering krachtens die wet. De overige ingezetenen zullen dat risico zelf moeten opvangen. Bij de Werkloosheidswet moet de verzekerde kunnen aantonen, dat hij gedurende 130 dagen als werknemer heeft gewerkt, voordat hij onvrijwillig werkloos werd.

België

Voor de toepassing van de arbeidsongevallen- en beroepsziektewet bestaan er geen wachttijden. De werknemer is beschermd tegen de professionele risico's zodra hij arbeid verricht in het kader van zijn arbeidsovereenkomst.

Anders is het voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Daar moet men in principe eerst een wachttijd doorlopen vooraleer men uitkeringsgerechtigd wordt. Deze wachttijd duurt zes maanden waarin minstens 120 dagen arbeid moeten gepresteerd worden (uitzonderingen voor deeltijdse arbeid!) en waarbij minstens een minimumbijdrage moet betaald worden (voor zelfstandigen volstaat de minimumbijdrage over zes maanden). Men is vrijgesteld van de wachttijd wanneer men vroeger persoon ten laste van een verzekerde is geweest, van een andere mutualiteit komt of uit een ander sociaal zekerheidsstelsel (bijvoorbeeld mijnwerkers, zeelieden, leger, ander EG-systeem, en dergelijke meer). Tengevolge van de vele vrijstellingen is het aantal personen dat in feite een wachttijd moet doorlopen eerder beperkt.

Ook in de werkloosheidsverzekering bestaat een dergelijke wachttijd, die in de praktijk echter niets van zijn betekenis heeft verloren. De reglementering vereist dat een werknemer een aantal dagen gewerkt moet hebben vooraleer hij gerechtigd is op werkloosheidsuitkeringen. Dit hangt af van de leeftijd van de betrokkene.

5.2.2.3. De door de wet omschreven toestand

Nederland

De Ziektewet stelt in artikel 19 dat de werknemer die door ziekte ongeschikt is tot het verrichten van zijn arbeid recht heeft op ziekengeld. Met ziekte gelijk gesteld worden gebreken, zwangerschap en bevalling (bij het beschrijven van de hoogte en duur van de uitkering zal blijken dat slechts een bepaald deel van de periode van zwangerschap en na de bevalling als periode van ziekte wordt aangemerkt). De aandacht wordt gevestigd op het feit, dat de verzekerde ongeschikt moet zijn voor zijn arbeid. Als hij wel voor ander werk geschikt is of als hij wel gedeeltelijk zijn eigen werk zou kunnen doen, is hij niettemin ongeschikt in de zin van de ZW.

De lange definitie van wat arbeidsongeschiktheid is in de artikelen 5 lid 1 en 18 lid 1 van de AAW en de WAO, komt kort samengevat hierop neer dat een verzekerde door ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk ongeschikt moet zijn voor het verrichten van passende arbeid. Voor de WAO is de minimum-drempel 15%, voor de AAW 25% arbeidsongeschiktheid. Bij het vaststellen van de ongeschiktheid moet ziekte of een gebrek als oorzaak aanwezig zijn, bij het vaststellen van de mate van ongeschiktheid gaat het om de verminderde capaciteit om een loon of inkomen te verdienen. Het is toegestaan om bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening te houden met de verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid en met verkregen nieuwe bekwaamheden. Zonder op verdere details in te gaan wordt hier

benadrukt dat het arbeidsongeschiktheidsbegrip een economisch begrip is: wat kan betrokkene op de arbeidsmarkt nog verdienen?

Tenslotte de Werkloosheidswet. Deze geeft in artikel 21 aan, dat een verzekerde recht heeft op uitkering op een dag waarop hij geheel of gedeeltelijk onvrijwillig werkloos is, voor zover op zijn werkgever niet de verplichting rust om het loon door te betalen. Ten aanzien van het begrip werkloosheid heeft de hoogste rechter, de Centrale Raad van Beroep in Utrecht, aangegeven dat in het algemeen als werkloosheid moet worden beschouwd de situatie waarin een werknemer verkeert, die in betekende mate niet in voor hem normaal te achten omvang, werk heeft (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 24 februari 1977, AB 1977, 413).

Als gevolg van de huidige maatregelen, die beogen om werkloze mensen toch werk te laten verrichten, werk dat best gedaan kan worden maar waarvoor een opdrachtgever geen loon kan betalen, is dit werkloosheidsbegrip momenteel in beweging of staat het in elk geval onder druk. De wetgever en de uitvoeringsorganen pogen zo goed mogelijk af te bakenen in welke gevallen iemand met behoud van uitkering werk mag verrichten. Of deze ontwikkeling er toe zal moeten leiden dat het huidige begrip werkloosheid definitief moet worden aangevuld met een clause dat met 'werk' alleen betaald werk bedoeld is, zal moeten worden afgewacht.

Verder dient er op gewezen, dat er gesproken wordt van onvrijwillige werkloosheid. Dit wil, heel kort samengevat, zeggen dat aan de werknemer geen verwijt kan worden gemaakt ten aanzien van het ontstaan van de werkloosheid. Hierover bestaat veel rechtspraak.

België

Aangezien het arbeidsongeschiktheidsfenomeen in de Belgische wetgeving over verschillende wetten verspreid ligt, moet telkens begonnen worden met een causaliteitsonderzoek: ligt de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid bij een arbeidsongeval, een beroepsziekte of bij een 'gewone' ziekte of 'gewoon' ongeval (of nog elders zodat naar andere vergoedingen moet worden uitgekeken)? Een duidelijke wettelijke definitie van 'arbeidsongeval', 'beroepsziekte' en 'functionele letsels en stoornissen' is dus belangrijk, maar niet altijd aanwezig.

Men moet twee soorten arbeidsongevallen onderscheiden: enerzijds de ongevallen die op het werk gebeuren en anderzijds de ongevallen die gebeuren op de weg naar en van het werk. Als arbeidsongeval wordt aangezien elk ongeval dat een werknemer tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst overkomt en dat een letsel veroorzaakt. Over het begrip ongeval en de relatie ervan met het werk bestaat een enorme rechtspraak, waarin niet altijd een vaste lijn te trekken is. Als ongeval naar en van het werk wordt beschouwd elk ongeval dat de werknemer overkomt op het normaal traject van zijn verblijfplaats naar de plaats van het werk en omgekeerd. Vooral over de notie 'normaal traject' is er een overvloedige en dikwijls zeer casuïstische rechtspraak.

Er bestaat geen wettelijke definitie van de beroepsziekte, maar

wel een lijst van erkende beroepsziekten. Ieder rechthebbende die lijdt aan één van deze ziekten en kan bewijzen dat hij blootgesteld is geweest aan het risico dat normalerwijze tot deze ziekte aanleiding geeft, zal aanspraak kunnen maken op de vergoedingen.

Met andere woorden kwetsuren of ziekten moeten aan de basis liggen van de arbeidsongeschiktheid om in aanmerking te komen voor de vergoedingen in het kader van de ziekte- en invaliditeitswet. Hierover bestaan zeer weinig betwistingen, zodat men kan stellen dat deze wet een soort 'residuaire arbeidsongeschiktheidsstelsel' is, naast de sectoren van het professioneel risico.

Het begrip arbeidsongeschiktheid wordt anders gedefinieerd in de arbeidsongevallen- en beroepsziektewet dan in de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In de arbeidsongevallen- en beroepsziektenwet werd geen definitie van de arbeidsongeschiktheid ingeschreven; wel wordt een onderscheid gemaakt tussen tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid, die telkens gedeeltelijk of volledig kan zijn. Iemand wordt als tijdelijk arbeidsongeschikt aangezien wanneer hij zijn eigen werk (of een aangepast beroep) niet meer kan uitoefenen voor een bepaalde periode. Deze tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt uitgedrukt in een percentage. Na de zogenaamde consolidatie volgt ofwel de genezing ofwel een toestand van blijvende arbeidsongeschiktheid die eveneens wordt uitgedrukt in een percentage gaande van 1 tot 100% (indien men hulp van derden nodig heeft kan dit tot 150% oplopen). De graad van blijvende arbeidsongeschiktheid kan onder bepaalde voorwaarden nog gewijzigd worden gedurende een periode van drie jaren te rekenen vanaf de datum van consolidatie. Daarna kan het toegekende percentage onder geen enkel beding nog veranderd worden. In theorie wordt de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid vastgesteld in onderling accord tussen het slachtoffer en de private verzekeringsmaatschappij (voor de beroepsziekten door het Fonds voor de Beroepsziekten), maar in de praktijk gebeurt dit meestal uitsluitend door de geneesheer die veelal terugvalt op 'invaliditeitsschalen' of 'barema's' voor de vaststelling van de aantasting van de fysieke integriteit. Op grond van een vaste rechtspraak vergoeden de arbeidsongevallen- en beroepsziektewet echter een economische arbeidsongeschiktheid die moet beoordeeld worden op grond van de aantasting van het verdienvermogen en de concurrentiepositie van het slachtoffer op de algemene arbeidsmarkt.

In tegenstelling met vorige wetgevingen bestaat in de ziekte- en invaliditeitsverzekering wel een uitvoerige definitie van arbeidsongeschiktheid. Artikel 56 van de ZIV-wet komt hierop neer dat de verzekerde als arbeidsongeschikt wordt erkend indien hij niet meer één derde kan verdienen van het loon van een gelijkwaardige werknemer. Daarbij moet gedurende de eerste zes maanden rekening worden gehouden met het eigen beroep, en nadien met elk ander passend beroep.

In tegenstelling met de Nederlandse WAO kent men in de Belgische wet geen klassen; men is arbeidsongeschikt of men is arbeidsgeschikt. Indien men bijvoorbeeld door de geneesheer van de mutualiteit als arbeidsgeschikt wordt beoordeeld, zonder aan het werk te gaan, is de verzekerde verplicht zich tot de werkloosheidsverzekering te wenden.

Voor de zelfstandigen werd een meer verstandige definitie inge-

voerd. Een zelfstandige wordt als arbeidsongeschikt erkend wanneer hij niet meer in staat is zijn of een ander passend beroep uit te oefenen. Volledigheidshalve moet ook melding gemaakt worden van een reeks wettelijke gelijkstellingen met arbeidsongeschiktheid, zoals zwangerschapsperiodes, ziekenhuisverblijven, 'quarantaine'-periodes enzovoorts.

Het lag in de bedoeling van de wetgever de gezondheidsrisico's en het economisch risico duidelijk van elkaar te scheiden. Hoger werd reeds gesteld dat dit in de praktijk zeer moeilijk te verwezenlijken valt. De reglementering gaat er echter vanuit dat de verzekerde, om recht te hebben op werkloosheidsuitkeringen, ondermeer onvrijwillig werkloos moet zijn, zonder loon, arbeidsgeschikt en beschikbaar voor de arbeidsmarkt. Het begrip 'arbeidsgeschiktheid' verwijst uitdrukkelijk naar de definitie uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Over de betekenis van het onvrijwillig karakter van de werkloosheid, met name over de positie van iemand die door eigen toedoen werkloos wordt en/of werkloos blijft, is in de rechtspraak en rechtsleer een hevige controverse aan de gang.

5.2.2.4. Hoogte en duur van de verstrekkingen waarop met recht heeft

Nederland

De AAW-uitkering ter vervanging van gederfd inkomen is in beginsel verschuldigd zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt tot de leeftijd van 65 jaar wordt bereikt. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid en van de voor betrokkene geldende grondslag. De mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt het percentage van het grondslagbedrag dat wordt uigekeerd, zoals weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 5.1.: MATE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN PERCENTAGE VAN HET GRONDSLAGBEDRAG.

percentage arbeidsongeschiktheid	percentage van het grondslagbedrag
25 - 35	20
35 - 45	30
45 - 55	40
55 - 65	50
65 - 80	65
80 en meer	80

De artikelen 10, 10a, 11 en 11a geven nader aan wanneer welke grondslag geldt. De normale, de basisgrondslag van artikel 10 lid 1, wordt in lid 2 gevolgd door lagere grondslagen voor achttien-, negentien- en

twintigjaren, in lid 3 door een hogere grondslag voor een gehuwde uitkeringsgerechtigde, in wiens gezin (hij en zijn echtgenote) op de eerste uitkeringsdag nog een arbeidsinkomen binnenkomt, dat hoger is dan 15% doch niet meer dan 30% van de in lid 4 genoemde (weer hogere) grondslag. Deze laatste grondslag geldt voor gehuwde uitkeringsgerechtigden, die op de toekenningsdag niet meer dan 15% van deze grondslag als inkomsten uit arbeid van man en vrouw hebben. Zij geldt echter ook voor ongehuwde uitkeringsgerechtigden die kinderen ten laste hebben en wiens inkomen lager is dan 15% van deze grondslag. De grondslagen worden volgens artikel 10a op aanvraag of ambthalfte verhoogd of verlaagd wanneer er een verandering in de status van de betrokkene komt. In de artikelen 11 en 11a wordt een koppeling gelegd met het netto-minimumloon als bedoeld in de voor het arbeidsrecht geldende Wet minimumloon en minimum vakantiebijslag. Door deze koppeling werden de AAW-uitkeringen mee getroffen, toen de wetgever in de laatste jaren besloot de minimum-lonen niet te verhogen of soms zelfs te verlagen.

Ook in de WAO is de uitkeringsduur in principe tot aan de leeftijd van 65 jaar. De hoogte is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid en van het voor betrokkene vastgestelde dagloon. De eerder gegeven tabel geldt ook voor de WAO, doch er is nog een klasse 15-25% die recht geeft op een uitkering gelijk aan 10% van het dagloon. Dit begrip dagloon wordt ook in de Ziektewet en Werkloosheidswet gebruikt en op dezelfde wijze omschreven. Het is echter voor elke wet afzonderlijk uitgewerkt in een dagloonbesluit.

In de Ziektewet is de maximale duur van de uitkering gesteld op één jaar, in de Werkloosheidswet op 6 maanden, de hoogte van de uitkering is 80% van het dagloon. In de Ziektewet is de mogelijkheid open gelaten om de hoogte en de duur van de uitkering in gunstige zin te wijzigen.

België

De vergoedingen voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een arbeidsongeval of een beroepsziekte dekken (bijna) volledig het effectieve loonverlies. In geval van blijvende arbeidsongeschiktheid wordt een vergoeding toegekend gelijk aan het percentage van de graad van arbeidsongeschiktheid, vermenigvuldigd met het basisloon (dit is het loon gedurende het jaar vóór het ongeval). Een slachtoffer met een blijvende arbeidsongeschiktheid van bijvoorbeeld 20% heeft met andere woorden recht op een jaarlijkse vergoeding van 20% van het basisloon. Wanneer het slachtoffer overleden is, ontvangen de echtgenoot of echtgenote en/of andere nabestaanden eveneens een rente. De vergoedingen voor blijvende arbeidsongeschiktheid worden levenslang toegekend en kunnen gecumuleerd worden met een arbeidsinkomen.

In de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een onderscheid gemaakt tussen de primaire arbeidsongeschiktheid (gedurende het eerste jaar) en de invaliditeit (vanaf het tweede jaar). In het eerste geval ontvangt de sociaal verzekerde werknemer 60% van zijn referteloon; in het tweede geval 65 of 43,5% naar gelang hij wel of geen personen ten laste heeft. Een zelfstandige ontvangt een forfaitair bedrag per dag

arbeidsongeschiktheid vanaf de vierde maand. Hij heeft wel de mogelijkheid zich vrijwillig te verzekeren bij de mutualiteit voor de eerste drie maanden arbeidsongeschiktheid.

Bij het voorgaande moet men ook rekening houden met het bestaan van het zogenaamde gewaarborgd loon in het kader van de wetgeving op de arbeidsovereenkomst. Daarin worden aan de arbeiders een volledig weekloon, en aan de bedienden een volledig maandloon, gewaarborgd in geval van arbeidsongeschiktheid, en dit ten laste van de werkgever. Deze vergoedingen gaan voor op deze van de sociale zekerheid zodat voor korte arbeidsongeschiktheidsperiodes de meeste werknemers door de onderneming volledig worden doorbetaald. Deze arbeidsrechtelijke regeling geldt uiteraard niet voor de zelfstandigen.

NOTEN

1. Zie Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1977, p. 237.
2. Zie Medisch Contact 1972, 1165.
3. Dezelfde wet omvat immers ook een verzekering tegen de geldelijke gevolgen van ziekte en ongeval. Het betreft hier de zogenaamde tak gezondheidszorg.

AUTEURS

MARLEEN FOETS (1951), studeerde sociologie aan de Katholieke Universiteit te Leuven. Participeerde onder leiding van Prof.Dr. Y. Nuyens aan het project Eerstelijnsgezondheidszorg binnen het Nationaal Programma in de Sociale Wetenschappen. Is sinds 1983 werkzaam als wetenschappelijk medewerker aan de faculteit Geneeskunde, studierichting Algemene Gezondheidszorg, van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Bereidt een proefschrift voor over ziekte- en gezondheidsgedrag.

P.P. GROENEWEGEN (1952), studeerde sociologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Is sinds 1976 werkzaam als sociaal-wetenschappelijk onderzoeker op het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht, dat per 1 januari 1985 Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg heet. Bereidt een proefschrift voor over regionale verschillen in huisartsendichtheid.

J.P. HEESTERS (1947), studeerde economie (specialisatie bedrijfseconomie) aan de Katholieke Hogeschool Tilburg. Promoveerde op een proefschrift over de honorering van de huisarts en de goodwill-problematiek. Werkt sinds 1983 als econoom bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

J. KESENNE (1949), studeerde econometrie aan de Katholieke Universiteit te Leuven. Is sinds 1979 verbonden aan de studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

L.J.M. DE LEEDE (1929), studeerde rechten aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Promoveerde op een proefschrift over de werkloosheidsverzekering. Is sinds 1972 hoogleraar sociaal recht aan de juridische faculteit van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Is voorzitter van het Nederlands Genootschap voor Sociale Zekerheid.

X. LEROY (1935), studeerde sociologie aan de Université Catholique de Louvain. Is sinds 1973 verbonden aan de Service d'études socio-économiques de la santé (Ecole de santé publique, faculté de médecine) van de Université Catholique de Louvain. Hij werkte mee aan het Nationaal Programma in de Sociale Wetenschappen en promoveerde op een proefschrift over de toegang tot de geneeskundige verzorging.

H. NYS (1951), studeerde rechten aan de Katholieke Universiteit te Leuven en de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Promoveerde op proefschrift getiteld 'de planmatige gezondheidszorg'. Is sinds 1982 lector aan de rechtenfaculteit van de Katholieke Universiteit te Leuven.

R.F. PEETERS (1951), studeerde sociologie aan de Katholieke Universiteit te Leuven. Promoveerde op een proefschrift over gezondheid en ziekte bij Marokkaanse immigranten. Is sinds 1977 werkzaam bij de medische faculteit, afdeling sociale geneeskunde, van de Universitaire

Instelling Antwerpen.

F.C.J. STEVENS (1951), studeerde sociologie aan de Katholieke Hogeschool te Tilburg. Is sinds 1977 verbonden als wetenschappelijk medewerker aan de Capaciteitsgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht. Werkt aan een proefschrift over werkwijze en praktijkorganisatie van medisch specialisten in ziekenhuizen. Is redactiesecretaris van het tijdschrift Gezondheid en Samenleving.

J. VAN DER ZEE (1947), studeerde sociologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Is sinds 1972 werkzaam op het Nederlands Huisartsen Instituut, dat per 1 januari 1985 Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg heet. Vervult daar de functie van hoofd inhoudelijke zaken. Schreef een proefschrift over 'de vraag naar diensten van de huisarts'.

