

**22  
1982**

# **Herwaardering van welzijnsbeleid**

Rapporten  
aan de Regering

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1982

**HARMONISATIERAAD WELZIJSBELEID  
CASUARIESTRAAT 32 's-GRAVENHAGE.**

*(gilt)*

**21 JULI 1982**



# Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Postbus 20004  
2500 EA 's-Gravenhage  
Telefoon (070) 614031  
Kantooradres: Plein 1813, nr. 2  
2514 JN 's-Gravenhage

Aan de Minister-President  
Minister van Algemene Zaken  
Postbus 20001  
2500 EA 's-Gravenhage

Uw brief van Datum 28 mei 1982  
Ons kenmerk 820234/PRB/mn Onderwerp rapport "Herwaardering van  
welzijnsbeleid"

Hierbij doen wij u het rapport "Herwaardering van welzijnsbeleid" toekomen. Het analytische deel van het rapport is gericht op de vraag wat met het welzijnsbeleid wordt beoogd en hoe hieraan vorm wordt gegeven om de gewenste effecten te bereiken. De aanbevelingen spitsen zich toe op herformulering van doelstellingen en herwaardering van beleidsinstrumenten. Bij de doelstellingen wordt het accent gelegd op de maatschappelijke doelstellingen, met name sociale integratie, waarbinnen de doelstelling van het individuele welzijn moet worden gehonoreerd. Bij de beleidsinstrumenten wordt ingegaan op de afweging van markt en regel, overheid en particulier initiatief, centralisatie en decentralisatie, professionalisering en vrijwilligerswerk. Voorts krijgt de na te streven mate van samenhang tussen de voorzieningen aandacht.

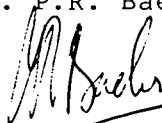
Het onderzoek is in het bijzonder gericht op vier deelgebieden van het specifieke welzijnsbeleid, te weten de somatische gezondheidszorg, de extramurale geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor ouderen en de educatie van volwassenen.

Ingevolge de in de Instellingswet WRR vastgelegde procedure ziet de Raad gaarne achtereenvolgens het bericht van kennisgeving door en de bevindingen van de Raad van Ministers tegemoet.

De Voorzitter,  
Ir. Th. Quené



De Secretaris,  
Dr. P.R. Baehr



# INHOUDSOPGAVE

1	<b>INLEIDING</b>	7	4.2.1	Inleiding	99
1.1	De achtergrond van dit rapport	7	4.2.2	Verschuivingen in de vraag naar zorg	100
1.2	Het welzijnsbegrip, een terugblik	9	4.2.3	Veranderingen in de privésfeer en de arbeidssfeer met betrekking tot geestelijke gezondheid	103
1.3	De probleemstelling en opbouw van het rapport	13			
1.4	De meting van vraag, aanbod en effecten	17	4.3	<b>Ontwikkelingen in het aanbod</b>	110
			4.3.1	Inleiding	110
			4.3.2	De voorzieningen	110
2	<b>DOELSTELLINGEN EN MIDDELEN VAN HET WELZIJSNBELEID</b>	20	4.3.3	Samenwerking tussen de voorzieningen en de vorming van regionale instituten	114
2.1	Doelstellingen van het welzijnsbeleid	20	4.3.4	De financiering van de voorzieningen	116
2.1.1	Individueel welzijn	20	4.3.5	Regionalisatie en decentralisatie	118
2.1.2	Sociale gelijkheid	24	4.4	<b>Evaluatie</b>	120
2.1.3	Sociale integratie	26	4.4.1	Ontwikkelingen in de effecten	120
2.1.4	Sociale stabiliteit	28	4.4.2	Globale evaluatie van doelstellingen en middelen	124
2.2	Middelen van het welzijnsbeleid	30	4.5.	<b>Nadere uitwerking</b>	129
2.2.1	Markt of regel	30	4.5.1	Selectie binnen de beroepsmatige en niet-beroepsmatige hulpverlening	129
2.2.2	Overheid of particulier initiatief	31	4.5.2	Preventie als de-escalatie; speerpunten in de samenwerking	133
2.2.3	Samenhang	32	4.5.3	RIAGG en preventie	134
2.2.4	Centraal of decentraal	33	4.5.4	Decentralisatie van de Extramurale Geestelijke Gezondheidszorg	137
2.2.5	Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg	33	4.5.5	Financiering	138
			4.5.6	Toetsingsinstrumenten	140
			4.6	<b>Samenvatting en conclusies</b>	141
3	<b>SOMATISCHE GEZONDHEIDSZORG</b>	36	5	<b>ZORG VOOR OUDEREN</b>	144
3.1	Inleiding	36	5.1	<b>Inleiding</b>	144
3.2	Ontwikkelingen in de vraag	38	5.2	<b>Ontwikkelingen in de vraag</b>	147
3.2.1	Inleiding	38	5.2.1	Validiteit en de vraag naar georganiseerde dienstverlening	147
3.2.2	Mortaliteit en morbiditeit	40	5.2.2	Hulpverlening in de privésfeer en de vraag naar georganiseerde dienstverlening	150
3.2.3	Gezondheidsperspectief	42	5.2.3	Samenvatting van de ontwikkelingen in de vraag	155
3.2.4	Gezondheidsgedrag	43	5.3	<b>Ontwikkelingen in het aanbod</b>	156
3.2.5	Ontwikkelingen in de vraag naar ziektekostenverzekeringen	44	5.3.1	Inleiding	156
			5.3.2	Beroepskrachten	157
3.3	Ontwikkelingen in het aanbod	47	5.3.3	Vrijwilligerswerk	158
3.3.1	Inleiding	47	5.3.4	Kosten en financiering	161
3.3.2	Capaciteit	47	5.3.5	Doelstellingen van het ouderenbeleid	164
3.3.3	Financiering	50	5.4	<b>Evaluatie</b>	167
3.3.4	Intensivering van de geneeskundige zorg	51	5.4.1	Ontwikkelingen in de effecten	167
3.3.5	Kwaliteitsbewaking	52	5.4.2	Globale evaluatie van doelstellingen en middelen	169
3.3.6	Beleid van de overheid	54	5.5	<b>Nadere uitwerking</b>	180
3.3.7	Ontwikkelingen in het aanbod van ziektekostenverzekeringen	55	5.5.1	Vrijwilligersbeleid ten behoeve van de zorg voor ouderen	180
3.4	<b>Evaluatie</b>	58	5.5.2	Collectieve financiering en kostenbeheersing	184
3.4.1	Ontwikkelingen in de effecten	58	5.5.3	Een open perspectief door flexibele pensionering	189
3.4.1.1	Inleiding	58	5.6	<b>Samenvatting en conclusies</b>	197
3.4.1.2	Gezondheidswinst	58			
3.4.1.3	Effecten van de ziektekostenverzekeringen	62	6	<b>EDUCATIE VOOR VOLWASSENEN</b>	199
3.4.1.4	Kosten en premiedruk	64	6.1	Inleiding	199
3.4.1.5	Effecten voor de samenleving	65	6.2	Ontwikkelingen in de vraag	200
3.4.1.6	Gezondheidsverlies	66	6.3	Ontwikkelingen in het aanbod	206
3.4.2	Globale evaluatie van doelstellingen en middelen	67	6.4	<b>Evaluatie</b>	212
3.5	<b>Nadere uitwerking</b>	71	6.4.1	Ontwikkelingen in de effecten	212
3.5.1	Markt	71			
3.5.2	Professionele ethiek	80			
3.5.3	Overheidsregulering	88			
3.6	<b>Samenvatting en conclusies</b>	92			
4	<b>EXTRAMURALE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG</b>	95			
4.1	Inleiding	95			
4.2	Ontwikkelingen in de vraag	99			

6.4.2	Globale evaluatie van doelstellingen en middelen	215
6.5	<b>Nadere uitwerking</b>	216
6.5.1	<b>Begrenzing, differentiatie en samenhang</b>	216
6.5.2	Functies van de volwasseneneducatie voor het compenseren van achterstanden	217
6.5.3	Functies van de volwasseneneducatie in de sfeer van de arbeid	220
6.5.4	Functies van de volwasseneneducatie in de privésfeer en de publieke sfeer	227
6.5.5	Jeugdonderwijs en volwasseneneducatie	230
6.6	<b>Samenvatting en conclusies</b>	234
6.6.1	Functies van de volwasseneneducatie	234
6.6.2	Institutionele vormgeving	237
7	<b>CONCLUSIES OVER DOELSTELLINGEN EN MIDDELEN</b>	
	<b>VAN HET WELZIJNSBELEID</b>	241
7.1	Inleiding	241
7.2	<b>Doelstellingen van het welzijnsbeleid</b>	241
7.2.1	Individueel welzijn	241
7.2.2	Sociale gelijkheid	245
7.2.3	Sociale integratie	248
7.2.4	Sociale stabiliteit	252
7.3	<b>Middelen van het welzijnsbeleid</b>	257
7.3.1	Markt en regel	257
7.3.2	Overheid en particulier initiatief	261
7.3.3	Samenhang	263
7.3.4	Centraal en decentraal	266
7.3.5	Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg	271
7.4	<b>Nawoord</b>	276
8	<b>SAMENVATTING</b>	281
8.1	<b>Achtergrond van het rapport</b>	281
8.2	<b>Probleemstelling van het rapport</b>	281
8.3	<b>Somatische gezondheidszorg</b>	282
8.4	<b>Extramurale geestelijke gezondheidszorg</b>	284
8.5	<b>Zorg voor ouderen</b>	286
8.6	<b>Volwasseneneducatie</b>	287
8.7	<b>Conclusies over doelstellingen van het welzijnsbeleid</b>	289
8.8	<b>Conclusies over middelen van het welzijnsbeleid</b>	293
8.9	<b>Nawoord</b>	297
	BIJLAGE 1 Samenstelling projectgroep	298
	BIJLAGE 2 Voorstudies	298

## 1. INLEIDING

### 1.1 De achtergrond van dit rapport

Onderwijs, gezondheidszorg en andere vormen van dienstverlening hebben in Nederland een hoog peil bereikt. Dit blijkt onder andere uit vergelijking van Nederlandse met buitenlandse welzijnsvoorzieningen. In veel behoeften kan worden voorzien, waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende wensen van individuen en bevolkingscategorieën.

De welzijnssector is desondanks in toenemende mate voorwerp van tegenstrijdige wensen en kritiek. Enerzijds signaleert men een overdaad aan voorzieningen of het bestaan van voorzieningen met een twijfelachtig nut. Voorts wordt gewezen op het feit dat door de dienstverlening de zelfstandigheid en de keuzevrijheid van de hulpbehoevende burgers meer wordt beperkt dan wenselijk geacht wordt en soms ook meer dan vanuit het oogpunt van een doeltreffende hulpverlening nodig is. De eigen verantwoordelijkheid van het individu komt steeds meer na de verantwoordelijkheid van de anderen, in het bijzonder de overheid. De hedendaagse mentaliteit wordt in belangrijke mate gekenmerkt door een houding van 'daar moeten ze maar voor zorgen'. De individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen lijkt steeds meer op de achtergrond te komen. Anderzijds wordt regelmatig gewezen op een tekort aan elementaire voorzieningen. Sommige groepen dreigen stelselmatig uit de boot te vallen en onder het bestaansminimum terecht te komen. Aanvullende voorzieningen worden noodzakelijk geacht. Voorts wordt gewezen op de groeiende vraag als gevolg van de verslechterde sociaal-economische toestand waarin ons land is komen te verkeren. De demografische ontwikkeling is voorts van dien aard dat een groter beroep op de welzijnssector onvermijdelijk wordt geacht.

De discussie wordt verscherpt door de roep om bezuinigingen. Sommigen spreken in dit verband over de 'crisis van de verzorgingsstaat'. Deze discussie vormt een belangrijke achtergrond van dit rapport. Daarbij mag echter niet over het hoofd worden gezien, dat het overgrote deel van het huidige welzijnswerk niet of nauwelijks uit onze samenleving weg te denken is, omdat het elementaire en voor zichzelf sprekende educatieve, verzorgende en huishoudelijke taken betreft<sup>1</sup>. Dat neemt overigens niet weg, dat de voorzieningenstructuur aan een evaluatie toe is. Wellicht bestaan er voor de hedendaagse welzijnsvraagstukken ten dele doeltreffender en doelmatiger alternatieven dan de bestaande verzorgingsarrangementen. In dit verband kan bijvoorbeeld worden gewezen op de recentelijk steeds vaker geuite gedachte dat de menselijke noden niet moeten worden beantwoord met nog meer overheidsvoorzieningen, maar eerder met het scheppen van mogelijkheden voor nieuwe vormen van particulier initiatief.

Niet alleen het nut van de voorzieningen voor het individu maar ook dat voor de samenleving wordt wel in twijfel getrokken. Naast het individueel welzijn hebben immers ook steeds maatschappelijke doelstellingen ten grondslag gelegen aan het ontstaan van de dienstverlening. De verwachtingen ten aanzien van de functie die het welzijnsbeleid kan vervullen bij het tot stand brengen van sociale gelijkheid en sociale verandering, zijn in de na-oorlogse periode hoog gespannen geweest. Voorts is de welzijnssector een stabiliserende functie voor de samenleving toegedacht; veel externe effecten van de marktsector worden in de welzijnssector opgevangen.

<sup>1</sup> Zie in dit verband: A.C.M. de Kok, 'Welzijn uit balans'; *Economisch Statistische Berichten*, 30 januari 1980, 65e jaargang nr. 3240, blz. 112 t/m 118.

De herverdelende effecten van het welzijnsbeleid zijn onderhevig aan kritiek. In sommige gevallen komen de voorzieningen weliswaar vooral ten goede aan de zwaksten in de samenleving, in andere gevallen is van zo'n nivellerende werking nauwelijks of geen sprake. Het streven naar sociale gelijkheid heeft voorts vorm gekregen in het bevorderen van de gelijke toegankelijkheid van de voorzieningen. Hoewel op dit punt ten aanzien van de verschillende inkomensgroepen belangrijke successen zijn geboekt, blijken er grote verschillen te ontstaan tussen gebruikers-groeperingen. Pressiegroepen van gebruikers en van dienstverleners spelen in dit verband een belangrijke rol. Het stellen van prioriteiten wordt steeds meer als noodzakelijk ervaren. De bijdragen van het beleid aan gewenste sociale veranderingen zijn in de ogen van velen beneden de verwachtingen gebleven. De noodzakelijke maatregelen op andere beleidsterreinen blijken vaak moeilijk tot stand te komen. De stabiliserende functie van het welzijnswerk blijkt eveneens aan duidelijke beperkingen onderhevig te zijn. Bijvoorbeeld op vele gevolgen van de werkloosheid voor individuen en primaire leefverbanden kan het welzijnswerk nauwelijks een antwoord hebben.

In de discussie over de 'crisis van de verzorgingsstaat' spelen sociaal-economische argumenten een belangrijke rol. De uitbreiding van de collectief gefinancierde voorzieningen is gedurende de laatste decennia bijzonder groot geweest. Tegen de achtergrond van het vrij algemeen aanvaarde uitgangspunt dat in de huidige economische situatie een zekere verlichting van de collectieve lastendruk noodzakelijk is, is de laatste tijd een discussie op gang gekomen over de noodzaak om duidelijker dan voorheen keuzen te doen in het beleid. Een politieke afweging van het individueel en maatschappelijk nut van de collectief gefinancierde welzijnsvoorzieningen is voor de toekomst dringend gewenst.

Niet alleen de betaalbaarheid is een punt van groeiende bezorgdheid, ook de wijze waarop de welzijnsvoorzieningen worden gefinancierd geeft aanleiding tot herbezinning. De solidariteitsgedachte lijkt door de mensen steeds minder te worden beleefd. De burgers zouden vervreemd zijn van de bestaande instituties die de onderlinge solidariteit belichamen en trachten veilig te stellen.

Tegen de achtergrond van bovenstaande vraagstukken bestaat in toenemende mate de behoefte aan een beleidsconceptie waarmee doelgerichte besturing van de welzijnssector kan worden gerealiseerd. Tot op heden zijn reeds verschillende belangrijke bouwstenen voor zo'n conceptie aangedragen. Door onder meer het Sociaal en Cultureel Planbureau, het Centraal Planbureau en de diverse departementen zijn de laatste jaren gedifferentieerde inzichten omtrent de verschillende aspecten van de welzijnssector ontwikkeld. Over de financiering, de personeelsvoorziening, de organisatiestructuur en het bereik van de voorzieningen is inmiddels het nodige bekend<sup>2</sup>. Op basis van deze inzichten worden belangwekkende pogingen ondernomen om beleidsinstrumenten te ontwikkelen waarmee een doelgerichte sturing van de welzijnssector mogelijk wordt<sup>3</sup>. Het kernprobleem hierbij wordt gevormd door het kiezen van uitgangspunten ten aanzien van de doelstellingen en instrumenten voor de vormgeving van de dienstverlening. De WRR wil in dit rapport een bijdrage leveren aan het formuleren van die uitgangspunten.

---

<sup>2</sup> Zie onder andere: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, *De quartaire sector in de jaren tachtig*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

<sup>3</sup> Een project dat hieraan een belangrijke bijdrage kan leveren, is het zogenaamde samenhangen-onderzoek dat nu gaande is. Zie: Harmonisatieraad Welzijnsbeleid/Sociaal en Cultureel Planbureau, *Inhoudelijke samenhangen in het welzijnsbeleid; Een onderzoeksvorstel*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

## 1.2 Het welzijnsbegrip, een terugblik<sup>4</sup>

Los van enigerlei context opgevat, laat het begrip 'welzijn' zich niet of nauwelijks definiëren. Het behoort tot de begrippen die zich bij gebrek aan inhoud voor ieder doel kunnen laten gebruiken. Men acht 'welzijn' als begrip verwisselbaar met 'geluk'<sup>5</sup> of men omschrijft het als 'de instemming met het eigen bestaan'<sup>6</sup>; elders is welzijn 'simpelweg al datgene dat een harmonische ontplooiing van de mens bevordert'<sup>7</sup>. Ingevoeliger maar nauwelijks informatiever is de veel geciteerde en als gezaghebbend beschouwde definitie van collectief welzijn van de hand van Van Tienen: 'een zeer gecompliceerd, gedifferentieerd en interdependent geheel, dat als totaliteit als het ware dient te worden benaderd vanuit één regie, teneinde een toestand van optimale voldoening te bereiken'<sup>8</sup>. Op deze wijze gedefinieerd kan alle beleid gezien worden als bij te dragen 'tot de verhoging van het menselijk welzijn'<sup>9</sup>. Op zich is dit juist, mits men bijdragen niet vertaalt in (volledig) bepalen. Wie greep wil krijgen op termen als 'welzijnswerk' en 'welzijnsbeleid' kan niet volstaan met het construeren van abstracties, maar dient tevens na te trekken wat welzijnsbeleid in de praktijk van alle dag inhoud en inhoudt.

Een speurtocht in de historie leidt naar het Engelse begrip 'welfare', dat weliswaar dezelfde vage betekenis heeft als ons 'welzijn', maar in de samenstellingen 'welfare work' en 'welfare state' zeer specifieke inhouden krijgt, die ook naar het Nederlandse taalgebied zijn overgebracht<sup>10</sup>. De eerste term, 'welfare work', duidt meestal op vrijwillige, wettelijk onverplichte inspanningen, bedoeld om binnen een bestaande organisatie of maatschappelijke orde de bestaansvoorwaarden van de leden te verbeteren. Zo heeft het 'industrial welfare work' in de 19de eeuw een — vaak paternalistische — bijdrage gegeven aan de verbetering van de werk- en levensomstandigheden van de industrie-arbeiders. Pas in deze eeuw is het vervangen door personeelswerk en professioneel maatschappelijk werk. Hoewel dergelijke activiteiten uiteraard ook in Nederland op grote schaal hebben plaatsgevonden, is vrijwel nooit de letterlijke vertaling 'welzijnswerk' gehanteerd. Een scala van termen kwam hiervoor in de plaats, al naar gelang levensbeschouwelijke inspiratie en institutionele context, waaruit na de laatste wereldoorlog termen als 'maatschappelijk werk' en 'sociaalcultureel werk' als meest gebruikt te voorschijn kwamen. In de jaren zestig komen begrippen als 'sociaal en cultureel welzijn' en 'welvaart en welzijn' meer en meer in omloop. Dergelijke termen hebben twee functies: ten aanzien van het sterk gedifferentieerde welzijnswerk vormen ze een bindende, samenhang suggererende etikettering; naar buiten toe kunnen ze een tegenstelling scheppen tussen het materiële (welvaart) en het immateriële (welzijn), tussen produktie en dienstverlening, tussen markt- en quartaire sector, tussen 'profit'- en 'non-profit'-sectoren.

<sup>4</sup> De inhoud van de subparagraaf 1.2 is voor een belangrijk deel ontleend aan: J.A.A. van Doorn, *De discussie over welzijnsbeleid*; januari 1982, notitie ten behoeve van dit project van de WRR.

<sup>5</sup> G.P. Baerends, J.J. Groen en A.D. de Groot, *Over welzijn; Criterium, onderzoeksobject, beleidsdoel*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1978, blz. 16.

<sup>6</sup> H.M. Jolles en J.A. Stalpers, *Welzijnsbeleid en sociale wetenschappen; Een kritische doorlichting van de Knelpuntennota Welzijnsbeleid*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1981, blz. 31.

<sup>7</sup> D. Hazelhoff, 'Regionaal onderzoek in opmars'; *Economisch Statistische Berichten*, 21 mei 1969, 54e jaargang nr. 2696, blz. 506.

<sup>8</sup> A.J.M. van Tienen, *Anatomie van het welzijn*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1970, blz. 26.

<sup>9</sup> H.A. Becker, 'Over sociologen en beleid'; *Beleid belicht 1*, onder redactie van A. Hoogerwerf, Alphen aan de Rijn, Samson, 1972; blz. 23-38.

<sup>10</sup> A.M. Donner, 'Over de term 'welvaartsstaat''; *Mededelingen der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, afd. Letterkunde, Nieuwe reeks*, deel 20, nr. 15, Amsterdam, Noord-Hollandsche Uitgeversmaatschappij, 1957, blz. 551-565. Donner zegt van zijn speurtocht naar de term welvaartsstaat dat het in alle gevallen die hij vond, onmiskenbaar een vernederlandsing van 'Welfare State' betrof.



Behalve langs de weg van het 'welfare work' is het welzijnsconcept ook geïntroduceerd via het concept '*welfare state*', ook wel aangeduid als '*social security state*' of '*social service state*'. Geheel in tegenstelling tot het bovengenoemde vroege 'welfare work' is er hier geen sprake van aanvullende paternalistische hulpverlening maar van een systeem van wettelijk gegarandeerde rechten met betrekking tot de belangrijkste risicofactoren in het menselijk leven: ziekte en invaliditeit, werkloosheid en ouderdom, in het algemeen: hulpbehoevendheid, thans niet meer toegeschreven aan persoonlijk falen maar aan maatschappelijk disfunctioneren. Hoewel het concept niet eenduidig is, mag men stellen dat 'sociale zekerheid' het kernbegrip vormt van de 'welfare state': de samenleving waarborgt alle burgers een redelijk bestaan, ook indien zij zelf niet (meer) in staat zijn zich dat bestaan te verschaffen. Nu is het opmerkelijk dat men in Nederland de term 'welfare state' weliswaar aanvankelijk heeft vertaald als 'welvaartsstaat'<sup>11</sup> — zoals in economische kring nog wel gebeurt — maar deze nadien heeft verlaten voor 'verzorgingsstaat'<sup>12</sup>. Bij dit concept schuift het principe van sociale zekerheid weer enigszins naar de achtergrond en valt de nadruk op de voorzieningen, bedoeld ter directe bevrediging van sociale noden en behoeften.

De staat is in toenemende mate de financiering van de zorg voor de afvallers in de welvaartsmaatschappij op zich gaan nemen. Gehandicapten, ouden van dagen, weduwen en wezen en vele anderen kunnen tegenwoordig op staatszorg rekenen, en vormen een dure maatschappelijke plicht. Maar de notie van welzijn voor ieder is niet beperkt gebleven tot de zorg voor de achterblijvers. Welzijnszorg heeft zich veeleer ontwikkeld tot het verstrekken van immateriële goederen in het algemeen. Dat in praktijk niet ieder daar in gelijke mate van profiteert en de 'voorlopers' ook hier vaak weer meer profijt hebben van de voorzieningen, geldt heden ten dage als één van de kritiekpunten op het welzijnsbeleid.

In Nederland was het het departement van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM) dat zich in vele gevallen opwierp als het welzijnsdepartement bij uitstek. Maar het welzijnsbeleid strekt zich sinds de jaren zeventig veel verder uit en begint als hoofdcomponent van het overheidsbeleid in zijn totaliteit te gelden. De algemene inleiding op de zogenaamde Knelpuntennota van 1974 is hier illustratief<sup>13</sup>. Welzijn, zo heet het hier, moet worden verstaan 'als hoofdenmerk van onze maatschappij', en welzijnsbeleid beoogt het realiseren van een andere maatschappij, een 'welzijnssamenleving', zowel gekenmerkt door vergrote kansen op individuele ontplooiing en voortgaande democratisering als door fundering op sociale grondrechten. Dat CRM steun heeft gevonden bij het koesteren van de 'welzijnsambities' blijkt uit het mede-ondertekenen van de aanbiedingsbrief bij de Nota door de minister-president. Sterker nog: er wordt in uitgedrukt dat welzijnsbevordering tot kernpunt van het totale regeringsbeleid is te rekenen<sup>14</sup>. Des te opmerkelijker is overigens de centrale positie van het departement van CRM, als men bedenkt dat het niet de duidelijkste belichaming van de verzorgingsstaat vormt, noch als het gaat om de pijler van de sociale zekerheid (waar Sociale Zaken de voornaamste plaats inneemt), noch waar de grote dienstverleningscomplexen (gezondheidszorg en onderwijs) in het spel zijn.

<sup>11</sup> A.M. Donner, op. cit., blz. 559.

<sup>12</sup> Al terloops gebruikt door Den Uyl in 1957: J.M. den Uyl, 'Fundamentele democratisering'; *Vrijheid en gelijkwaardigheid in de welvaartsstaat*, Amsterdam, Dr. Wiardi Beckmanstichting, 1957, blz. 5. Vervolgens 'officieel' geïntroduceerd door P. Thoenes, *De elite van de verzorgingsstaat*; Leiden, Stenfert Kroese, 1962.

<sup>13</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, *Knelpuntennota*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974, blz. 6-10.

<sup>14</sup> B. Peper, en L. Welters, *Spreiding van beleid; Over decentralisatie van welzijnsbeleid*; Meppel, Boom, 1980, blz. 23.

In de geschiedenis van het Nederlands welzijnsbeleid is 1974 te karakteriseren als het jaar van de doorbraak. Het toenmalige kabinet, een jaar eerder opgetreden met de toezegging de zaak van de welzijnsbevordering tot een essentieel deel van het regeringsbeleid te maken, legde de kaarten op tafel: CRM presenteerde de reeds genoemde Knelpuntennota aangaande de harmonisatie van het welzijnsbeleid en de welzijnswetgeving, Volksgezondheid en Milieuhygiëne bracht de Structuurnota Gezondheidszorg uit, Onderwijs en Wetenschappen kwam met het Beleidsplan voor het onderwijs aan groepen in achterstandssituaties, een jaar later gevolgd door de alomvattende Contourennota (Contouren van een toekomstig onderwijsbestel). Dat het in alle gevallen om welzijnsbeleid ging, werd expliciet gesteld, ook van de zijde van gezondheidszorg en onderwijs. Zo poneert de Structuurnota dat bij gezondheidszorg sprake is van 'een sector van welzijnszorg' en dat vooral aandacht besteed moet worden 'aan de plaats van de gezondheidszorg binnen het geheel van de welzijnszorg'. Ook de Contourennota past naar toonzetting geheel in het welzijnsdenken. Zo heet het dat de doelstellingen van het onderwijs zijn verbreed, waarbij 'vooral de laatste 10 jaren het recht op individuele ontplooiing en de noodzaak van een maatschappelijke voorbereiding, in brede zin, meer doorslaggevend zijn'. Tot dat doel is verlenging van de leerplicht tot 18 jaar niet voldoende: 'op deze periode van verplicht en veelal ononderbroken en volledig dagonderwijs volgt een periode van levenslang verder leren (...). Tijdens deze periode geldt het leerrecht'.

Natuurlijk kwam '1974' niet uit de lucht vallen. De grote sociale dienstdepartementen hadden al tientallen jaren de koers van collectieve welzijnsbevordering ingeslagen; niet alleen als leuze sprak men van volksgezondheid, volksonderwijs, volkshuisvesting en volksovoeding. Al langere tijd ook was zich een sociale geneeskunde en een 'maatschappelijke gezondheidszorg' aan het ontwikkelen, op te vatten als een specifieke bijdrage tot de behartiging van het totale welzijn<sup>15</sup>. De gedachte aan een integrale gezondheidszorg was in de jaren 1971-1973 al publiekelijk besproken en geaccepteerd; anderzijds: de Structuurnota van 1974 bracht op het stuk van de doelstellingen weinig of geen nieuws daar alle accent viel op organisatorische en financiële kwesties<sup>16</sup>. Van het onderwijs is dit in nog sterker mate te zeggen. De vier beleidsnota's die in de na-oorlogse tijd aan de Contourennota voorafgingen, maakten reeds van alle in die nota genoemde doelstellingen gewag; anders gezegd: ten aanzien van de doelstellingen van het onderwijs heeft de Contourennota geen nieuwe inzichten ontwikkeld<sup>17</sup>.

Tenslotte was ook de Knelpuntennota in 1974 meer de conclusie dan de ouverture van het CRM-beleid. In 1952 in het leven geroepen, beperkte het toenmalige departement van Maatschappelijk Werk zich tot een klein gebied van welzijnsactiviteiten, veel kleiner dan bijvoorbeeld de gezondheidszorg, die eerder voor een afzonderlijk departement in aanmerking zou zijn gekomen, dan wel bij maatschappelijk werk had kunnen worden gevoegd. Niettemin zette de ambtelijke top van het departement spoedig koers naar een verruimde, minder individueel georiënteerde activiteit, die men 'opbouwwerk' ging noemen. Hoewel dit werk maar moeizaam en vooral door steun van het departement zelf van de grond kwam<sup>18</sup>, ontstonden reeds in het begin van de jaren zestig ideeën in deze kring die ver voorliepen bij het vigerende denken over welzijnsbeleid; een

<sup>15</sup> S. Santema en E.H. van Kuilenburg, *Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg*; Assen, Van Gorcum, 1976, blz. 1 e.v. en blz. 19 e.v.

<sup>16</sup> H. Philipsen, 'Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen'; *Handboek medische sociologie*, onder redactie van C.W. Aakster en G. Kuiper, Groningen/Deventer, Wolters Noordhoff/Van Loghum Slaterus, 1978, blz. 22-40.

<sup>17</sup> WRR, *Commentaar op de nota Contouren van een toekomstig onderwijsbestel*; Rapport aan de Regering nr. 10, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1976.

<sup>18</sup> A. Peper, *Vorming van welzijnsbeleid; evolutie en evaluatie van het opbouwwerk*; Meppel, Boom, 1972, blz. 69 e.v. en blz. 103 e.v.

voorbeeld bood de memorie van toelichting bij de begroting 1963. Toch bracht eerst 1965 de noodzakelijke verbreding door toevoeging van het cultuur- en recreatiebeleid: 'CRM' ontstond, en begon, nu met meer succes, het welzijnsbeleid — in de zin van 'de systematische bevordering van het welzijn'<sup>19</sup> — tot de speciale taak van het departement te verklaren.

De 'doorbraak van het welzijnsbeleid' in de jaren zeventig is in belangrijke mate het resultaat van de gelukkige combinatie van een hoog en ogenschijnlijk niet aantastbaar welvaartsniveau, een ambitieus departement dat de wind in de zeilen kreeg en het ontstaan van nieuwe politieke verhoudingen. De ontzuiling heeft een afbrokkeling van de achterban van het particulier initiatief betekend. Daardoor is een maatschappelijk-organisatorisch vacuüm ontstaan, dat een kans inhield voor nieuwe initiatiefnemers. De nieuwe generatie die begin jaren zeventig in de politieke arena binnenkwam, kreeg daar de kans haar ideeën te realiseren.

In Nederland is 'welzijn', hoewel onderwerp van overheidszorg, voor een belangrijk deel in handen van het particulier initiatief. Dit hangt van oorsprong samen met integratieve religieuze verbanden met een strakke hiërarchische ordening. In een dergelijke hiërarchie gaat het weliswaar om het welzijn van het individu, maar dit individu bepaalt dit welzijn niet of nauwelijks zelf. Hij is zodanig ingebed in het integratiekader (de zuil), dat de top namens hem kan spreken<sup>20</sup>. De zuilen zijn inmiddels nagenoeg afgebroken en andere integratiekaders worden (ten dele) geboden door die van de professionals. Vooral in de medische wereld is er een strakke hiërarchie, waarin de laagste positie in wordt genomen door de patiënt. Ook in andere takken van de gezondheidszorg werd het verzuilde verband in belangrijke mate vervangen door een hiërarchisch systeem van beroepskrachten. Daarbij overleggen de overkoepelende organisaties aan de top met de centrale overheid, waarbij het ambtelijk en bestuurlijk apparaat zich splitst in kokers, aldus de verschillende beroepsmatige vormen van zorg weerspiegeland. Nu de zuilen echter nagenoeg verdwenen zijn, zijn gebruiker en zorgverlener niet langer door een zelfde filosofie of ethiek verbonden. Tevens is er een (nieuwe) beweging gaande waarbij gezag en autoriteit sterk onder druk staan. Dat de gespecialiseerde zorgverlener zou kunnen bepalen wat goed is voor zijn cliënt, is niet langer voor een ieder acceptabel. Gebruikers beginnen zich te laten horen. Vooreerst zijn het vrij jonge mensen, georganiseerd in actiegroepen, maar allengs begint het gebruikersbelang zich in diverse soorten en categorieën te profileren. Tegelijkertijd zijn de professionele hiërarchieën intern aan druk onderhevig. Ook daar geldt het gezag van de top niet langer als vanzelfsprekend. Wanneer hiërarchie en gezag alom uit den boze zijn, dan geldt dit ook voor ieder nieuw kader. Deelverbanden kunnen zich gemakkelijk weer afsplitsen en aldus ontstaat een geatomiseerde samenleving. De deelverbanden dienen bovendien om zorg van de overheid af te dwingen en niet om zelf zorg te creëren. Het zijn groepen die actie voeren ten behoeve van evenzovele deelbelangen en geen werkverbanden die tot een gelede structuur zouden kunnen uitkristalliseren. Voor de overheid zijn er niet enkele tegenspelers maar een heel scala van tegenspelers, die bovendien allemaal wat anders schijnen te willen. Op centraal niveau is het veld niet goed meer te overzien en dus wordt het verlegd naar decentraal niveau. Maar ook daar heeft de overheid geen mechanismen in handen om met dit ongrijpbare veld te werken; er ontstaat een permanente discussie<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Memorie van toelichting op de begroting van 1966; Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8300, hoofdstuk XVI, nr. 2.

<sup>20</sup> Th. Quené, 'Grenzen aan de Beleidsvoering'; *Acta Politica*, januari 1982, 17e jaargang nr. 1, blz. 5.

<sup>21</sup> *Ibid.*, blz. 6.

Sinds enkele jaren wordt gesteld dat de 'crisis van de verzorgingsstaat' is ingetreden. Er wordt geconstateerd dat beide pijlers onder het gebouw worden aangetast: de sociale zekerheid komt middelen tekort, de verzorgende voorzieningen komen financieel in de knel, maar beginnen tevens te lijden onder meer principiële kritiek: het welzijnsbeleid heeft de ongelijkheid tussen voorlopers en achterblijvenden niet opgeheven maar eerder gereproduceerd, de welzijnszorg heeft mensen alleen afhankelijk gemaakt, enzovoort. Het hanteren van dergelijke algemene noties is riskant en kan een onjuiste beeldvorming in de hand werken. Zo meldt de huidige minister van CRM dat op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening 90% van de honderdduizend mensjaren tellende personeelsbezetting ingezet wordt voor zeer concrete praktische functies van verzorging, huishoudelijke hulp en financieel-administratief werk ten behoeve van bejaardenzorg en de gezinsverzorging. Deze zorg komt wel degelijk terecht bij de zwaksten in de samenleving<sup>22</sup>. Tegelijk constateert de minister: 'er bestaat brede overeenstemming over de notie dat, welke economische zwaarigheden wij ook te verduren hebben en nog zullen ondervinden, de essentie van de verzorgingsstaat behouden dient te blijven'<sup>23</sup>. Zijn concrete invulling zal mogelijk niet op alle punten door ieder gedeeld worden, maar de constatering dat het behoud van de verzorgingsstaat in essentie op brede politieke en maatschappelijke steun kan rekenen is vermoedelijk juist.

### 1.3 De probleemstelling en opbouw van het rapport

Binnen de welzijnssector kunnen twee soorten voorzieningen worden onderscheiden, die tot op heden dominerend zijn geweest, namelijk inkomensoverdrachten enerzijds en dienstverlening anderzijds. De inkomensoverdrachten betreffen uitkeringen op grond van werknemersverzekeringen en volksverzekeringen, alsmede uitkeringen uit de algemene middelen (zoals bijstandsuitkeringen). Zij zijn te onderscheiden in vrij besteedbare en gebonden inkomensoverdrachten. De dienstverlening heeft met name betrekking op de gebieden gezondheidszorg, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening (zorg voor ouderen, gezinsverzorging, maatschappelijk werk e.d.). Deze veelheid van diensten wordt eveneens gefinancierd uit sociale verzekeringsgelden en algemene middelen, maar gedeeltelijk ook uit particuliere bijdragen. De bevordering van het welzijn dat met deze voorzieningen wordt beoogd, kan evenwel niet los worden gezien van het totale overheidsbeleid, waardoor het welzijn eveneens beïnvloed wordt. In sommige opvattingen wordt dan ook het gehele overheidsbeleid als welzijnsbeleid beschouwd. Als men mag oordelen op grond van het voorkomen van de term 'welzijn' in overheidsstukken, dan bestaat ook daar de tendens tot verruiming van het welzijnsbeleid.

In dit rapport echter wordt het specifieke welzijnsbeleid, dat de zogenaamde kernfuncties zorg, educatie en recreatie betreft, tot object van studie genomen<sup>24</sup>. Het is op dit specifieke welzijnsbeleid dat de in paragraaf 1.1 genoemde problemen en bezwaren vooral betrekking hebben. Binnen het specifieke welzijnsbeleid beperkt het rapport zich dan tot de tweede soort welzijnsvoorzieningen, te weten de dienstverlening.

De dienstverlening wordt grotendeels verricht door instellingen die niet op het behalen van winst zijn gericht en zijn voortgekomen uit het particulier initiatief. Daarnaast bestaan er ook overheidsinstellingen en,

<sup>22</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Behandeling van de begroting van CRM 1982; Tweede Kamer, Handelingen 1982, blz. 1684.

<sup>23</sup> Ibid., blz. 1685.

<sup>24</sup> Het specifieke welzijnsbeleid hoort tot de taak van een aantal ministeries. De ministeries die deel uitmaken van de Welzijnsraad, bestrijken samen een ruimer gebied. Het zijn de departementen van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Onderwijs en Wetenschappen, Sociale Zaken, Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, Justitie, Landbouw en Visserij, Binnenlandse Zaken en Financiën.

zij het in een omvang van ondergeschikte betekenis, commerciële instellingen. De welzijnsinstellingen zijn onderwerp van het welzijnsbeleid. Hieronder wordt in dit verband verstaan de politieke en administratieve besluitvorming die is gericht op het verschaffen van dienstverlening met het oog op het realiseren van al dan niet geëxpliciteerde welzijnsdoelstellingen. Te onderscheiden zijn enerzijds de doelstellingen van het welzijnsbeleid en anderzijds de middelen van het welzijnsbeleid. Het welzijnsbeleid maakt gebruik van instrumenten of middelen, waarbij om te beginnen natuurlijk is te denken aan de financiële middelen. Wanneer in dit rapport over de middelen van het welzijnsbeleid wordt gesproken, worden echter niet de financiële middelen bedoeld, maar algemene beleidsinstrumenten met betrekking tot de besluitvormingsstructuur, de financieringsstructuur en de voorzieningenstructuur. In paragraaf 2.2 zal nog uitvoerig worden toegelicht in welke betekenis hier de term 'middelen' wordt gehanteerd.

In dit rapport staan de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het welzijnsbeleid centraal. De probleemstelling kan in eerste aanleg worden omschreven als: het analyseren en evalueren van de middelen van het welzijnsbeleid, uitgaande van de doelstellingen van het welzijnsbeleid en de mate waarin de doelstellingen worden bereikt (de effecten). De probleemstelling aldus gedefinieerd zijnde, rijst onmiddellijk een groot struikelblok op dat, naar nog zal blijken, noopt tot een aanpassing van de probleemstelling. Dit struikelblok is gelegen in de doelstellingen, en ook in de vaststelling van de effecten. De problematiek van de meting van de effecten komt in paragraaf 1.4 afzonderlijk aan de orde.

Er is nauwelijks sprake van expliciet en duidelijk geformuleerde doelstellingen van het welzijnsbeleid. Dit correspondeert met het weinig inhoudelijke karakter van het gevoerde welzijnsbeleid. Het beleid ontbeert een 'ideologie', een richtinggevende visie. In de praktijk van het beleid sluit men zich aan bij het feitelijke functioneren en de feitelijk nagestreefde doelstellingen van de bestaande welzijnsinstellingen. Toch is het van groot belang om over duidelijke doelstellingen te beschikken. Het weinig inhoudelijke karakter van het beleid bergt het gevaar in zich, dat in de welzijnssector geen adequate sturing en afweging plaatsvinden. Het gevolg hiervan kan zijn dat enerzijds niet wordt voorzien in belangrijke behoeften, terwijl anderzijds publieke middelen worden besteed aan minder belangrijke zaken. Afgezien van de omstandigheid dat de doelstellingen slechts in geringe mate geëxpliciteerd worden, is er vervolgens het probleem dat over de inhoud van de doelstellingen noch duidelijkheid, noch unanimiteit bestaat. Bovendien kunnen zich in de loop van de tijd verschuivingen voordoen in de opvattingen omtrent de doelstellingen.

Evaluatie van de middelen van het welzijnsbeleid heeft uiteraard slechts zin, indien de ingezette middelen als veranderbaar worden beschouwd. Naar zoëven bleek, zijn de doelstellingen abstract en in de praktijk voor velerlei uitleg vatbaar. Hoe moet dan vaste grond worden gevonden voor de analyse en evaluatie overeenkomstig de geformuleerde probleemstelling? De hiervoor in dit rapport gekozen oplossing is van tweeërlei aard. De basis van het rapport wordt gevormd door een analyse van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van voorzieningen in een viertal representatieve deelsectoren. Deze empirische analyse moet uitmonden in een beschrijving van de effecten van het gevoerde beleid. Om het welzijnsbeleid te kunnen beoordelen zijn de effecten van de voorzieningen opgevat in termen van doelstellingen van welzijnsbeleid. Hiertoe is het noodzakelijk, en daarmee komen we op het tweede element, dat voorafgaand aan de empirische analyse, doelstellingen van welzijnsbeleid worden geformuleerd. Omdat echter, zoals gezegd, de doelstellingen niet eenduidig zijn, moet de empirische analyse vervolgens ook meer duidelijkheid opleveren over de doelstellingen zelf. Te denken is hierbij aan een nadere concretisering van de doelstellingen, de onderlinge relaties van de doelstellingen, maar ook aan de vraag of en in hoeverre de gehanteerde doelstellingen zich lenen voor

realisering door middel van een welzijnsbeleid en derhalve al dan niet in aanmerking komen als doelstellingen. Op grond van de empirische analyse kan dus een terugkoppeling nodig blijken naar de doelstellingen, zoals die aanvankelijk zijn geformuleerd. Aldus moet het rapport uiteindelijk conclusies opleveren over zowel de doelstellingen als de middelen van het welzijnsbeleid.

De opbouw van het rapport is nu als volgt. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk wordt nog nader ingegaan op de problematiek van de meting van de effecten. In hoofdstuk 2 worden doelstellingen en middelen van het welzijnsbeleid beschreven, waarbij aandacht wordt geschonken aan verschillen in opvatting. Doelstellingen van welzijnsbeleid kunnen op twee niveaus worden geanalyseerd. Om te beginnen kan men de doelstellingen beschouwen op het niveau van deelsectoren van het welzijnsbeleid, zoals gezondheidszorg, onderwijs en de verschillende onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening. Elk onderdeel van de welzijnssector heeft enerzijds zijn eigen specifieke doelen, die aansluiten bij de bestaande administratieve indeling van departementen en afdelingen van departementen. Anderzijds hebben de verschillende deelsectoren ook bepaalde doelstellingen gemeenschappelijk. Bij de bepaling van de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid en de onderlinge afweging van de inzet van middelen vormen deze algemene doelstellingen een belangrijke richtsnoer. In dit rapport worden de meer algemene doelstellingen als vertrekpunt genomen, waaraan de doelstellingen en activiteiten van de afzonderlijke sectoren worden getoetst. De algemene doelstellingen van welzijnsbeleid komen in paragraaf 2.1 aan de orde.

Deze algemene doelstellingen worden onderscheiden in doelstellingen met betrekking tot het individueel welzijn enerzijds en maatschappelijke doelstellingen anderzijds. Voor de formulering van deze doelstellingen is aansluiting gezocht bij dominante maatschappelijke waarden, die min of meer expliciet een rol spelen in het beleid, te weten individueel welzijn en maatschappelijke gelijkheid. Het verminderen van de maatschappelijke ongelijkheid is hier opgevat als de eerste van de genoemde maatschappelijke doelstellingen. Deze is vervolgens aangevuld met twee doelstellingen die kunnen worden gezien als gericht op het scheppen van gunstige condities voor de realisering van de andere doelstellingen, te weten maatschappelijke integratie en maatschappelijke stabiliteit. Men kan verschillend denken over de inhoud van deze globale doelstellingen en over de mate waarin zij een rol spelen of zouden moeten spelen in het beleid. Een standpunt over welzijnsbeleid kan niet ethisch neutraal zijn. Dit beleid heeft te maken met sociale problemen en gedragsnormen. De omschrijving van doelstellingen van welzijnsbeleid kan daarom tegelijkertijd een ethische stellingname inhouden. Er is in dit rapport echter niet uitgegaan van vooraf geformuleerde onveranderlijke ethische normen. Voor zover er een ethische stellingname is, is deze op een pragmatische manier tot stand gekomen<sup>25</sup>. De doelstellingen zijn gebaseerd op dominante maatschappelijke waarden en nader gespecificeerd in samenwerking met de maatschappelijke ontwikkelingen. De doelen worden evenmin als de middelen als onveranderlijk beschouwd. Enerzijds kunnen ethische normen — en daarmee verband houdende beleidsdoelstellingen — de maatschappelijke verhoudingen beïnvloeden, anderzijds worden zij beïnvloed door maatschappelijke veranderingen. Men kan constateren dat bijvoorbeeld de normen over huwelijk en gezin in een agrarische samenleving anders zijn dan in een industriële samenleving. Beleidsdoelstellingen zijn eveneens afhankelijk van de maatschappelijke ontwikkelingen. Doelstellingen van welzijnsbeleid blijken te verschuiven bij toenemende welvaart van materiële (het bieden van voeding en

<sup>25</sup> Het resultaat kan men omschrijven als een prospectieve ethiek. Zie bijvoorbeeld J. Fourestié, *Essais de morale prospective; Vers un nouveau comportement*; Paris, Editions Gonthier, 1966.

onderdak) naar immateriële (individuele ontplooiing bijvoorbeeld) doeleinden. De uiteindelijke standpuntbepaling over beleidsdoelstellingen in dit rapport is vooral ingegeven door een oordeel over de mogelijkheden en grenzen van een welzijnsbeleid, waarbij demografische en economische ontwikkelingen als randvoorwaarden zijn beschouwd.

In paragraaf 2.2 worden de middelen van het welzijnsbeleid beschreven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in een vijftal centrale vraagstukken met betrekking tot de vormgeving van het welzijnsbeleid. Allereerst wordt gewezen op de voor- en nadelen van zowel het budget- als het marktmechanisme, die de laatste tijd duidelijk aan het licht zijn getreden. Een evenwichtige discussie over de herwaardering van beide allocatiemechanismen is voor de toekomstige vormgeving van het beleid van grote betekenis. Naast dit vraagstuk van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen individu en overheid, houdt ook de vraag naar de taakverdeling tussen overheid en particulier initiatief de gemoe- deren bezig. Verschillende ontwikkelingen — zoals de ontzuiling, de professionalisering, de uitbreiding van de collectieve financiering, de opkomst van de decentralisatiegedachte, de democratisering, enzovoort — hebben ertoe geleid dat zowel het systeem van het particulier initiatief als het stelsel van overheidsbestuur in reconstructie verkeren. Het opmaken van een tussenbalans van dit herschikkingsproces is in dit rapport op zijn plaats. In het welzijnsbeleid heeft lange tijd de nadruk gelegen op groei en differentiatie. Voor de toekomst mag in het beleid een zekere nadruk worden verwacht op het realiseren van noodzakelijke samenhangen. Beleidsinitiatieven die in dit kader in gang zijn gezet, vormen het derde cluster van beleidsinstrumenten dat in het licht van de doelstellingen zal worden beoordeeld. Het vraagstuk van de verdeling van bevoegdheden over de verschillende niveaus van politieke besluitvorming neemt in deze tijd een centrale plaats in, niet in het minst ten aanzien van het welzijnsbeleid. Het ligt voor de hand dat aan de problematiek van centralisatie of decentralisatie aandacht wordt besteed. Als vijfde en laatste groep van vormgevingsvraagstukken komen de professionalisering, het vrijwilligerswerk en de zelf- en mantelzorg aan de orde.

Er is overigens geen absoluut onderscheid tussen doelen en middelen; middelen zijn ook niet steeds neutraal. Zo kunnen in een proces van bureaucratisering middelen gaan functioneren als doel: het nastreven van organisatorische samenhang en beheersing wordt dan een doel op zich, waarbij de effecten voor cliënten en samenleving naar de achtergrond verschuiven. Ook kunnen politieke of ideologische voorkeuren een dergelijk gevolg hebben. Is voor de één decentralisatie van beleid slechts een middel om andere doelstellingen te bereiken, voor de ander kan decentralisatie een doel op zich zelf zijn. Niettemin blijft er dan toch een onderscheid bestaan tussen deze, wat men zou kunnen noemen, 'instrumentele doelstellingen' en de eigenlijke doelstellingen van welzijnsbeleid. Instrumentele doelstellingen die betrekking hebben op de vormgeving van het welzijnsbeleid, worden hier tot de middelen gerekend.

Zoals gezegd, richt dit rapport zich op het specifieke welzijnsbeleid en wel met name de dienstverlening. Hierbinnen is uit pragmatische overwegingen het onderzoek verder toegespitst op de volgende deelgebieden:

- somatische gezondheidszorg
- extramurale geestelijke gezondheidszorg
- zorg voor ouderen
- volwasseneneducatie.

Deze deelgebieden komen achtereenvolgens aan de orde in de hoofdstukken 3 t/m 6. De afbakening van de genoemde deelgebieden is functioneel bepaald of bepaald door problemen en valt niet volledig samen met departementale indelingen, maar overschrijdt deze. Zo worden onder het hoofd 'extramurale geestelijke gezondheidszorg' niet alleen de voorzieningen besproken die vallen onder het ministerie van Volks-

gezondheid en Milieuhygiëne, maar ook voorzieningen die behoren tot de beleidsterreinen van de ministeries van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en van Justitie. Te zamen kunnen de genoemde onderdelen tot op grote hoogte als representatief worden beschouwd voor de welzijnssector als geheel. Daarnaast zal in de analyse ook zo veel mogelijk zicht worden geboden op de betekenis voor het welzijn van het overheidsbeleid in meer ruimere zin.

De hoofdstukken 3 t/m 6 zijn opgebouwd volgens een vast stramien. Eerst worden ontwikkelingen beschreven in de vraag naar, respectievelijk het aanbod van de desbetreffende voorzieningen. Vervolgens worden de effecten van het beleid samengevat in termen van de geformuleerde doelstellingen van het welzijnsbeleid. Op basis van de empirische analyse van ontwikkelingen in vraag, aanbod en effecten, vindt dan een evaluatie plaats van zowel de specifieke doelstellingen van de desbetreffende sector als van de gehanteerde middelen. Deze evaluatie wordt gevolgd door een meer concrete bespreking van enkele centrale beleidsproblemen.

Na de empirische analyse en evaluatie op deelgebieden, dient in het slothoofdstuk zich de opgave aan om vanuit het bijzondere weer op te stijgen naar het algemene. In dit hoofdstuk worden de conclusies van dit rapport gepresenteerd ten aanzien van zowel de doelstellingen als de middelen van het welzijnsbeleid.

Tot slot nog enkele opmerkingen over de keuze van doelstellingen en middelen die in de analyse zijn betrokken. De omvang van het terrein maakte beperkingen noodzakelijk. Het gaat om doelstellingen die het welzijnsbeleid als zodanig legitimeren. Derhalve zijn doelstellingen als de instandhouding van het stelsel of de belangenbehartiging van het personeel uitgesloten. Uit de middelen werd een keuze gemaakt voor die middelen die voor de vormgeving van welzijnsbeleid van groot belang leken te zijn. Zoals uit de probleemstelling en de bespreking van de opbouw van het rapport blijkt, worden doelstellingen en middelen in eerste instantie globaal omschreven. De doelstellingen hebben het karakter van normatieve uitgangspunten. Dit biedt een kader waarbinnen de voor elk onderdeel van de welzijnssector kenmerkende doelstellingen en middelen geordend kunnen worden. Het zou de mogelijkheden van dit rapport te boven gaan om de gehele welzijnssector op deze manier door te lichten. Er is een keuze gemaakt van enkele belangrijke onderdelen van het welzijnsbeleid: somatische gezondheidszorg, extramurale geestelijke gezondheidszorg, zorg voor ouderen en volwasseneneducatie. Een verdere beperking is aangebracht door niet alle doelstellingen en middelen van het desbetreffende onderdeel te analyseren. De keuze is bepaald door de voor de besproken sectoren relevante knelpunten in beleid en dienstverlening.

#### 1.4 De meting van vraag, aanbod en effecten

In de welzijnssector ontbreekt nagenoeg het marktmechanisme als middel om de afstemming van vraag en aanbod te reguleren. Wel gaan er thans stemmen op om in de welzijnssector in grotere mate een plaats in te ruimen voor het marktmechanisme. De eventuele mogelijkheden hiertoe zullen in de hoofdstukken 3 t/m 6 bij de bespreking van de vier deelsterreinen ook aan de orde komen. Niettemin zullen er voor het grootste deel van de welzijnssector altijd andere afwegingsmechanismen dan de marktwerking nodig blijven. Waar het marktmechanisme ontbreekt, ontstaat de noodzaak om ten behoeve van de allocatie van de financiële middelen en de afweging van verschillende voorzieningen, op enigerlei wijze vraag naar, aanbod van en effecten van dienstverlening te meten.

Voor het meten van de vraag en het vaststellen van de effecten worden sociale indicatoren gebruikt, die zijn te onderscheiden in objectieve en subjectieve indicatoren. Als objectieve indicatoren kunnen bijvoorbeeld worden gebezigd opleidingsniveau, morbiditeit, politieke participatie, huisvesting, inkomensniveau enzovoort. Dergelijke indicatoren



hebben het voordeel dat er meestal betrouwbare kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn. Anderzijds rijzen er wel vragen ten aanzien van de validiteit of geldigheid, wanneer men dergelijke indicatoren wil gebruiken voor het vaststellen van individueel welzijn. De relatie tussen deze objectieve criteria en de subjectieve beleving van het welzijn blijkt namelijk niet ondubbelzinnig interpreteerbaar te zijn<sup>26</sup>. Hierbij interverneren persoonlijkheidsvariabelen (bijvoorbeeld psychische belastbaarheid), maar ook andere factoren, zoals:

- verschillen in de keuze van referentiegroepen. Uitgaande van dezelfde objectieve omstandigheden kunnen verschillen in de keuze van referentiegroepen leiden tot een uiteenlopende beleving van welzijn. Ook kunnen zich verschuivingen voordoen in de keuze van referentiegroepen. In geval van opwaartse sociale mobiliteit kan de keuze van de referentiegroep zich wijzigen in de richting van groepen of personen die zich relatief in een (nog) betere situatie bevinden. Het gevolg is dan dat men een relatieve achteruitgang ervaart, terwijl men er objectief op vooruit is gegaan;

- interne factoren binnen de geboden dienstverlening, zoals bijvoorbeeld de rol van de professionele ideologie. Zo wordt in de medische sector ziekte, en daarmee behoefte aan zorg, gedefinieerd in de taal van de medische professie en dus mede onder invloed van organisatie en specialisatie van de medische zorg. Hierdoor kan een divergentie optreden tussen ziekte in termen van de medische professie en anderzijds de individuele ervaring van ziekte.

In verband met deze bezwaren tegen objectieve indicatoren voor individueel welzijn is gezocht naar mogelijkheden om de individuele beleving van welzijn rechtstreeks te meten. Voor de bepaling van deze subjectieve indicatoren wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van zogeheten leefsituatie-onderzoeken, waarmee men tracht, satisfactie, stress en dergelijke te meten. In verschillende landen, waaronder Nederland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, worden zulke onderzoeken gehouden. Ook aan deze wijze van onderzoek kleven echter problematische kanten en wel ten aanzien van de betrouwbaarheid (het verkrijgen van dezelfde uitkomsten bij gelijkblijvende omstandigheden) en de validiteit (is een kwalitatief gegeven als individueel welzijn wel in kwantitatieve termen uit te drukken?).

Zoals gezegd, kunnen sociale indicatoren dienen voor de meting van vraag en effecten. Wat betreft de vraag zou ook getracht kunnen worden aan cijfers over het feitelijk gebruik dat van de geboden dienstverlening wordt gemaakt een indicatie voor de behoeften te ontleen. Maar ook hier doemen weer moeilijkheden op. Gebruikscijfers zijn immers evenzeer een uitdrukking van het aanbod als van de vraag. Nu geldt dit eveneens daar waar de markt het regelmechanisme is. De vraag naar een produkt kan zich pas effectief uiten, wanneer er sprake is van een feitelijk aanbod; het duidelijkst komt dit naar voren bij nieuwe produkten. Het marktmechanisme biedt echter de mogelijkheid om via de prijs tot een afweging te komen van behoeften en kosten. De invoering van eigen bijdragen is een middel om ook voor sommige niet-commerciële dienstverlening het marktmechanisme in te bouwen. Hieraan zijn evenwel grenzen gesteld met name waar het gaat om ernstige noden, terwijl tegelijkertijd de noodzakelijke dienstverlening te kostbaar is om door een individueel persoon te kunnen worden gedragen. De voorzieningen worden dan gefinancierd uit de algemene middelen of sociale verzekeringsgelden. Ter regulering van de vraag gaat deze wijze van financieren veelal gepaard met een systeem van indicatiestelling. Deze indicatiestelling is nu juist weer gebaseerd op deskundigheid van de zijde van de dienstverlening, de aanbodzijde dus, zodat wederom geen sprake is van een onafhankelijke meting van de vraag.

---

<sup>26</sup> Zie onder andere: Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1978*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, blz. 177.

De vraagzijde in de welzijnssector is derhalve slechts tentatief aan te duiden. Ook de aanbodzijde vertoont dit euvel. Als indicatoren voor het aanbod kunnen cijfers worden gehanteerd met betrekking tot de aanwezigheid van voorzieningen, de kosten en aantallen dienstverleners. Dergelijke cijfers worden meestal gebruikt om verschillen per territorium op het spoor te komen, waarbij zij gerelateerd worden aan bevolkingsaantallen, eventueel nader uitgesplitst op basis van eigenschappen van potentiële gebruikers. Een eenvoudig voorbeeld is de koppeling van gegevens over bejaardenoorden aan aantallen bejaarden.

Zulke cijfers worden ook gebruikt om de groei in het aanbod te meten. Bij de interpretatie is evenwel voorzichtigheid geboden. Is eenmaal een groeiproces op gang gekomen, dan treedt een interne dynamiek op die te maken heeft met factoren als de opleiding van beroepskrachten, een voortgaande specialisatie en taakverdeling, een sterkere begeleiding van direct uitvoerende dienstverleners en dergelijke. Het feitelijke aanbod in termen van gebruikersaantallen behoeft zodoende geen gelijke tred te houden met de groei van personeelsaantallen en kosten. Een volgend aspect waarmee rekening dient te worden gehouden, is de kwaliteit van de dienstverlening. Objectieve deskundigheidseisen (diploma's) zijn slechts een gebrekkige maatstaf voor kwaliteit van de dienstverlening. Het is ook juist deze soort deskundigheid die thans aan kritiek onderhevig is. Afgezien hiervan is kwaliteit iets dat verder reikt dan objectieve deskundigheidseisen. De kwaliteit van de dienstverlening heeft te maken met het samenspel tussen vrager en aanbieder, een samenspel dat zich vooral afspeelt op individueel niveau en zich daardoor in zekere mate onttrekt aan objectieve waarneming en toetsing.

Deze uiteenzetting was nodig om erop te wijzen dat het hanteren van kwantitatieve gegevens met betrekking tot vraag, aanbod en effecten met de nodige voorzichtigheid dient te geschieden. De onvolkomenheden van het gebruik van sociale indicatoren moeten echter in hun betekenis voor het beleid niet worden overtrokken. Het overheidsbeleid dat hier wordt besproken, is niet zo fijnmazig dat een betrekkelijk grof waarnemingsinstrument als een sociale indicator onbruikbaar is. In dit rapport zullen daarom zowel objectieve kenmerken van de individuele leefsituatie als de beleving daarvan — met de nodige reserve — worden beschouwd als indicatief voor de vraag naar en de effecten van dienstverlening. Ook de andere genoemde methoden voor de meting van met name vraag en aanbod zullen met de nodige voorzichtigheid worden gehanteerd. Waar maatstaven en kwantitatieve gegevens ontbreken, zal evenwel een beroep moeten worden gedaan op waarnemingen van cliënten, beleidsvoerders en dienstverleners.

## 2. DOELSTELLINGEN EN MIDDELEN VAN HET WELZIJNSBELEID

### 2.1 Doelstellingen van het welzijnsbeleid

#### 2.1.1 *Individueel welzijn*

Individueel welzijn als richtsnoer voor het beleid is een begrip dat op vele wijzen gevuld kan worden. Voor welzijn als toestand of eigenschap van een persoon — of men er nu 'tevredenheid', 'geluk', of 'instemming met eigen bestaan' voor in de plaats zet — geldt, dat die term op een positieve ervaring van het eigen bestaan duidt. Zo geformuleerd heeft het begrip een niet onbelangrijke bijbetekenis. In onze samenleving wordt het gewaardeerd als de positieve ervaring zo veel mogelijk het resultaat is van eigen inspanningen. Om het bestaan vorm te geven heeft het individu een relatie met zijn sociale omgeving nodig, wat problemen kan opleveren. Welzijn betekent ook deze problematische situaties niet passief te hoeven ondergaan, niet machteloos te staan ten opzichte van de omgeving, maar te beschikken over het vermogen tot oplossing van problemen.

Wat nu precies in het bestaan belangrijk is als bijdrage tot een positieve ervaring is, hoewel variërend, gebonden aan maatschappelijke normen en waarden die niet onveranderlijk zijn. De positieve ervaring van het eigen bestaan die nu volgens onderzoekers<sup>1</sup> sterk wordt beïnvloed door de gezondheid en de materiële omstandigheden, zal in een andere tijd of cultuur sterker afhankelijk zijn van bijvoorbeeld religieuze waarden. Welzijn moet gezien worden in het kader van sociale verandering, waarbij tegelijk het welzijn van de één gediend en dat van de ander benadeeld kan worden en waarbij ook verschuivingen optreden in wat men als welzijn ervaart.

Ondanks de nadruk op de individualiteit is het welzijn van de één in sterke mate afhankelijk van dat van de ander zowel in positieve zin, namelijk waar belangen gelijklopen of waar men elkaar steunt, als ook in negatieve zin, waar belangen tegenstrijdig zijn en men elkaar beconcurrert. De welzijnssector echter, die gekenmerkt wordt door persoonlijke dienstverlening, is in principe op het individu toegesneden. De dienstverleningsinstellingen hebben echter ook andere belangen dan zuiver het dienstverlenen. Zij hebben te maken met personeelsbeleid en andere elementen in de organisatie die om gegarandeerde continuïteit vragen. Een organisatie kent daardoor altijd enige rigiditeiten. Als dit in te sterke mate het geval is, dan is niet langer het welzijn van de cliënt de norm maar eerder het belang van de dienstverlener of dienstverlenende instelling.

Het is een verworvenheid van onze samenleving, dat ondanks zijn ongeëvenaarde massaliteit, ondanks zijn grootschalige organisatie, ondanks de anonimiteit van vele sociale verbanden, de individuele persoon meetelt. De dienstverlening wordt geacht hier in belangrijke mate toe bij te dragen. Er wordt zorg besteed aan het individu nog voor het op de wereld komt, het wordt omringd door zorg groot gebracht, het wordt als het in nood verkeert, niet aan zijn lot overgelaten. Er zijn voorzieningen om aan de exploitatie van de ene mens door de andere paal en perk te stellen, althans in de privésfeer. De professionele dienstverlening heeft ertoe bijgedragen dat de hulpbehoevende mens niet als minderwaardig wordt beoordeeld. Lange tijd werd deze werking van de dienstverlening

<sup>1</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1978*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978, blz. 176.

min of meer voetstoots aangenomen. De discussie ging over andere zaken, over de wetenschappelijke onderbouwing, de opleiding, de ethiek. Aan het eind van de jaren zestig komen in Nederland kritische geluiden los, die in de jaren zeventig aanzwellen tot een meerstemmig koor. De kritiek zou men in twee stromen kunnen onderbrengen.

De eerste stroom legt de nadruk op het te kort schieten van de dienstverlening. Voorzieningen zijn in onvoldoende mate aanwezig, zij zijn onvoldoende op elkaar afgestemd, de bureaucratie viert hoogtij, de ontvanger van de dienst wordt van het kastje naar de muur gestuurd. De relatie dienstverlener — dienstontvanger wordt gekenmerkt door het autoritaire optreden van de eerste en de machteloosheid van de tweede. De kritiek is voor een groot deel kritiek op de dienstverlenende professie. Het moet gezegd worden dat theoretici van de hulpverlening in een vroegere fase niet over het hoofd hebben gezien dat deze ook door hen als ongewenst beoordeelde effecten zouden kunnen optreden<sup>2</sup>.

Ook het onderwijs kwam onder vuur. Te weinig werd daarin de nadruk gelegd op het unieke van elke mens, te weinig werd de mogelijkheid geboden om individuele talenten en vermogens te ontwikkelen. Te uitsluitend dient het onderwijs de cognitieve ontwikkeling en verwaarloost het de sociale en emotionele ontwikkeling, ten nadele van het individueel welzijn. Het begrip 'zelfontplooiing' kwam in gebruik. Duijker, die dit begrip onwetenschappelijk vindt vanwege zijn onmeetbaarheid, vreest bovendien dat scholen zullen evolueren in de richting van 'total institutions'<sup>3</sup>.

Daarmee komt Duijker heel dicht bij de tweede stroming in de kritiek, die veel dieper gaat en waaraan de naam van Illich onverbrekkelijk verbonden is, hoewel bijvoorbeeld de anti-psihiatrie al eerder ideeën van dezelfde strekking naar buiten bracht. In Nederland heeft Achterhuis als volgeling van Illich furore gemaakt. Illich wijst de gehele geïnstitutionaliseerde dienstverlening af. Dit middel is erger dan de kwaal. Gezondheidszorg maakt de mensen eer ziek dan gezond. In het algemeen werkt de zorg verslavend en maakt de mensen afhankelijk. De school verstikt de talenten eerder dan ze te ontwikkelen. De leraar oefent een macht uit die nauwelijks ingeperkt wordt door restricties die in andere instituten vanzelfsprekend zijn<sup>4</sup>.

Illich biedt geen uitgewerkt alternatief, de kwalen zijn inherent aan onze maatschappijvorm en lenen zich slechts voor partiële oplossing<sup>5</sup>. Niettemin is hij radicaal, en met hem Achterhuis, in zijn voorstellen tot besnoeiing van de hele welzijnssector. Achterhuis echter tekent daarbij aan, dat dit niet lukraak mag gebeuren, want dat er ook dienstverlening is die wel degelijk bijdraagt tot het welzijn<sup>6</sup>.

Argumenten contra welzijnsbeleid werden pas luid toen de middelen krap werden. Uiteraard wordt daarbij gebruikt gemaakt van de kritiek die er op de welzijnssector is uitgeoefend. Soms heeft men de indruk dat deze kritiek in al zijn eenzijdigheid handzaam te pas komt op een moment dat de prioriteiten gaan verschuiven, maar ook worden de grondgedachten van het beleid aangevochten.

De discussie over de welzijnssector spitst zich sterk toe op de rol van de overheid bij de zorg voor het individueel welzijn. De grondgedachten hierover zijn van verschillende politiek-filosofische herkomst, maar bleken in feite goed gecombineerd te kunnen worden. Drie soorten opvattingen hebben volgens de literatuur ten grondslag gelegen aan het tot nu

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld M. Kamphuis e.a., *Helpen als ambacht*; Baarn, Bosch en Keuning, 1951.

<sup>3</sup> H.C.J. Duijker, 'De ideologie der zelfontplooiing'; *De problematische psychologie en andere psychologische opstellen*, Meppel, Boom, 1979, blz. 137.

<sup>4</sup> I. Illich, *Ontscholing van de maatschappij*; Baarn, Het Wereldvenster, 1977, blz. 45 en 49.

<sup>5</sup> Overigens is het een misverstand dat Illich terug zou willen naar een voorbije samenleving. Illich wil bij voorbeeld de techniek niet afschaffen, integendeel, hij wil de techniek op andere wijze toepassen, losgemaakt van de macht die de dienstverlenende professie erthans over heeft. In *Ontscholing van de maatschappij* doet hij daarover ook voorstellen.

<sup>6</sup> H. Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk: een kritiek van de andragogie*; Baarn, Ambo, 1979, blz. 229.

toe gevoerde beleid<sup>7</sup>. Ten eerste de opvatting dat ieder slechts voor zichzelf kan bepalen wat zijn geluk uitmaakt en dat de overheid hier tegenover een morele neutraliteit dient te bewaren. Het streven naar een zo groot mogelijk nut door ieder individu afzonderlijk zou leiden tot de meest rationele maatschappelijke organisatie.

Naast deze *utilitaire* welzijnsopvatting heeft de *charitas*gedachte een rol gespeeld. Hulpbehoevende individuen dienen niet aan hun lot te worden overgelaten. Er is een zekere verplichting van de gemeenschap tot het lenigen van individuele behoeften en noden. Ten derde is van invloed de opvatting dat men een *recht* kan doen gelden op de beschikbare voorzieningen. Mensen hebben ongelijke mogelijkheden zich geluk te verschaffen, maar hebben hierop wel gelijke rechten. Deze opvattingen kunnen verbonden worden met respectievelijk liberale, confessionele en socialistische politieke stromingen. Zij krijgen daar althans een verschillend gewicht. In de loop van de tijd hebben deze opvattingen een brede maatschappelijke steun gekregen. De opvattingen over de rol van de overheid bij het bevorderen van het individueel welzijn lijken geleidelijk aan naar elkaar te zijn toegesproeid.

Gouldner meent dat men van het utilitaire denken niet alleen kan spreken als een politiek-filosofische stroming, maar dat de hele cultuur er in de 19e eeuw van doordrongen raakte<sup>8</sup>. Het beïnvloedde de relaties tussen de burgers en de staat in die zin dat politieke loyaliteit steeds meer afhankelijk werd gesteld van de bijdrage van de staat tot het individueel welzijn, niet alleen als feit maar ook als een kwestie van recht en principe.

Het utilitaire denken bleek zich goed te verstaan met de *charitas*gedachte, de zedelijke plicht tot hulpverlening, en met de opvatting dat de zorg voor het welzijn een publieke verantwoordelijkheid is waaraan een individueel recht op goederen en diensten wordt verbonden.

In deze opvattingen paste de uitbreiding en differentiatie van de dienstverlening als bijdrage tot het welzijn, waarbij naast opheffing van noden en tekorten ook een positieve bevordering van welbevinden als doelstelling kwam. Een logisch gevolg is ook dat de dienstverlening niet meer alleen voor beperkte groepen beschikbaar werd gesteld, maar voor iedereen als een recht. De Raad van Europa erkent 'the right to benefit from social welfare services' als een grondrecht van iedere burger. In Nederland kan een burger overigens maar enkele wettelijk verankerde aanspraken op dienstverlening doen gelden (initieel onderwijs en gezondheidszorg). De nogal wijdverbreide opvatting dat er morele rechten bestaan, geldt echter voor veel meer dienstverlening.

Overigens wordt er kritiek geleverd op de gedachte dat er een recht op welzijnsvoorzieningen bestaat. Ten onzent heeft vooral Schuyt gewezen op het proces dat in gang gezet is door de toekenning van formele subjectieve rechten. Volgens hem is de verzorgingsstaat — getoetst in de sleutel van de rechtvaardigheid — onderworpen aan een in principe eindeloos aantal eisen op grond van die rechtvaardigheid. Aan allocatie van voorzieningen via de *charitas* of via de markt zijn grenzen te stellen. Allocatie door middel van regeling door de overheid is van andere aard.

<sup>7</sup> G.M. van Asperen, 'Met de beste bedoelingen ...; Over de ideologie van de verzorgingsstaat'; *Filosofie en praktijk*, december 1981, 2e jaargang nr. 4, blz. 167-180.  
J.A.A. van Doorn, *De discussie over welzijnsbeleid*; januari 1982, notitie ten behoeve van dit project van de WRR.  
A.W. Gouldner, *The coming crisis of western sociology*; Londen, Heinemann, 1971, blz. 61 e.v..  
M. Janowitz, *Social control of the Welfare State*; Chicago/Londen, University of Chicago Press, 1976, blz. 17 e.v..  
A.W. Gouldner, op. cit., blz. 72.

'Rechten geven een ander verloop aan het toedelingsproces met name door precedentwerking, algemene en universeel geformuleerde regels en de eis tot rechtsgelijkheid, hetgeen per definitie een vergelijking in het leven roept'<sup>9</sup>. Er zou aan toe te voegen zijn dat er in de welzijnssector niet eens sprake hoeft te zijn van geformaliseerde rechten, dat morele rechten in principe dezelfde gevolgen hebben.

De toepassing van formele of morele rechten vergt vrijwel altijd beoordeling en afweging, waarbij weinig harde criteria kunnen worden gebruikt. De functionaris die deze discretionaire bevoegdheid uitoefent, zal op grond van gelijke rechtsbedeling het zekere voor het onzekere nemen.

Schuyt acht het ondanks zijn kritiek toch riskant om de formele rechtvaardigheid te vervangen door een substantieve rechtvaardigheid waarbij doelstellingen de plaats van bindende regels innemen. Hij is bang dat de doelstellingen de overhand over de regels zullen krijgen en dat daarmee de verworvenheden van de rechtsstaat teloorgaan<sup>10</sup>.

Het is opvallend dat rechten zo weinig in verband gebracht worden met plichten als het gaat om de verworvenheden van de verzorgingsstaat. De Swaan geeft hiervan een verklaring die impliceert dat dit noch mogelijk noch noodzakelijk is. In navolging van Elias ziet hij zich in de maatschappij een aantal 'ontvouwingsprocessen' voltrekken, die gemaakt hebben dat mensen op steeds ingewikkelder wijze van elkaar afhankelijk zijn geworden. Het besef van deze gegeneraliseerde verafhankelijkheid uit zich als 'sociaal gevoel'. Sociaal gevoel drijft iemand niet tot directe hulpverlening aan de evenmens, maar tot het uitspreken van de eis dat 'er iets aan gedaan moet worden', met andere woorden dat de staat hulp moet bieden. De verstatelijking van de verzorgingsarrangementen, de woorden zijn van De Swaan, is de tegenhanger van de algemene verafhankelijkheid. De staat wordt aansprakelijk voor de verzorging; de staat ontleent zijn aanspraken op de betalingen en inspanningen van zijn burgers door zijn prestaties in de verzorging van die zelfde mensen als cliënten<sup>11</sup>. Niet alleen ligt in het diffuse sociale gevoel de basis voor het stellen van eisen, in de generalisering van de tegenprestatie ligt ook de basis voor de mening, dat men 'iets terug moet krijgen voor zijn belastingcenten', dat men 'maar voor anderen op moet draaien', enzovoort.

Het ontbreken van een directe relatie tussen rechten en plichten wordt door anderen dan ook juist als het bezwaar van de verzorgingsstaat aangevoerd en als een oorzaak van de consumptieve houding van de ontvangers. Van deze zijde wordt er daarom de nadruk op gelegd dat een recht op voorzieningen nog niet inhoudt, dat deze gratis verkrijgbaar zijn. Het betekent alleen dat zij die niet in staat zijn ervoor te betalen, niet van de voorzieningen uitgesloten mogen worden. De mogelijkheid van een niet-financiële tegenprestatie hoort men weinig noemen. Een recht op gezondheidszorg zou dan gekoppeld worden aan de plicht om zo goed mogelijk voor eigen gezondheid te zorgen. Een recht op educatie zou verplichten om deze ten nutte van de maatschappij aan te wenden. Echter niet alle groepen die behoefte aan dienstverlening hebben, zijn in staat tot een dergelijke tegenprestatie (bijv. geestelijk gehandicapten, hoogbejaarden). Dat men in het beleid weinig van deze plichten uitgaat en ook niet van sociaal gevoel dat leidt tot directe hulpverlening, is het gevolg van genoemde utilitaristische interpretatie van het menselijk stre-

<sup>9</sup> C.J.M. Schuyt, 'De fragmentering van bestuur en beleid in de verzorgingsstaat'; *Planning als maatschappelijke vormgeving*, onder redactie van J.K.M. Gevers en R.J. In 't Veld, boekaflevering Mens en Maatschappij, 54e jaargang, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980, blz. 33 e.v..

<sup>10</sup> C.J.M. Schuyt, Citaat uit een niet gepubliceerd verslag van een inleiding voor stafmedewerkers van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

<sup>11</sup> A. de Swaan, 'De mens is de mens een zorg; over verstatelijking van verzorgingsarrangementen'; *De Gids*, 1976, 139e jaargang nr. 1/2, blz. 35-47.

ven naar welzijn. In de interpretatie die Van Asperen van het utilitarisme geeft, ligt er zelfs een rechtstreeks verband tussen deze filosofie en een samenleving waarin de staat de burgers goederen en diensten ter consumptie verstrekt, maar waarbij de mens in zijn vermogen tot verantwoordelijk kiezen, beslissen of handelen niet wordt aangesproken. De burger wordt gedegradeerd tot een min of meer goedverzorgde consument<sup>12</sup>.

Overigens komt in de welzijnssector het utilitarisme maar op zeer gebrekkige wijze aan bod, omdat de consument wel kennis kan nemen van de baten maar niet of slechts gebrekkig van de kosten. Daarnaast kan men erop wijzen dat het menselijk streven maar voor een gering deel gebaseerd is op rationele principes van eigen nutsmaximalisatie<sup>13</sup>. In werkelijkheid is men veel meer bezig met de ander, zowel in goedwillende als in kwaadwillende zin. Bij de kwaadwillende is de overheid intensief betrokken door het stellen van regels en het bewaken van de naleving ervan. Met de goedwillende kant wordt weinig rekening gehouden en 'altruïstische' initiatieven worden soms door regels beperkt of zelfs afgestraft.

### 2.1.2 Sociale gelijkheid

Toepassing van het begrip gelijkheid vergt verbijzondering in de vraag tussen wie gelijkheid moet bestaan en in welke opzichten. In welzijnswerk en welzijnsbeleid vinden we de doelstelling gelijkheid dan ook in verschillende vormen terug, en wel als vermindering van sociale en economische ongelijkheid tussen bevolkingsgroepen en als gelijke voorziening in noden en behoeften van allen. Deze doelstellingen worden achtereenvolgens besproken.

De welzijnssector zou kunnen en moeten bijdragen tot vermindering van de sociale en economische ongelijkheid, die zich uit in de ongelijke verdeling van kennis, macht, bezit en inkomen. Met name voor het onderwijs is deze doelstelling steeds belangrijker geworden. Er bestaan uiteenlopende, meer en minder onderbouwde theorieën over het verband tussen onderwijs en sociale ongelijkheid<sup>14</sup>, waarbij vooral het verband tussen onderwijs en inkomen veel belangstelling heeft gekregen. Ten aanzien van het onderwijs is in Nederland een leidende gedachte geweest dat een gelijkere uitgangspositie wat betreft kennis en vaardigheden ook de maatschappelijke kansen gelijk zal maken. In het WRR-rapport Over sociale ongelijkheid is gesteld, dat grotere sociale en economische ongelijkheid niet uitsluitend langs de weg van het onderwijs tot stand gebracht kan worden, maar sterk afhankelijk is van gelijktijdige veranderingen binnen het arbeidsbestel, met name binnen de arbeidsorganisatie<sup>15</sup>.

Rond 1970 bestond ook de opvatting dat andere onderdelen van de welzijnssector (bijv. opbouwwerk) de machtsongelijkheid zouden kunnen verminderen. Deze periode van euforie veranderingsgeloof heeft echter maar kort geduurd. Wef bleef daar een doelstelling uit over, die op meer indirecte wijze zou kunnen bijdragen aan de vermindering van ongelijkheid tussen bevolkingsgroepen, namelijk bewustmaking van iemands maatschappelijke positie en politieke activering.

Het toedelingscriterium voor dienstverlening met de doelstelling vermindering van sociale ongelijkheid is de maatschappelijke achterstand van een groep, meestal gemeten aan opleidings- en inkomensniveau.

<sup>12</sup> G.M. van Asperen, op. cit., blz. 75.

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld: K.E. Boulding, *The meaning of the 20th Century; The great transition*; New York, Harper & Row, 1965, blz. 175.

<sup>14</sup> W.A.W. van Wolstijn, *Kansen op onderwijs, Een literatuurstudie over ongelijkheid in het Nederlandse onderwijs, Voorstudies en achtergronden V1*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975.

<sup>15</sup> WRR, *Over sociale ongelijkheid*; Rapporten aan de Regering nr. 16, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 158.

Doelstelling en criterium worden vrij algemeen aanvaard, maar geven geen uitsluitel over de aard van de benodigde voorzieningen. Hoewel dat zelden gedaan wordt, kan men in twijfel trekken of door de overheid verstrekte voorzieningen nu wel altijd zo dienstig zijn voor het verminderen van sociale ongelijkheid. Als het niet gaat om zeer elementaire behoeften (zoals bijv. enige kennis van de Nederlandse taal of minimale sociale vaardigheden), maar om verdergaande emancipatie is het nut van door de overheid verstrekte diensten nog niet zo zeker. Emancipatie als het zich verwerven van gelijke rechten en kansen moet bevochten worden op samenleving en overheid. Als het elan hiertoe aanwezig is in een sociale beweging is overheidssteun nauwelijks nodig. Als het elan niet (meer) is, zullen de voorzieningen het niet opwekken. Veeleer vallen zij in een vacuüm en zullen daardoor van karakter veranderen.

Ongelijkheid kan zich binnen de welzijnssector uiten in een ongelijke beschikbaarheid voor en ongelijk gebruik van voorzieningen door sociaal-economisch onderscheiden bevolkingsgroepen. Dit wordt als onrechtvaardig gezien als de sociaal-economisch minder bedeelde groepen te kort komen, niet alleen omdat zij geacht worden zich deze voorzieningen niet op de vrije markt te kunnen kopen, maar ook uit een oogpunt van tertiaire inkomensverdeling. Men gaat er dan vanuit dat de behoefte wel aanwezig is, ook als deze niet aan de dag treedt. De behoefte zou gewekt moeten worden. Hier is sprake van een emancipatiestreven dat tot uitdrukking kan komen in omvattende sociale bewegingen (bijv. het feminisme) en dat waarschijnlijk ook alleen maar succes vindt in zo'n beweging. De relatie van dergelijke bewegingen tot de overheid is ambivalent, zoals hierboven reeds gezegd.

Ongelijkheid kan ook de vorm aannemen van ongelijke voorziening in verschillende, maar even belangrijk geachte behoeften en noden. De oorzaak kan liggen bij de dienstverlenende instellingen of bij de overheid, die onvoldoende middelen ter beschikking stelt. Een rationele afweging van de urgentie van de verschillende behoeften vindt meestal niet plaats omdat de allocatie van middelen volgens andere mechanismen verloopt, maar ook omdat een rationele afweging nauwelijks mogelijk is.

Te sterker speelt dit waar de dienstverlening steeds meer is verschoven van louter voorzien in noden en tekorten naar algemene verbetering van de kwaliteit van het bestaan. In educatieve en recreatieve voorzieningen wordt het geven van ruimte aan ongelijke wensen en mogelijkheden van individuen onder de noemer 'ontplooiing' aan de man gebracht. Ten aanzien van de zorg vindt men de opvatting dat de dienstverlening situaties moet scheppen die het de dienstontvangers mogelijk maakt zoveel mogelijk op gelijke wijze deel te hebben aan het leven als zij die niet op de dienstverlening aangewezen zijn (bijv. bejaarden, gehandicapten). Gelijkheid heeft hiermee de betekenis gekregen van gelijkelijk voldoen aan ongelijke behoeften. We zijn hiermee weer beland bij de problematiek die onder 'individueel welzijn' werd behandeld: voor het bereiken van deze toestand bestaat geen maatstaf.

Een deel van de vraag naar voorzieningen komt niet voort uit een objectief ongunstige leefsituatie, maar is een gevolg van een subjectief ervaren ongelijkheid door mensen die volgens objectieve criteria boven een bepaald bestaansminimum verkeren. Hoewel eerder is gezegd dat individueel welzijn een maatstaf is voor beleid, lijkt dit hier toch minder gewicht te hoeven krijgen. Deze subjectief ervaren ongelijkheid kan ook worden omschreven als een relatieve deprivatie. In wezen is het verminderen van relatieve deprivatie een moeilijk te realiseren doelstelling. Wanneer in het rapport wordt gesteld dat sociale gelijkheid als doelstelling meer aandacht moet krijgen, is vooral gedacht aan de verbetering van de sociale positie van mensen die in objectief ongunstige omstandigheden verkeren.

Tenslotte, twijfel aan de realiteit van de behoeften, de daarmee verbonden noodzaak om de vraag te binden aan een eigen bijdrage, de vraag of er voor elke behoefte wel een geschikte voorziening is, of er geen andere mogelijkheden zijn om de behoeften te vervullen, of het



welzijn überhaupt gediend wordt met voorzieningen zijn kritiekpunten die in meerderheid al aan de orde zijn geweest.

### 2.1.3 Sociale integratie

Sociale integratie heeft betrekking op de mate waarin een individu of groep in het grotere geheel van een groep of de maatschappij is opgenomen. Dat wordt bepaald door de mate van contact, de relaties en de identificatie met het grotere geheel, die gedragen wordt door een of meer gemeenschappelijke waarden. Integratie kan worden nagestreefd omdat het individu daar baat bij heeft en dat hangt dan samen met opvattingen over individueel welzijn en sociale gelijkheid. Integratie kan worden nagestreefd omdat de samenleving er de voordelen van ondervindt, wat onder andere blijkt uit de afwezigheid van onbeheersbare tegenstellingen en conflicten. Overigens betekent integratie niet dat er volkomen harmonie zou zijn.

Integratie van het individu in de samenleving vindt voor een belangrijk deel plaats via intermediaire groepen. De benadrukking van de noodzaak van het bestaan van intermediaire groepen vindt men in het pluralistische denken. De pluralisten stellen zich op tegenover hen die een eenzijdig vertrouwen stellen in de werking van de markt of de politieke sturing voor het functioneren van de samenleving. Critici in de pluralistische traditie op deze visie wijzen op het risico van het ontstaan van een atomistische samenleving zonder consensus<sup>16</sup>. Zij zijn van mening dat mensen alleen dan op hun eigen voordeel uit zijn, als zij in een sociaal vacuüm verkeren. Dit is een gevolg van een gebrek aan betrokkenheid bij intermediaire groepen tussen het individu en het grotere geheel van de samenleving. In en door intermediaire groepen zou het individu het beste zijn voorkeuren en wensen kunnen articuleren. Pluralisten hebben een hogere verwachting van een 'gemeenschap van gemeenschappen' dan van een gemeenschap van individuen die uitsluitend door het marktmechanisme of politieke vertegenwoordiging worden geïntegreerd. Een consequentie van de wijze van denken is dat de opvatting van individueel welzijn verschilt met die van de utilitaristen. Bij de laatstgenoemden is het individueel nut de uiteindelijke maatstaf. Pluralisten zijn tegen een dergelijke vrij beperkte opvatting van individueel welzijn en wijzen op de grote betekenis van altruïsme en onderlinge solidariteit, die met name tot uiting komen in de verschillende intermediaire groepen. Kernbegrippen in het pluralistische denken zijn: autonomie (van intermediaire groepen), decentralisatie, traditie (in tegenstelling tot wetgeving) en lokalisme.

Het welzijnsbeleid is in de loop van de tijd beïnvloed door pluralistische opvattingen over sociale integratie. Dit blijkt onder andere uit de publieke financiering van een verzuild particulier initiatief in de welzijnssector.

De dienstverlening vindt een belangrijke taak daar waar de relatie tussen individu en groep problemen geeft. Aanpassing van mensen aan de bestaande verbanden van gezin en arbeid en daar dominerende gedragsnormen is lange tijd een doel geweest waarvoor men zich niet schaamde<sup>17</sup>. De zuilen boden de normatieve kaders waarbinnen dit plaatsvond. De eerste kritiek op de aanpassingsfilosofie kwam in Nederland van Milikowski, die het onderzoek, het welzijnswerk en het welzijnsbeleid met betrekking tot de zogenaamde onmaatschappelijkheid aanviel en daartegenover de noodzaak van emancipatie van maatschappelijk zwakke groepen poneerde<sup>18</sup>. Deze kritiek is daarna tot een ware stroom aangezwollen. Er blijkt uit dat de doelstellingen van integratie en

<sup>16</sup> Denkers in de pluralistische traditie zijn onder andere: Tocqueville, Durkheim en Weber. Zie R. Nisbet, *The Social Philosophers*; St. Albans, Paladin, 1976, blz. 387-444.

<sup>17</sup> M. Kamphuis e.a., op.cit., blz. 78.

<sup>18</sup> H.Ph. Milikowski, *Sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1961.

gelijkheid kunnen botsen, waarbij men vermindering van ongelijkheid als een voorwaarde voor integratie van groepen in de samenleving stelt. Door allerlei categorieën werd vervolgens de nadruk steeds meer gelegd op het belang van gelijkheid voor individueel welzijn, wat zich niet zou verdragen met aanpassing aan traditionele normen en verbanden (vrouwen, jeugdigen, homoseksuelen enz.).

Het nastreven van integratie van individuen in intermediaire groepen lijkt thans strijdig te zijn met maatschappelijke ontwikkelingen, maar kan aan de andere kant juist verdedigd worden onder verwijzing naar deze ontwikkelingen. In recente beschouwingen van cultuurcritici als Lasch wordt geconstateerd dat westerse samenlevingen over het algemeen pluralistisch zijn, maar dat de met de verschillende intermediaire groepen verbonden waarden in toenemende mate worden gerespectueerd. Individuen stellen zich ten opzichte van deze groepen op als consumenten, en beoordelen deze op het individuele nut. De plichten ten opzichte van de sociale groepen waartoe men behoort, zouden een relatieve waarde hebben. Dit zou tot uiting komen in uiteenlopende verschijnselen als secularisatie, de relaties tussen ouders en kinderen en jeugdcriminaliteit. Deze uitspraken lijken een kern van waarheid te bevatten, maar zijn van een miskenning van de betekenis van sociale veranderingen niet vrij te pleiten<sup>19</sup>.

In andere vorm deed de discussie over integratie zich voor ten aanzien van de buitenlandse minderheden. Lange tijd probeerde men de kool en de geit te sparen door het gebruik van de leuze 'integratie met behoud van eigen identiteit'. In de praktijk ging dit gepaard met een grote afzijdigheid van de overheid ten aanzien van de problemen van maatschappelijke achterstand en discriminatie<sup>20</sup>. Elke vorm van aanpassing is een zekere inbreuk op de culturele identiteit van de groep, maar is ook een voorwaarde voor meer gelijkheid en onder omstandigheden voor het individuele welzijn.

De dienstverlening heeft ook taken in het geval dat individuen niet in hun leef- en werkverband te handhaven zijn. De dienstverlening legitimeert de uitstoting (keuring voor WAO, psychiatrisch rapport en rapport maatschappelijk werker bij justitiële procedures, werk indicatiecommissie bejaardenoordelen) en zorgt voor opvang (intramurale zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten, alsmede voor criminelen, sociaal-cultureel werk voor ouderen en werklozen). In het woord uitstoting ligt eigenlijk de kritiek al opgesloten. Het zou voorheen, toen deze voorzieningen juist als een grote vooruitgang werden gewaardeerd, niet in de gedachten opgekomen zijn. Naarmate men echter een goede materiële verzorging meer als vanzelfsprekend ging beschouwen, begonnen de bezwaren tegen uitsluiting van de 'normale' leef- en werkverbanden meer gewicht te krijgen. Men realiseerde zich dat de intramurale zorg in tal van opzichten het 'natuurlijk milieu' niet kan vervangen. Bovendien wordt de maatschappij in gebreke gesteld die haar problematische leden te gemakkelijk zou afschuiven.

In algemene zin gaat het erom dat integratie van een individu in een groep niet gewaardeerd wordt los van aard en functioneren van de groep en de positie van de groep in het grotere geheel van de samenleving. Macro-sociaal gezien heeft integratie derhalve betrekking op het evenwicht tussen uniformiteit en pluriformiteit in de samenleving. Dit evenwicht is dynamisch, de samenleving is in beweging. Zo is het vroeger tussen de zuilen bestaande evenwicht verdwenen, de pluriformiteit is van karakter veranderd en volgens sommigen toegenomen. In ieder geval is de pluriformiteit minder hecht gestructureerd en georganiseerd. Nieuwe belangengroepen ontstaan, splitsen zich, verdwijnen weer of

<sup>19</sup> C. Lasch, *The culture of narcissism*; Bungay, Suffolk, Richard Clay Ltd., 1980

<sup>20</sup> WRR, *Etnische minderheden*; Rapporten aan de Regering nr. 17, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.

worden geflankeerd door belangengroepen waarvan de doelstellingen weinig verschillen. Secularisering en professionalisering doen de vraag rijzen in hoeverre de traditionele koepels van het welzijnswerk nog een achterban hebben. Voor de overheid wordt het een probleem met wie nu eigenlijk onderhandeld moet worden, maar dit is slechts een aspect van de wezenlijker vraag in hoeverre pluriformiteit moet worden bevorderd of wel afgeremd ten behoeve van integratie op verschillende niveaus. In een tijd van economische groei is het mogelijk de wensen van bestaande en zich nieuw aandienende groepen te erkennen. Dan hoeft er in het algemeen minder nadrukkelijk een uitspraak te worden gedaan welke behoeften wel, en welke niet legitiem zijn en in aanmerking komen voor publieke financiering. In tijden van grotere schaarste ontstaat er echter een dwingend afwegingsprobleem. Dit is moeilijk oplosbaar als de maatschappelijke tolerantie dan onvoldoende is, en er niet geaccepteerd wordt dat groepen met afwijkende opvattingen ten opzichte van de dominante cultuur ondersteuning uit publieke middelen ontvangen.

#### 2.1.4 Sociale stabiliteit

Evenmin als sociale integratie gaat sociale stabiliteit samen met volkomen harmonie in het maatschappelijk leven. Het bestaan van onbeheersbare tegenstellingen en conflicten is echter wel een aanwijzing voor instabiliteit. Met stabiliteit wordt evenmin bedoeld op onveranderlijkheid, integendeel, stabiliteit heeft betrekking op het bestaan van een dynamisch evenwicht tussen continuïteit en verandering. Onze samenleving wordt gekenmerkt door een taakverdeling, waarbij rond elke taak een ingewikkeld systeem van betrekkingen of sociale instituties is ontstaan. Zo kunnen we spreken van het economisch systeem, het bestuurs-systeem, het onderwijssysteem, enzovoort. Deze instituties voorzien te zamen in de verscheidenheid van menselijke behoeften. Stabiliteit bestaat wanneer de systemen globaal genomen in wederkerige aanvulling functioneren, instabiliteit wanneer dit evenwicht er niet is. Stabiliteit is dus de integratie van sociale instituties binnen het totale maatschappelijke systeem.

Sociale integratie in de zin van 2.1.3 en sociale stabiliteit staan niet los van elkaar, omdat individuen en groepen deel uitmaken van of betrokken zijn bij sociale instituties. Zij gaan echter ook niet onverbrekkelijk samen. Zij kunnen zich immers in verschillende segmenten van de maatschappij voordoen. Zo kan een bepaalde groep weinig geïntegreerd zijn in de samenleving zonder dat dit de stabiliteit van de samenleving als geheel in gevaar brengt. Als evenwel de centrale sociale instituties uit balans raken, heeft dit ook gevolgen voor de sociale integratie.

Stabiliteit is door de overheid nooit zo expliciet als doel gesteld in het beleid ten aanzien van de dienstverlening. Niettemin heeft het voorkomen en verminderen van instabiliteit duidelijk een belangrijke rol gespeeld. Wilensky<sup>21</sup> heeft aangetoond dat, onafhankelijk van politieke en culturele verschillen tussen landen, bij het bereiken van een bepaald stadium van economische ontwikkeling, er een gelijkheid ontstaat op het punt van welzijnsvoorzieningen. Sommige auteurs zien een eenzijdig verband. Zij verklaren het ontstaan van de welzijnssector uit de economische groei. De marktsector zou het draagvlak vormen van de welzijnssector. Anderen onderscheiden echter duidelijk een bepaalde interdependentie: de welzijnssector heeft ook bijgedragen aan de economische groei. In economische studies wordt gewezen op de stabiliserende werking van collectieve uitgaven, en de functie die voorzieningen hebben voor de arbeidsmarkt door tijdelijk werklozen op te vangen. Deze interdependentie wordt door sommigen nog verder gespecificeerd. Titmuss

<sup>21</sup> H.L. Wilensky, *The Welfare State and Equality*; Los Angeles, Houston, Beverly, 1975.

wijst bijvoorbeeld op het feit dat gezondheidszorg de kosten van bedrijfsongevallen van bedrijven overneemt<sup>22</sup>. Dit kan nog aangevuld worden met observaties over de rol van gezondheidszorg bij het legitimeren en voorkomen van arbeidsverzuim; de betekenis van gezinsverzorging, die een blijvende inzet van arbeidskrachten mogelijk maakt, als de partner door ziekte de kinderen niet kan verzorgen; de noodzaak van informatieoverdracht voor overheidsbeleid en arbeidsmarkt waarin de welzijnssector voorziet; de rol van het onderwijs bij de opleiding van arbeidskrachten.

Over de vraag of welzijnsvoorzieningen deze functies moeten vervullen, en dus integratie van instituties een doelstelling van specifiek welzijnsbeleid moet zijn, wordt verschillend gedacht. In de discussie over welzijnsbeleid spelen nog steeds de opvattingen van Spencer een rol, die van mening was dat sociale voorzieningen de natuurlijke evolutie van nieuwe soorten van sociale organisatie in de weg zou staan<sup>23</sup>. In economische beschouwingen worden meer recent bezwaren geuit tegen de hoge collectieve kosten, die schadelijk zouden zijn voor de marktsector. Verdergaand is de kritiek van auteurs als Lasch, Illich en Achterhuis, die niet alleen gericht is tegen de welzijnssector als zodanig, maar ook tegen de vergaande maatschappelijke arbeidsverdeling waardoor de welzijnssector als afzonderlijke institutie nodig is geworden. Met name Illich<sup>24</sup> en Lasch<sup>25</sup> leggen een verband met de industrialisering, waardoor vooral het gezin sterk aan betekenis voor het voorzien in individuele behoeften heeft ingeboet. Functies van het gezin zouden zijn overgenomen door onderwijs, gezondheidszorg en andere welzijnsvoorzieningen. Dit zou weer het gevolg zijn van economische eisen. Welzijnsvoorzieningen zouden in het vigerende economische stelsel geschikter zijn dan het gezin arbeidskrachten op te leiden en te recruter en bovendien te zorgen dat mensen de bij de massaproductie en massaconsumptie behorende waarden onderschrijven. Institutionele voorzieningen zouden meer authentieke behoeften vervangen door kunstmatige, die passen bij het heersende economische stelsel.

In dit rapport wordt integratie van instituties c.q. sociale stabiliteit als een doelstelling van welzijnsbeleid beschouwd. Uit de kritiek op de welzijnssector wordt echter overgenomen dat dit het risico inhoudt dat hierdoor maatschappelijke verhoudingen en ontwikkelingen worden gevolgd, die in ander opzicht ongewenst zijn, bijvoorbeeld in verband met het effect op het individueel welzijn. Sociale stabiliteit wordt in dit rapport dan ook gezien als een doelstelling van niet alleen het specifiek welzijnsbeleid. Het kan meer adequaat zijn door andere vormen van beleid dan door het bieden van welzijnsvoorzieningen, de sociale stabiliteit te bevorderen. Als bijvoorbeeld door een sterke negatieve selectie in het arbeidsbestel gehandicapte mensen niet meer aan bod komen, kunnen zij worden opgevangen door het scheppen van speciale voorzieningen zoals sociale werkplaatsen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Het is echter ook mogelijk aan de andere kant te beginnen en een evenwicht te zoeken door het uitvoeren van de wettelijke verplichting dat een bepaald minimumpercentage van de arbeidskrachten moet bestaan uit gehandicapte mensen. Dit kan tegelijkertijd de doelstelling van sociale integratie dienen.

<sup>22</sup> R.M. Titmuss, *Social Policy, an introduction*; London, Allen & Unwin, 1974. Zie in het bijzonder het hoofdstuk over 'Social costs and Social change', blz. 65.

<sup>23</sup> Geciteerd bij R. Pinker, *Sociologie en Sociaal Beleid*; Meppel, Boom, 1973, blz. 18.

<sup>24</sup> Zie bijvoorbeeld: I. Illich, *Toward a history of needs*; New York, Bantam, 1980.

<sup>25</sup> Chr. Lasch, *Haven in a Heartless World, The Family Beseiged*; New York, Basic Books, 1979.

## 2.2 Middelen van het welzijnsbeleid

### 2.2.1 Markt of regel

De afstemming van vraag en aanbod met het oog op een optimale aanwending van de beschikbare financiële middelen vormt één van de centrale beleidsvraagstukken in de welzijnssector. Met betrekking tot de vraag welke besluitvormingsmethoden het meest geëigend zijn voor deze afstemmingsproblematiek, is de keuze tussen markt en overheidsregulering hoogst actueel.

De markt biedt in beginsel een stelsel van besluitvorming en coördinatie dat het mogelijk maakt om de zeer gevarieerde vraag van de burgers te koppelen aan een toegesneden aanbod. De afweging tussen marginale kosten en baten ligt bij het individu. Ieder kan aldus in eigen verantwoordelijkheid beslissen welk deel van het besteedbaar inkomen men voor dienstverlening wil bestemmen. Individuele voorkeuren ten aanzien van de verschillende vormen van dienstverlening kunnen in het geval van marktcoördinatie tot op grote hoogte tot gelding worden gebracht. Voorts is de kostentoedeling bevredigend geregeld; wie economischer gebruik maakt van de dienstverlening, betaalt navenant minder. Besluitvorming en coördinatie door middel van de markt veronderstellen onder meer de aanwezigheid van een voldoende koopkrachtige vraag en het bestaan van consumentensoevereiniteit. De dienstverlening heeft zich ontwikkeld tot een professionele activiteit bij uitstek; van volledige consumentensoevereiniteit is geen sprake. Het streven naar vermindering van ongelijkheid vond uitdrukking in collectieve financiering van voorzieningen. Immers de sterke spreiding der risico's en de veelheid van kleine kansen op zeer hoge niet of nauwelijks voorzienbare kosten brengen met zich mee dat het individu wordt geconfronteerd met kosten die niet zelfstandig kunnen worden opgebracht. Bij coördinatie door middel van de markt worden in het algemeen lange-termijnontwikkelingen onvoldoende onderkend en ingecalculeerd. Bovendien bestaat er ten aanzien van de welzijnsvoorzieningen niet alleen een individuele vraag, maar tevens een maatschappelijke, zoals blijkt uit de voorgaande beschouwing over de doelstellingen van het welzijnsbeleid. Factoren als deze hebben ertoe geleid dat met name in de na-oorlogse periode de coördinatie door middel van centrale planning steeds meer op de voorgrond is getreden. In de typologie van Pinker heeft er een verschuiving plaatsgevonden van het residuele naar het institutionele model voor de vormgeving van het welzijnsbeleid.

Op grond van de tot nu toe opgedane ervaringen binnen en buiten de welzijnssector worden steeds meer twijfels geuit over de mogelijkheid van een omvattende planning. Het is bijzonder problematisch om individuele voorkeuren in de publieke besluitvorming evenwichtig te honoreren. Vermaat constateert in dit verband het volgende: 'In de besluitvorming zijn er tal van 'ruis' veroorzakende factoren, zoals gebrekkige representatie, stemmenruil door politici op afstand van de kiezers, de scheiding van kosten en baten en het verbergen van zuivere voorkeuren. Een zelfstandige rol speelt hierbij het verschijnsel van de maatschappelijke belangengroepen'<sup>26</sup>. Bij de beleidsuitvoering speelt het budgetmechanisme in enigerlei vorm een belangrijke rol<sup>27</sup>. Daarmee komt de directe band tussen gebruiken en betalen te vervallen. Dat kan ertoe leiden, dat de premie- en belastingbetaler zijn bijdrage aan de bekostiging tracht af te wentelen. Het doeltreffend functioneren van een budgetmechanisme vereist dat nauwkeurig de behoeften en prioriteiten met betrekking tot collectieve goederen en diensten kunnen worden vastgesteld, omdat de prijs zijn sturende werking niet meer kan uitoefenen.

<sup>26</sup> A.J. Vermaat, 'Frictie of koppeling; Besluitvormingsproblemen in een gemengde economie'; *Economisch Statistische Berichten*, 16 oktober 1980, 65e jaargang nr. 3276, blz. 1163.

<sup>27</sup> *Ibid.*, blz. 1162-1163.

Het ontbreken van andere geschikte behoefte- en schaarste-indicatoren en de hiervoor aangehaalde gebreken van de publieke besluitvorming brengen het gevaar met zich mee dat de beleidsuitvoering in een aantal opzichten ondoeltreffend en ondoelmatig geschiedt. Dit gevaar wordt vergroot doordat ook de prestaties in de welzijnssector moeilijk te controleren zijn. Normen voor personeelsvoorziening en criteria voor prestatiebeoordeling zijn nauwelijks voorhanden. Dit leidt in de praktijk vaak tot budgetmaximalisatie in plaats van aandacht voor doelmatigheidsbevordering.

Als gevolg van het inzicht dat zowel de markt als de publieke besluitvorming kunnen falen, vindt momenteel een herbezinning plaats omtrent de rol die de markt en de overheidsregulering zouden moeten spelen bij allocatievraagstukken in de welzijnssector.

## 2.2.2 *Overheid of particulier initiatief*

De dienstverlening wordt van oudsher gekenmerkt door velerlei vormen van particulier initiatief. Vooral in de laatste decennia heeft de publieke financiering van het particulier initiatief een hoge vlucht genomen. Binnen het voor onze huidige samenleving kenmerkende institutionele karakter van de dienstverlening vormt de afbakening van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de overheid en het particulier initiatief een vraagstuk van de eerste orde<sup>28</sup>.

De overheid wordt allereerst aangesproken op haar directe of indirecte verantwoordelijkheid voor de besteding van de collectieve financiële middelen. Gezien de veelheid en verscheidenheid van behoeften en voorzieningen en de verschuivingen die zich zowel aan de vraag als de aanbodzijde kunnen voordoen, is een actief controlerende opstelling van de kant van de overheid vereist, ten einde te bevorderen dat vraag en aanbod zo doelmatig mogelijk op elkaar worden afgestemd. Voorts hebben onderwijs, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening het karakter gekregen van een sociaal grondrecht. Iedere burger moet ongeacht zijn maatschappelijke positie gelijke toegang hebben tot de benodigde voorzieningen; in beginsel moeten alle financiële en culturele drempels voor het gebruik worden weggenomen. Deze rechtszekerheid en rechtsgelijkheid kunnen het best door de overheid via wettelijke regelingen worden gegarandeerd. Door de overheid een belangrijke rol te verschaffen in de dienstverlening wordt deze sector uit de bedelings sfeer gehaald — waarmee hij historisch verbonden is — en wordt benadrukt dat het gaat om rechten van burgers. Voorts worden overheidsdiensten gekenmerkt door een democratische controle; bij veel instellingen van particulier initiatief zou daarvan doorgaans nauwelijks sprake zijn. Als argumenten pro financiering door de overheid van de welzijnssector worden vaak genoemd, dat hierdoor de continuïteit en de kwaliteit van de dienstverlening worden gegarandeerd. Tenslotte mag bij de dienstverlening niet alleen het individueel welzijn voorop staan, maar dient tevens het algemeen belang in het oog te worden gehouden. De overheid is de eerst aangewezen om erop toe te zien dat de maatschappelijke doelstellingen effectief en efficiënt worden gerealiseerd.

Hiermee zijn de belangrijkste overwegingen pro aanzienlijke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de overheid geschetst. In uiterste instantie zou kunnen worden overgegaan tot een nationalisatie van het welzijnswerk.

Er zijn echter ook verschillende argumenten die pleiten voor een bescheiden rol van de overheid en een belangrijke rol van het particulier initiatief. De dienstverlening is sterk gespecialiseerd en geprofessionaliseerd. De deskundigheid van de overheid kent zijn grenzen en het

<sup>28</sup> Zie bijvoorbeeld: Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, *Overheid en particulier initiatief; Verslag van het welzijnscongres 1976 over het particulier initiatief in relatie tot het overheidsbeleid*; Publikatie nr. 47, 's-Gravenhage, NRMW, 1976.

is vanuit dat gegeven wenselijk om waar nodig en mogelijk de besluitvorming te laten geschieden door ter zake gespecialiseerde deskundigen. Aldus kan een overbelasting van de overheid worden voorkomen. Welzijnswerk veronderstelt een levens- en maatschappijbeschouwing. Wat dat betreft wordt onze samenleving gekenmerkt door een pluralistische inslag. De culturele veelvormigheid, die doorwerkt in de aard van de dienstverlening, kan het best tot zijn recht komen via het particulier initiatief. Bovendien heeft de welzijnszorg vaak betrekking op de intimiteit van primaire leefverbanden en de privacy van het individu. De zo noodzakelijke vertrouwelijkheid en anonimiteit komen onvoldoende tot hun recht bij de uitvoering van wetten, die vaak een zekere openbare controle veronderstellen. De overheid behartigt in de eerste plaats het algemeen belang en zal de dienstverlening ook vooral vanuit dat perspectief beoordelen. Bij de dienstverlening mogen echter niet alleen de maatschappelijke doelstellingen voorop staan, maar dient ook het individueel welzijn in het oog te worden gehouden. Het particulier initiatief wordt gezien als bij uitstek geschikt om de individuele belangen te behartigen. Overheidsdiensten zijn weliswaar onderworpen aan democratische controle, maar de afstand tussen de organen die deze taak uitoefenen, en de bevolking is groot. Het particulier initiatief daarentegen staat door het sterk lokale karakter dicht bij de bevolking en schept op die manier mogelijkheden voor de gebruikers om het beleid te beïnvloeden. Het gevaar van overmatige bureaucrativering, dat bij overheidsdiensten reëel aanwezig is, doet bij het particulier initiatief minder opgeld. Tenslotte worden als argumenten voor een belangrijke rol van het particulier initiatief vaak opgevoerd de grotere flexibiliteit en de ruimere aandacht voor innovatie van de dienstverlening.

De discussie over de verhouding tussen de overheid en het particulier initiatief heeft in ons land een lange historie. De vraag naar de juistheid en het gewicht van de diverse argumenten pro en contra krijgt in dit rapport de nodige aandacht, niet in de laatste plaats vanwege ontwikkelingen op het gebied van de professionalisering en de ontzuiling, die direct ingrijpen op de verhouding tussen overheid en particulier initiatief.

### 2.2.3 *Samenhang*

Tot voor kort lag in het welzijnsbeleid de nadruk op expansie en differentiatie. Er is een bijzonder gespecialiseerd stelsel van zorg tot stand gekomen, dat een aanzienlijk deel van het BNP omvat. De differentiatie en specialisatie van de zorg is in ons land gepaard gegaan met een dienstovereenkomstige differentiatie en specialisatie van het beleid.

Door de snel groeiende omvang van het gespecialiseerde stelsel en de afnemende economische groei is het bevorderen van samenhang sinds enige jaren een van de speerpunten van het specifiek welzijnsbeleid geworden. Via het ontwikkelen van structuren en processen van interdepartementale coördinatie wordt gepoogd om de diverse zelfstandige aspecten in het beleid weer te integreren. Samenhangend beleid wordt noodzakelijk geacht waar prioriteitenstelling onvermijdelijk is, waar ook op uitvoerend niveau meer onderlinge afstemming vereist is. Want niet alleen op het beleidsniveau, maar ook op het uitvoerend niveau, wordt een vergroting van de samenhang beoogd. De noodzakelijke continuïteit van de zorg en het gegeven dat de zorg op bepaalde momenten beter kan worden overgedragen aan andere dienstverleningsvormen (al dan niet professioneel), hebben de aandacht voor coördinatie in de uitvoerende sector doen toenemen. De signalering dat er sprake is van overlappingsen en witte vlekken in het geheel van de dienstverlening heeft hier eveneens toe bijgedragen.

Sinds het verschijnen van de Knelpuntennota is samenhang een slagwoord geworden in de welzijnssector, samenhang in voorzieningen, samenhang in bestuur, samenhang in beleid. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid dankt er zijn bestaan aan; de Kaderwet Specifiek Welzijn moet samenhang bewerkstelligen in een breed veld van voorzieningen die

verondersteld worden meer verwantschap met elkaar te hebben dan met voorzieningen daarbuiten. Samenhang waartoe, waartussen en in welke opzichten zijn vragen die zich voordoen en die niet los van elkaar kunnen worden beantwoord. Samenhang kan in het algemeen dienen om de doeltreffendheid en/of de doelmatigheid in de welzijnssector te verhogen. Samenhang in dienstverlening lijkt niet bereikt te kunnen worden door louter bestuurlijk-organisatorische ordening. Een dergelijk orderingsbeleid heeft als resultaat slechts een schijnbare samenhang als de geleverde producten (de diensten) niet aangepast worden aan de doelen die men met de structuur wil dienen.

#### 2.2.4 *Centraal of decentraal*

Wanneer de omvang van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de overheid gegeven zijn, is de vraag van centrale of decentrale beleidsvoering aan de orde. In Nederland kennen we momenteel drie niveaus van politieke besluitvorming, de gemeenten, de provincies en de centrale overheid. Zij vormen ieder territoriale eenheden met een eigen door de grondwet gewaarborgde politieke identiteit.

Het vraagstuk van de territoriale decentralisatie is in het welzijnsbeleid zeer actueel. Met name sinds de Knelpuntennota en de Structuurnota worden vele argumenten aanwezig geacht die ervoor pleiten de regelgevende bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de lagere overheden te verruimen ten koste van de centrale overheidsregulering. De belangrijkste argumenten pro decentralisatie zijn:

- bevoegdheden moeten op het laagste niveau berusten waar ze nog adequaat kunnen worden uitgevoerd;
- decentralisatie bevordert de democratie;
- decentralisatie bevordert de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de zorg;
- decentralisatie bevordert de integratie en de samenhang van het beleid;
- decentralisatie bevordert de flexibiliteit van het beleid en de zorg;
- decentralisatie bevordert de verscheidenheid van sociale en fysieke leefmilieus.

Deze voordelen van decentralisatie hebben in belangrijke mate nog het karakter van ongetoetste hypothesen. Er zijn gemeentes en provincies waar de democratie minder gewaarborgd is dan op nationaal niveau. Onvoldoende deskundigheid bij de gemeenten kan de doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg benadelen. In het bestuur van kleine gemeenten kan een sterkere neiging tot conservatisme bestaan dan op nationaal niveau: het gevaar voor verambtelijking en politieke willekeur is dan reëel aanwezig. Decentralisatie kan voorts afbreuk doen aan de doelstelling van sociale gelijkheid.

Samenvattend kan gesteld worden, dat de discussie over centralisatie of decentralisatie tot op heden sterk gekenmerkt werd door a priori opstellingen waarbij ieder ter ondersteuning van het gekozen standpunt de nodige casuïstiek te berde kan brengen. Langzamerhand komen echter ook meer gesystematiseerde ervaringen beschikbaar, die het mogelijk maken om een voorzichtige tussenbalans op te maken. In dit rapport zal aan deze oordeelvorming een bijdrage worden geleverd.

#### 2.2.5 *Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg*

Professionalisering *in engere zin* is het proces waardoor aan beroepsbeoefenaars op grond van speciale op wetenschappelijke kennis gebaseerde deskundigheid en het vertrouwens karakter van de functie een grote mate van autonomie wordt verleend. In verschillende onderdelen van dienstverlening is er sprake van professionalisering. Professionals, met name artsen, staan ten voorbeeld aan andere werkers in de welzijnssector die eveneens streven naar professionele autonomie gesteund op een speciale opleiding. Beroepen kunnen meer of minder ver gevor-



derd zijn op de weg van de professionalisering.

Argumenten pro:

- autonomie draagt bij tot de kwaliteit van de dienstverlening daar het hier gaat om een hoog goed en de behartiging daarvan een vertrouwens karakter heeft;

- de wetenschappelijke deskundigheid die leidt tot specialisatie, draagt eveneens bij tot de kwaliteit van de dienstverlening.

Argumenten contra:

- autonomie kan leiden tot verstarring mede omdat de deskundigheid toch in belangrijke mate een ervaringsdeskundigheid is;

- de vertrouwensrelatie onttaardt vaak in een afhankelijkheidsrelatie;
- specialisatie leidt tot een partiële benadering van de patiënt/cliënt, en tot overdiagnostisering en overbehandeling. Zij draagt bij tot een voortdurende kostenstijging van de dienstverlening;

- professionalisering betekent het ontstaan van georganiseerde beroepsgroepen die het beleid beïnvloeden vanuit hun belangen die maar ten dele die van de dienstverlening zijn.

In *ruimere zin* wordt professionalisering ook gebruikt om aan te geven dat diensten meer en meer beroepsmatig worden verleend. De argumenten pro en contra een beroepsmatige dienstverlening zijn als volgt te groeperen.

Argumenten pro:

- beroepsmatige dienstverlening is bevorderlijk voor de kwaliteit in het algemeen en de beschikbaarheid en continuïteit in het bijzonder;

- beroepsmatige dienstverlening is meer in overeenstemming met het gegeven dat dienstverlening wordt beschouwd als een recht van de individuele burger.

Argumenten contra:

- betaalde krachten hebben een (te) zakelijke benadering van de cliënt;

- beroepsvorming draagt bij tot verstarring in nauw afgebakende taken en is nadelig voor de flexibiliteit van het stelsel van voorzieningen;

- het werk kan vaak evengoed door niet opgeleide krachten, hetzij als vrijwilliger hetzij tegen betaling, geschieden; bij gevolg is het welzijnswerk onnodig kostbaar.

De argumenten ten gunste van de professionalisering zijn voornamelijk gebaseerd op de in verschillende opzichten niet te miskennen kwaliteit van de huidige dienstverlening. Onderzoeken geven echter ook wel steun aan de geuite bezwaren. Algemene uitspraken over de invloed van de overheid op de professionalisering zijn moeilijk, omdat deze per beroep verschilt. Thans gaan de gezichtspunten beheersing van de welzijnssector en eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker van dienstverlening een grote rol spelen bij de vraag of professionalisering moet worden bevorderd of teruggedrongen. Daarbij komt de mogelijkheid van aanvulling of vervanging van beroepsmatige dienstverlening door vrijwillige of zelf- en mantelzorg naar voren. Onder mantelzorg wordt verstaan de zorg die informeel door de directe omgeving van een hulpbehoevende wordt gegeven. Naast de besparing die daarvan het gevolg zou kunnen zijn, wordt de minder eenzijdige nadruk op professionele dienstverlening mede ingegeven door het inzicht dat moet worden voorkomen dat de burgers te sterk afhankelijk worden van de professionele dienstverlening en daarmee de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden uit het oog verliezen.

Zelf- en mantelzorg lijken zich te onttrekken aan overheidsbeleid en vormen daarom misschien minder een punt van discussie. Het is echter toch noodzakelijk zich af te vragen in hoeverre die zelf- en mantelzorg een reële mogelijkheid vormen. De gezinsverdunding en het buitenshuis werken van de gehuwde vrouw maken in ieder geval het gezin niet de meest aangewezen groep voor het verlenen van veel meer fysieke zorg dan thans. Van oudsher zijn familie en buren belangrijk, maar ook zij zullen niet aanzienlijk meer kunnen of willen doen dan nu gebeurt. Nieuwe vormen van mantelzorg ontstaan echter in onderlinge hulpverlening van

lotgenoten in de vorm van netwerken en zelfhulpgroepen. Hiervan lijkt meer te verwachten te zijn dan van het gezin. Daarnaast wordt als reëel alternatief voor de uitvoering van bepaalde welzijnstaken het vrijwilligerswerk naar voren geschoven, waarbij dit wordt verstaan als 'werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving'<sup>29</sup>. Argumenten pro vrijwilligerswerk zijn boven al genoemd. Verder spitst de discussie zich vooral toe op de volgende thema's:

- mogelijke beunhazerij in de vrijwilligerssector;
- mogelijk onvoldoende garanties voor de continuïteit van het vrijwilligerswerk;
- de onevenredig grote druk op vrouwen om vrijwilligerswerk te verrichten;
- de gevolgen voor de werkgelegenheid;
- het oneigenlijke gebruik van de sociale zekerheid, indien werklozen en arbeidsongeschikten op grote schaal vrijwilligerswerk gaan verrichten;
- mogelijke discrepanties tussen vraag en aanbod van vrijwilligerswerk.

De overgang tussen informele hulpverlening en vrijwilligerswerk is vloeiend en de relaties zijn soepel. Dat is minder het geval voor de verhouding tussen professionelen en vrijwilligers. Vooral onder de eersten hoort men de mening dat vrijwilligerswerk slechts kan plaatshebben onder door professionals gestelde voorwaarden. Het vinden van de juiste balans tussen professionele hulp, vrijwilligerswerk en zelf- en mantelzorg vormt een belangrijke uitdaging voor de vormgeving van de toekomstige welzijnszorg.

<sup>29</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, *Vrijwilligersbeleid, Tweede deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 3.

### 3. SOMATISCHE GEZONDHEIDSZORG

#### 3.1 Inleiding

Het begrip gezondheidszorg verwijst doorgaans naar alle activiteiten die bedoeld zijn om een zo optimaal mogelijke gezondheid van alle ingezetenen te bewerkstelligen. Voor een goed begrip van hetgeen hierna volgt, is het nuttig om een nadere terreinafbakening en begripsovereenkomst te introduceren. We onderscheiden in dit rapport achtereenvolgens:

##### *Gezondheidskunde*

Hieronder wordt verstaan de wetenschap die tot doel heeft het inzicht te verschaffen in alle factoren die het gezonde bestaan bedreigen of begunstigen, alsmede in de mogelijkheden om die bedreigingen te elimineren en die begunstigingen te verwezenlijken. De gezondheidskunde verschafft aldus een wetenschappelijk draagvlak voor de volgende vier deelgebieden van de gezondheidszorg<sup>1</sup>.

##### *Preventie*

De preventie omvat alle activiteiten en maatregelen die ertoe strekken het ontstaan van ziekte zo veel mogelijk te voorkomen, dan wel ziekten in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen en te behandelen. In deze tak van de gezondheidszorg gaat de aandacht uit naar de milieufactoren en leefwijzen die op de gezondheid kunnen inwerken<sup>2</sup>. Bij milieufactoren gaat het om de kwaliteit van water, voedsel en lucht, verkeersveiligheid, arbeidsomstandigheden, woonvormen, sociaal-cultureel klimaat, enzovoort. Bij leefwijzen gaat die aandacht uit naar eet-, drink- en rookgewoonten, hygiëne, verkeersgedrag, enzovoort. Preventieve inspanningen zijn doorgaans gericht op collectiviteiten. Dit neemt overigens niet weg, dat het welzijn ervan mede afhangt van een gezondheidsbewuste opstelling van de individuele burger.

##### *Zelfzorg en mantelzorg*<sup>3</sup>

Ziekteverschijnselen manifesteren zich soms plotseling en duidelijk; een beroep op de professionele zorg is dan meestal de aangewezen weg. Niet zelden is er echter ook sprake van aanzienlijke periodes waarin zich vage gevoelens van onwelbevinden manifesteren. Momenten van ongerustheid worden afgewisseld door ogenblikken waarop er niets aan de hand lijkt. Vaak verdwijnen de klachten na verloop van tijd vanzelf; in andere gevallen manifesteren ze zich steeds duidelijker en valt het besluit om hulp in te roepen. Bij 'ziek worden' kan er naast acute gevallen ook sprake zijn van periodes van wikken en wegen voorafgaande aan de beslissing om een beroep te doen op beroepsmatige, georganiseerde hulp. Het individu besteedt aldus allereerst zelf aandacht aan zijn eigen gezondheid. Deze zorg wordt aangeduid met de term zelfzorg. In aansluiting op de zelfzorg kan ook hulp uit de directe omgeving worden gegeven; deze zorg wordt aangeduid als mantelzorg.

<sup>1</sup> J.P. Kuiper, 'Gezondheidskunde, Gezondheidskunde, Gezondheidszorg en Gezondheidszorgkunde'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 29 april 1981, 59e jaargang nr. 9, blz. 295.

<sup>2</sup> A.Th.L.M. Mertens, 'De medicus in de individuele gezondheidszorg, de sociale gezondheidszorg, de welzijnszorg'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 6 januari 1982, 60e jaargang nr. 1, blz. 2-9.

<sup>3</sup> J.C.M. Hattinga Verschure, 'Zelfzorg een omstrepen begrip'; *Medisch Contact*, 5 januari 1979, 34e jaargang nr. 1, blz. 5-8, J.C.M. Hattinga Verschure, 'Mantelzorg'; *Medisch Contact*, 2 februari 1979, 34e jaargang nr. 5, blz. 139-142.

### *Individuele gezondheidszorg*

Wanneer de mogelijkheden van de zelf- en mantelzorg uitgeput worden geacht, zal doorgaans een beroep worden gedaan op de beroepsmatige hulpverlening in de individuele gezondheidszorg<sup>4</sup>. Deze beslissing wordt in hoge mate bepaald door het patroon van zelfzorg en mantelzorg waarin de patiënt verkeert<sup>5</sup>. Het besluit kan nodig of onnodig zijn, tijdig of te laat geschieden, gebaseerd zijn op een juiste of onjuiste beoordeling van de aard van de nood. De hier bedoelde vorm van gezondheidszorg is doorgaans rechtstreeks gericht op het individu. De geneeskunde vormt een belangrijk bestanddeel van deze zorg, evenals de verpleging en de verzorging. Voorts nemen de paramedische handelingen en het medisch onderzoek een voorname plaats in. Overigens is de rol van het individu in dit deelgebied van de gezondheidszorg niet uitgespeeld. De doeltreffendheid van de beroepsmatige zorg hangt vaak in meerdere opzichten af van de medewerking van de patiënt<sup>6</sup>. Bovendien doet zich op een gegeven moment de situatie voor dat het accent in de zorg weer wordt verlegd naar het individu en diens directe omgeving. Bij het leren leven met eventueel blijvende gevolgen van ziekte kan onderlinge hulp van lotgenoten een onmisbare schakel vormen<sup>7</sup>.

### *Gezondheidszorgorganisatie*

Hieronder verstaan we de structuren en processen die erop gericht zijn de verschillende typen zorg zo optimaal mogelijk en — voor zover noodzakelijk — onderling samenhangend te doen functioneren. Met betrekking tot de gezondheidszorgorganisatie gaat in dit rapport de aandacht vooral uit naar de volgende aspecten:

- *beschikbaarheid*: welk stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen staat de bevolking ten dienste;
- *gebruik*: onder welke voorwaarden kunnen burgers een beroep doen op de beschikbare voorzieningen? Ziektekostenverzekering en bereikbaarheid van instellingen zijn hierbij centrale vraagstukken;
- *beleid*: de besluitvorming over beschikbaarheid en gebruik, mede in verband met de kosten.

Het bovenstaande begrippenonderscheid zal, rekening houdend met het gangbare taalgebruik, in de tekst niet consequent aangehouden worden. De term 'gezondheidszorg' zal vaak in een aantal hiervoor genoemde betekenissen worden gebruikt. Alleen wanneer er gevaar bestaat voor misverstanden zal worden teruggegrepen op het zojuist gemaakte onderscheid.

In dit hoofdstuk wordt de gezondheidszorgorganisatie als invalshoek gekozen, hoofdzakelijk met betrekking tot de beroepsmatige zorg en in mindere mate ten aanzien van de zelf- en mantelzorg. De gezondheidskunde en de preventie vallen uit praktische overwegingen vrijwel geheel buiten de orde van dit hoofdstuk. Wat betreft de terreinafbakening wordt ten slotte gewezen op het feit dat de intramurale zorg voor chronisch zieken minder uitvoerig aan de orde zal komen. Langdurige afhankelijkheid van beroepsmatige gezondheidszorg brengt een aantal specifieke problemen met zich mee, die een aparte studie vereisen.

Samenvattend kan gesteld worden dat het beleid ten aanzien van enkele werkvormen in deze studie centraal zal staan, te weten: de huisartsenpraktijk, de ziekenhuizen (algemene, academische en categoriale)

<sup>4</sup> A.Th.L.M. Mertens, op. cit., blz. 2-9.

<sup>5</sup> F.J.A. Huygen, 'Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts'; *Medisch Contact*, 4 april 1980, 35e jaargang nr. 14, blz. 433-435.

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld: Arsenio Paes en Jean Cornips, 'Gebruik volgens voorschrift'; *Intermediair*, 18 januari 1980, 16e jaargang nr. 3, blz. 1-11.

<sup>7</sup> J.C.M. Hattinga Verschure, 'Relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg'; *Medisch Contact*, 15 juni 1979, 34e jaargang nr. 24, blz. 773-778.

en de specialistenpraktijken (uitgezonderd die op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg). Zeer beperkte aandacht is er voor de paramedische beroepen, de apothekerspraktijk, de tandartsenpraktijk, de kraamcentra, verloskundigenpraktijken en het kruiswerk. Buiten beschouwing blijven onder meer de verpleeghuizen en de inrichtingen voor gehandicapten, alsmede de sociale geneeskunde.

Voorts gaat met betrekking tot de onderwerpen van beleid de aandacht vooral uit naar de medische besluitvorming, de besluitvorming over ziektekostenverzekering en de beslissingen over middelenallocatie.

## 3.2 Ontwikkelingen in de vraag

### 3.2.1 Inleiding

De vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen is doorgaans niet alleen te beschouwen als een kenmerk van de patiënt. De vraag is eveneens een kenmerk van de professionele dienstverlener. Dit heeft verschillende oorzaken.

Vraag en aanbod worden in de gezondheidszorg niet door het prijsmechanisme op elkaar afgestemd. Tussen de behoefte van de patiënt en het verstrekken van bepaalde voorzieningen staat de dienstverlener. Deze bepaalt in hoge mate welk gebruik voor de patiënt noodzakelijk geacht wordt. Voorts voorziet hij in zijn levensonderhoud door (een gedeelte van) de noodzakelijk geachte diensten zelf te leveren. De dienstverlener vervult aldus de rol van tussenpersoon: hij levert de consument zowel de dienst als een zwaarwegend advies omtrent de gewenste dienst. Tot op zekere hoogte functioneren de dienstverleners op de markt tegelijkertijd als vragers en aanbieders van diensten<sup>8</sup>. Daar komt bij dat veel beslissingen in de medische zorg worden gekenmerkt door een grote mate van onzekerheid omtrent het moment waarop men gezondheidszorg nodig heeft, alsmede ten aanzien van de gewenste hoeveelheid en soort zorg die in geval van ziekte vereist is<sup>9</sup>. Dienstverleners en patiënten hebben te kampen met het gegeven dat ziekte en hulpvraag zich nogal eens niet ondubbelzinnig manifesteren. De patiënten vertonen symptomen en syndromen die naar verschillende ziektebeelden kunnen verwijzen. Voorts kunnen ze zowel het karakter hebben van individuele functiestoornissen als van tot persoonlijke problematiek getransformeerde sociale en maatschappelijke dysfunctionaliteiten<sup>10</sup>. Als eenmaal een diagnose is gesteld, zijn er nog verschillende behandelingen mogelijk, die elk legitiem zijn en onderling verschillen in resultaat, risico's en kosten<sup>11</sup>.

Bovenstaande factoren bemoeilijken in het algemeen het geven van een onafhankelijke en betrouwbare schets van de ontwikkelingen aan de vraagzijde. Deze problemen zijn het kleinst bij de ontwikkelingen op het gebied van de levensbedreigende aandoeningen, doch juist erg groot op het omvangrijke gebied van de psycho-somatische klachten. Mortaliteitscijfers vermelden de omvang van de diverse doodsoorzaken en geven aldus informatie over een zeer belangrijk gedeelte van de vraag naar medische voorzieningen: de levensbedreigende ziekten. De mortaliteitsstatistiek is in ons land goed ontwikkeld. Veranderingen in mortaliteit verwijzen overigens lang niet altijd naar verschuivingen aan de vraagzijde.

<sup>8</sup> Cotton M. Lindsay, 'The Organization of medical care markets'; in: *New Directions in Health Care; A Prescription for the 1980's*, onder redactie van Cotton M. Lindsay, San Francisco, Institute for Contemporary Studies, 1980, blz. 104-105.

<sup>9</sup> F.F.H. Rutten, 'Financiering van de gezondheidszorg op lange termijn'; *Openbare Uitgaven*, oktober 1979, 11e jaargang nr. 5, blz. 220.

<sup>10</sup> Huisarts en somatische fixatie; onder redactie van R. Grol, Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>11</sup> Een boeiende behandeling van deze materie kan men aantreffen in: *Controversen in de geneeskunde*; onder redactie van A. Querido en J. Roos, Utrecht, Bunge, 1980.

'(Mortality statistics) cannot distinguish whether variation in mortality is due to variation in: health need; delivery of preventive or curative care; or the outcome of care'<sup>12</sup>.

Morbiditeitscijfers verschaffen indicaties voor de omvang van de verschillende ziektes onder de bevolking. De morbiditeitsstatistieken in ons land hebben vooral betrekking op de klinische morbiditeit, de ziekten die leiden tot een opname in een intramurale instelling voor gezondheidszorg. Over de aard van de vraag waarmee de huisarts te maken krijgt, zijn slechts weinig kwantitatieve gegevens voorhanden<sup>13</sup>. De toegang tot de gezondheidszorg wordt voor het overgrote deel juist via de huisarts verkregen. Deze wordt per ingeschreven gemiddeld 3,5 keer per jaar bezocht. Het totaal aantal consulten bedraagt ongeveer 50 miljoen op jaarbasis. 88% wordt door de huisarts zelf afgehandeld, 12% geeft aanleiding voor doorverwijzing. Deze 6 miljoen verwijzingen leiden in 25% van de gevallen tot een ziekenhuisopname. Van deze 1,5 miljoen opnamen resulteren er circa 750.000 in grotendeels onder narcose verrichte ingrepen<sup>14</sup>. De klinische morbiditeitsstatistieken geven informatie over de ontwikkelingen in het voorzieningengebruik en deze hoeven lang niet altijd overeen te stemmen met de ontwikkelingen in de behoeften.

'Change in hospital morbidity data may ... indicate change in facilities rather than any underlying alteration in the distribution of the disease in the population, or change in the social factors influencing requirement for institutional support'<sup>15</sup>.

De beschikbare gegevens uit de gezondheidsstatistiek geven aldus geen compleet beeld van de gezondheidstoestand van de bevolking.

Het voorgaande heeft betrekking op de gezondheidsstatus als zodanig. Deze vormt evenwel niet de enige dimensie van de vraag. Van niet minder belang voor het voorzieningengebruik is het gezondheidsperspectief, opgevat als het geheel van opvattingen over ziekte, gezondheid en gezondheidszorg, alsmede het gezondheidsgedrag, waarmee verwezen wordt naar een complexe realiteit: hoe gaan mensen om met klachten, welke behoeften vertaalt men in medische problemen, is er sprake van riskante leefgewoonten, enzovoort. Deze twee dimensies dienen ook in de beschouwing over de vraag betrokken te worden<sup>16</sup>.

Ten slotte kan de beschrijving van de ontwikkelingen op het gebied van de vraag niet beperkt blijven tot de vraag naar medische voorzieningen. Ter financiering van de gezondheidszorg is een omvangrijk stelsel van ziektekostenverzekering tot stand gekomen. Omtrent de inrichting van de ziektekostenverzekering zullen de gebruikers in het algemeen ook bepaalde voorkeuren hebben. Bovendien bestaan er, zoals verderop zal blijken, onderlinge verbanden tussen de aard van de ziektekostenverzekering en de vraag naar voorzieningen. En ten slotte vertoont de besluitvorming over het afsluiten van ziektekostenverzekeringen andere kenmerken dan de besluitvorming over het gebruik van de voorzieningen uit het verzekerde pakket. Dit vormt alles bij elkaar voldoende reden om apart aandacht te schenken aan de vraag naar ziektekostenverzekeringen.

<sup>12</sup> M.R. Alderson and Robin Dowie, *Health Surveys and Related Studies*; Oxford, Pergamon Press, 1979, blz. 190.

<sup>13</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, *De kwartaire sector in de jaren tachtig*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 35.

<sup>14</sup> Deze cijfers zijn ontleend aan de Nota Patiëntenbeleid; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 771, nr. 2, blz. 6-7.

<sup>15</sup> M.R. Alderson and R. Dowie, op. cit., blz. 39-41.

<sup>16</sup> Het onderscheid tussen gezondheidsstatus, gezondheidsperspectief en gezondheidsgedrag als de centrale dimensies van de vraag naar gezondheidszorg is ontleend aan: Yvo Nuyens, *De eerste lijn is krom: gezondheidszorg tussen onderzoek en beleid*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.

### 3.2.2 Mortaliteit en morbiditeit

#### Belangrijkste doodsoorzaken

In de loop van deze eeuw hebben zich belangrijke verschuivingen voorgedaan in het doodsoorzakenpatroon. Momenteel veroorzaken de hart- en vaatziekten en de kwaadaardige tumoren gezamenlijk ruim 70% van de sterftegevallen. In het begin van deze eeuw daarentegen beheersten vooral de infectieziekten het ziekte- en sterftebeeld; hart- en vaatziekten waren in het eerste decennium verantwoordelijk voor 12% (nu haast 50%) en kanker voor 7% (nu zo'n 26%) van de sterfte<sup>17</sup>. De hart- en vaatziekten hebben zich ontwikkeld tot verreweg de belangrijkste doodsoorzaak. In deze tijd is de situatie zo dat er jaarlijks per 100.000 leden van de bevolking als gevolg van hart- en vaatziekten<sup>18</sup>:

- 380 overlijden
- 1.100 in een ziekenhuis worden opgenomen waarmee
- 21.700 verpleegdagen gemoeid zijn
- 1.300 werknemers in het kader van de ziektewet verzuimen met
- 160.000 verzuimdagen
- 550 werknemers bij bedrijfsleven en overheid worden afgekeurd voor beroepsarbeid.

Met betrekking tot de sterfte ten gevolge van deze ziekte valt overigens een trendbreuk in gunstige zin te constateren. Het aantal sterfgevallen is in de tweede helft van de jaren zeventig merkbaar minder gestegen dan op grond van de demografische ontwikkeling mocht worden verwacht<sup>19</sup>.

Kanker is de tweede in de rij van doodsoorzaken. Het aantal sterfgevallen bedraagt thans jaarlijks 30.000. Het aantal geconstateerde gevallen bedraagt ongeveer 40.000 op jaarbasis. Aangenomen wordt dat ruim 60% van de gevallen wordt veroorzaakt door exogene factoren<sup>20</sup>. De sterfte aan kwaadaardige tumoren vertoont voorts grote tot zeer grote regionale verschillen en in de tijd doen zich, landelijk gezien, aanmerkelijke verschuivingen voor<sup>21</sup>. Over de achtergronden daarvan zijn weinig gegevens beschikbaar.

#### Leeftijdsofbouw en leeftijdsspecifieke sterfte

De bevolkingsofbouw van ons land wordt gekenmerkt door een toename van het aantal ouderen. Deze verschuiving in de leeftijdsopbouw zal zich de komende jaren voortzetten. Het tempo van de vergrijzing gedurende de komende twintig jaar kan worden afgeleid uit tabel 3.1.

Tabel 3.1 Bevolkingsomvang en leeftijdsopbouw per duizend van de bevolking per 1 januari, 1980-2000

	Bevolkingsalternatief A		
	1980	1990	2000
0-14 jaar	226	189	193
15-24 jaar	173	157	119
25-44 jaar	288	321	309
45-54 jaar	106	112	145
55-59 jaar	51	49	55
60-64 jaar	41	45	46
65-69 jaar	38	42	40
70-74 jaar	32	31	34
75 jaar	45	54	59
totaal	1000	1000	1000
bevolkingsomvang	14,091 mln	14,973 mln	15,644 mln

Bron: CBS, *Statistisch Bulletin*, 1 december 1981, 37e jaargang nr. 106.

<sup>17</sup> CBS/Raad voor Gezondheidsresearch TNO, *Hart- en vaatziekten; omvang en maatschappelijke betekenis*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 21.

<sup>18</sup> *Ibid.*, blz. 9.

<sup>19</sup> *Ibid.*, blz. 10.

<sup>20</sup> CBS, *Atlas van de kankersterfte in Nederland 1969-1978*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. VII.

<sup>21</sup> *Ibid.*, blz. 139-147.

Een beschouwing over de mortaliteit per leeftijdscategorie levert in de huidige tijd het volgende beeld op<sup>22</sup>:

De belangrijkste doodsoorzaken voor zuigelingen (jonger dan 1 jaar) worden gevormd door de aangeboren afwijkingen en (overige) aandoeningen ontstaan tijdens de perinatale periode. In 1980 veroorzaakten zij gezamenlijk ruim 70% van het aantal sterfgevallen.

De leeftijdsgroep van 1-14 jaar wordt het meest bedreigd door ongevallen met motorvoertuigen en andere ongevallen. Gezamenlijk veroorzaakten ongevallen ruim 36% van de sterfte in 1980. Kwaadaardige nieuwvormingen (merendeel leukemie) waren in dat jaar verantwoordelijk voor 15%, aangeboren afwijkingen voor 10% van de sterfgevallen.

De leeftijdsklasse van 15- tot 44-jarigen kent twee hoofdoorzaken van sterfgevallen: ongevallen met motorvoertuigen (in 1980 bijna 18%) en kwaadaardige nieuwvormingen (in 1980 22%). De verkeersongevallen vergen blijkens tabel 3.2 relatief veel slachtoffers van jeugdige leeftijd.

**Tabel 3.2** Leeftijdsverdeling overledenen ten gevolge van verkeersongevallen met een motorvoertuig, 1978-1980

Leeftijd	1978	1980
0- 4 jaar	50	26
5-14 jaar	226	169
15-24 jaar	698	570
25-44 jaar	447	410
45-64 jaar	414	302
65 jaar en ouder	488	455
totaal	2323	1932

Bron: CBS, *Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980*; Serie A1, Voorburg, 1981.

Bij de leeftijdsgroep 45-tot 64-jarigen werd in 1980 ruim 3/4 van de sterfte bepaald door kwaadaardige nieuwvormingen (bijna 40%) en hart- en vaataandoeningen (38%).

De leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder kent als hoofdzaak van de sterfte de hart- en vaataandoeningen (50% in 1980). Kanker veroorzaakte in 1980 25% van de sterfte.

Volledigheidshalve dient hier aan te worden toegevoegd dat de sterfte ten gevolge van verkeersongevallen sinds het midden der zeventiger jaren daalt<sup>23</sup>. Hetzelfde geldt voor de hart- en vaatziekten, met name voor de ischaemische hartziekten, waar het hartinfarct een dominerende plaats inneemt<sup>24</sup>.

Ter verduidelijking van het sterfjepatroon staat in tabel 3.3 de totale sterfte per leeftijdscategorie.

<sup>22</sup> CBS, *Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980*; Serie A1, Voorburg, 1981.

<sup>23</sup> CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1981*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 130.

<sup>24</sup> CBS/Raad voor Gezondheidsresearch TNO, op. cit., blz. 23.



**Tabel 3.3 Totale sterfte per leeftijdscategorie in 1980**

leeftijd	sterfte
0- 1	1557
1-14	943
15-44	5553
45-64	20312
65	85914
<b>totaal</b>	<b>114279</b>

Bron: CBS, *Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980*; Serie A1, Voorburg, 1981.

### *Chronisch zieken en gehandicapten*<sup>25</sup>

Bijna 9% van de bevolking van 5 jaar en ouder behoort tot de groep van lichamelijk chronisch zieken en gehandicapten. Voor een groeiend aantal van hen is het verpleeghuis het eindstation. Gesteld kan worden, dat dankzij de geneeskunde een groot aantal mensen in leven blijft, dat zonder die hulp waarschijnlijk gestorven zou zijn. Op dit gebied heeft de moderne geneeskunde zeer spectaculaire resultaten geboekt.

### *Ziekenfonds - versus particulier verzekerden*<sup>26</sup>

Om en nabij 70% van de bevolking is verzekerd via het ziekenfonds; 30% is particulier verzekerd. De morbiditeit van deze twee groeperingen is niet gelijk. De mensen met de hogere risico's zijn oververtegenwoordigd in het ziekenfonds. Er zijn aanwijzingen dat een lagere sociaal-economische positie statistisch samenhangt met een slechtere gezondheidstoestand. Voorts is de gezondheidstoestand van bejaarden, die evenals de lagere sociaal-economische strata voor het overgrote deel bij het ziekenfonds zijn aangesloten, over het algemeen slechter dan van jongeren. Deze verschillen in morbiditeit komen tot uitdrukking in het feit dat huisartsen bij ziekenfondsverzekerden 25 à 30% meer afwijkingen constateren. Daarbij moet worden aangetekend dat de morbiditeitsverschillen vooral liggen op het terrein van de minder ernstige aandoeningen. De verschillen zijn het grootst bij de psycho-somatische klachten. Onderzoekers komen voorts tot de conclusie dat de verschillen in medische consumptie niet alleen uit de verschillen in leeftijdsopbouw te verklaren zijn. Zo worden na correctie voor leeftijds- en geslachtsverschillen 35% meer fondspatiënten opgenomen dan particulier verzekerden. Deze meerconsumptie wordt nog versterkt door een 10% langere ligduur. Als andere factoren die van invloed kunnen zijn, komen onder meer naar voren de verschillen in verzekeringsdekking en -voorwaarden, verschillen in tijdswaardering en het onderscheid in honoringsstelsel van medici tussen beide soorten verzekeringen. Over het relatieve gewicht van de diverse factoren valt nog weinig met zekerheid te zeggen.

### 3.2.3 *Gezondheidsperspectief*

Het gezondheidsperspectief verwijst naar het geheel van opvattingen, waarden en normen ten aanzien van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) constateert dat in de loop van de jaren zeventig onder de bevolking een tendens van terug-

<sup>25</sup> C.W. Aakster en U. Müllen, *Functie-analyse gezondheidszorg; een inventariserende verkenning*; onderzoek verricht in opdracht van de WRR (niet gepubliceerd), november 1980, blz. 38.

<sup>26</sup> W.P.M.M. van de Ven, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet, e.a., 'Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden'; *Gezondheid en samenleving*, december 1980, 1e jaargang nr. 4, blz. 233-248.

houdendheid in de publieke sfeer en een sterker wordende oriëntatie op de eigen persoon en het privéleven aanwezig is<sup>27</sup>. Opmerkelijk is vooral het dominant worden van de waardering van een goede gezondheid. Begin deze eeuw was de appreciatie van maatschappelijke waarden, zoals rechtvaardige verhoudingen en van zingeving, zoals religieuze waarden, ten opzichte van gezondheid groter dan nu<sup>28</sup>. Grote invloed op het gezondheids perspectief is uitgegaan van de zeer ruime definitie van gezondheid, die in de na-oorlogse periode van groeiende welvaart zijn stempel heeft gedrukt op het gezondheidszorgbeleid. Gedoeld wordt hier op de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie:

'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek'<sup>29</sup>.

Steeds meer belangrijke aspecten van het menselijk bestaan kunnen aldus worden gerangschikt onder de begrippen ziekte en gezondheid; gezondheid is een centrale maatstaf geworden voor het functioneren van mensen alsmede voor het functioneren van de samenleving als geheel. Klachten worden beschouwd als verschijnselen die zo volledig mogelijk uit het leven moeten worden geëlimineerd. Voorts is een belangrijk kenmerk van de opvattingen omtrent gezondheidszorg dat deze een exclusieve aangelegenheid is van professionele dienstverleners. Door de ruime definitie en de sterke nadruk op het professionele aspect van de zorg is de geneeskunde een bedrijfstak met een zeer slecht gedefinieerde input geworden. Men kan vrijwel elke klacht definiëren als een gezondheidsprobleem en ieder gezondheidsprobleem geeft toegang tot de beroepsmatige zorgverlening, ongeacht de eventuele mogelijkheden de klachten in de sfeer van zelfzorg en mantelzorg op te vangen en eveneens ongeacht de al dan niet aanwezige mogelijkheden om langs medische weg iets aan de klachten te doen<sup>30</sup>.

Sommige auteurs signaleren met betrekking tot het gezondheids perspectief een verontrustend profiel. De houding van de mensen wordt gekenmerkt door een machteloosheidsgevoel ten aanzien van de eigen gezondheid, een grote actiebereidheid om klachten door te schuiven naar beroepsmatige helpers, het ervaren van ziekte in termen van passiviteit en hulpeloosheid. De zelfredzaamheid, de draagkracht en het weerstandsvermogen, belangrijke dimensies van een goede gezondheid, dreigen daardoor te verminderen<sup>31</sup>. Niet onvermeld mag blijven dat juist de laatste tijd ook een tendens in tegengestelde richting bij delen van de bevolking kan worden geconstateerd. Patiëntenemancipatie, meer aandacht voor zelf- en mantelzorg en andere initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg zijn heden ten dage een gegeven<sup>32</sup>.

### 3.2.4 Gezondheidsgedrag

Het gedrag met betrekking tot ziekte en gezondheid omvat een complexe realiteit: hoe gaan mensen om met klachten, welke klachten vertaalt men in medische problemen, houdt men er te riskante leefgewoonten op na?

<sup>27</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1980*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 203-214.

<sup>28</sup> Yvo Nuyens, op. cit..

<sup>29</sup> M. Saan, 'Verminderd welbevinden, is dat ziekte?'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 30 september 1981, 59e jaargang nr. 19, blz. 672-681.

<sup>30</sup> Vgl. H. Philipsen, 'Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen'; in: *Leerboek Medische Sociologie*, onder redactie van C.W. Aakster en G. Kuiper, Groningen/Deventer, Wolters-Noordhoff/Van Loghum Slaterus, 1978, blz. 22-40.

<sup>31</sup> Yvo Nuyens, op. cit..

M. Saan, op. cit..

C.W. Aakster en U. Müllen, op. cit..

<sup>32</sup> K. Geelen, R. Lafaille, D.J. Tilburghs, e.a., *Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg*; Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg, 1981.

Het gezondheidsgedrag van het individu wordt in niet onaanzienlijke mate bepaald door de patronen van zelf- en mantelzorg waarin mensen vertoeven. Zo kan het optreden van bepaalde belastende levensgebeurtenissen in sommige gevallen leiden tot meer bij de huisarts geuite klachten en in andere gevallen juist tot minder klachten<sup>33</sup>. Afgezien van aandoeningen die het leven of de validiteit bedreigen, vertoont de vertaling van ongemakken in medische problemen grote verschillen afhankelijk van de leefwijzen en het functioneren van de primaire sociale netwerken<sup>34</sup>. In het ene geval zal de directe omgeving geneigd zijn het individu snel in een ziekerol te drukken of de patiënt te lang in die rol te houden, in het andere geval zal er juist gestimuleerd worden om de ziekerol tot een minimum te beperken. Dit gegeven is te meer van belang omdat het een bekend verschijnsel is in de geneeskunde dat de klachten na enige tijd vanzelf weer over kunnen gaan<sup>35</sup>. Uit onderzoeken door het Nijmeegs Huisartsen Instituut is gebleken, dat bij de overgrote meerderheid van de klachten waarmee de huisarts wordt geconfronteerd kan worden volstaan met geruststellen. Opvallend is voorts dat de klachten van psycho-sociale aard kwantitatief in de meerderheid zijn en dat deze meestal geen betrekking hebben op het individu zelf, maar op diens sociale omgeving<sup>36</sup>.

Het laatstgenoemde verwijst naar een belangrijk fenomeen: het ziektegedrag wordt mede bepaald door de maatschappelijke context waarin het individu verkeert. Op een aantal belangrijke terreinen des levens zijn mensen voor het realiseren van hun behoeften afhankelijk van een 'medische indicatie'. De regelingen op het gebied van de inkomensderving vereisen in het algemeen een medische verklaring. Bij de toewijzing van woningen speelt de medische indicatie eveneens een rol van betekenis. Voorts wordt het medisch kanaal belast met legitimerende activiteiten bij uiteenlopende zaken als adoptie, inkrimping van bedrijven en politie-optreden<sup>37</sup>.

### 3.2.5 Ontwikkelingen in de vraag naar ziektekostenverzekeringen

De ontwikkelingen in de vraag naar gezondheidsvoorzieningen staan niet los van de manieren waarop deze voorzieningen worden gefinancierd. In het algemeen geldt voor deze sector van de economie dat het verzekeringsstelsel gehanteerd wordt als financieringsinstituut. Het aantal personen dat de gezondheidsvoorzieningen zonder tussenkomst van verzekeringsinstellingen betaalt, is voor de hier beschouwde problematiek van te geringe omvang om er aandacht aan te schenken. Bovendien geldt in ons land dat bijzondere geneeskundige voorzieningen die zeer zware individuele financiële offers meebrengen, voor een groot deel lopen via een verplichte volksverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ziektekostenverzekeringen gelden aldus voor iedereen, hoewel niet in gelijke mate, c.q. omvang.

Ongeveer 70% van de Nederlandse bevolking is door middel van de ziekenfondswet (ZFW) en de AWBZ vrijwel volledig verzekerd tegen de kosten van de medische zorg. Het gaat hierbij om een onderdeel van de sociale verzekering, die gefinancierd wordt uit premies en bijdragen van het rijk. De AWBZ strekt zich overigens uit tot alle inwoners. Personen die buiten de ZFW vallen, sluiten veelal ziektekostenverzekeringen af bij

<sup>33</sup> Dit verschijnsel is gereleveerd door J.Th.M. Van Eijk, aangehaald in: Sociaal en Cultureel Planbureau, op. cit., blz. 24.

<sup>34</sup> F.J.A. Huygen, op. cit..

<sup>35</sup> Louis Thomas, 'Your very good health'; in: *New Directions in Health Care; A Prescription for the 1980's*, op. cit., blz. 251-257.

<sup>36</sup> F.J.A. Huygen, *Bijdrage aan symposium over wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn*; Tilburg, 8 mei 1981.

<sup>37</sup> Boeiende beschouwingen over deze materie kan men aantreffen in het Verslag van het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling 1981, 'De gezondheid als dekmantel'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 3 maart 1982, 60e jaargang nr. 5, blz. 77-104.

particuliere verzekeringsmaatschappijen. Dit kan zowel individueel als in groepsverband — bijvoorbeeld per onderneming — gebeuren.

Met betrekking tot de premieheffing bestaan er relevante verschillen tussen ZFW en de particuliere verzekeringen tegen ziektekosten. De premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering is een vast percentage van het inkomen van de verzekerde; er is echter een maximum premiebedrag vastgesteld. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen varieert de premie in afhankelijkheid van de inhoud van het verzekerde pakket. Tussen verzekerde risico's en te betalen premies bestaat hier een directer verband, hoewel ook hier de 'lage risico's' enigermate meebetalen voor de 'hoge risico's'.

Kenmerkend voor de verplichte ziekenfondsverzekering is de verplichte toetreding, en daarmee de deelname aan één uniform pakket medische voorzieningen. Hieruit vloeit voort, dat een afweging van baten en offers door de individuele gebruikers van gezondheidsdiensten niet kan plaatshebben. De premie wordt als onderdeel van de sociale zekerheidslasten automatisch ingehouden en op de omvang ervan heeft het individu geen invloed. Daarbij is de premieheffing in sterke mate gebaseerd op het solidariteitsbeginsel, zodat ook in dit opzicht geen keuzelement wordt opengelaten. In het macro-economische beleidsvlak wordt de premie veelal beschouwd als een element van de collectieve lastendruk en op grond hiervan krijgt elke premieverhoging de status van een aantasting van het reëel besteedbare inkomen. Als gevolg van dit karakter van de ZFW-premie zijn de volgende tendenties waar te nemen.

In de loop van de achter ons liggende decennia is bij onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden systematisch getracht premieverhogingen door te berekenen in loonsverhogingen. Ook is een andere weg beproefd om het reële consumptieve pakket aan goederen en diensten voor de ZFW-verzekerden uitgebreid te krijgen, namelijk door het ziekenfondspakket voortdurend uit te breiden met verstrekkingen. Slaagt de afwenteling voor de ZFW-premies niet volledig, dan kan door uitbreiding van het ZFW-pakket getracht worden de 'schade' alsnog te beperken. Deze ontwikkelingen hebben er mede toe bijgedragen dat de medische verstrekkingen uit hoofde van de ZFW een gestadig stijgende fractie van de particuliere consumptie zijn gaan uitmaken. In 1965 was dit 3,3%, maar in 1979 had dit aandeel een omvang van 5,9% bereikt. Een gevolg van deze voortdurende opvulling van het ZFW-pakket is dat op den duur de ZFW-premie is toegenomen. Thans is de situatie bereikt dat een verplicht ziekenfondsverzekerde met een loon tussen 30.000 en 42.300 gulden per jaar, in geval van een gemiddeld aantal medeverzekerden, gemiddeld meer premie, directe betalingen en eigen bijdragen betaalt dan een particulier verzekerde die in gelijke omstandigheden verkeert<sup>38</sup>.

De omstandigheid dat steeds meer voorzieningen in het ziekenfondspakket werden ondergebracht, heeft niet alleen geleid tot een kostbare ZFW, maar heeft bovendien de solidariteitsvraag in deze sociale zekerheidsregeling sterker aan de orde gesteld. Het solidariteitsfundament waarop de ZFW is gebaseerd, lijkt op onderdelen een steeds kleiner maatschappelijk draagvlak te krijgen. Problematisch lijkt niet te zijn de solidariteitskern van elke schadeverzekering, in dit geval de solidariteit van gezonden met zieken. Wel levert de solidariteit van lage risicogroepen met de hogere risicogroepen problemen op. Dit uit zich vooral bij de premieheffing voor jongeren en ouderen. Een uniforme premie voor beide groepen verzekerden leidt bij een aanhoudende kostenstijging tot een voortdurende toeneming van solidariteitsoverdrachten van jongeren naar ouderen. Jongeren die daartoe in staat zijn, gaan zich vaker aan deze solidariteit onttrekken. Daarnaast vormt ook de positie van

<sup>38</sup> Stichting Het Zilveren Kruis, *Jaarverslag 1980*; Noordwijk, blz. 6. W.P.M.M. van de Ven, 'Ziekenfonds — versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg; een vergelijking van de kosten I en II'; *Economisch Statistische Berichten*, 3 juni 1981, 66e jaargang nr. 3307, blz. 524 t/m 530 en 10 juni 1981, 66e jaargang nr. 3308, blz. 552 t/m 557.

deeltijdwerknemers een toenemend vraagstuk. Het gaat hierbij om personen die voor een gedeelte van de volledige werktijd in loondienst werken, en op basis van een beperkt premiebedrag toch recht hebben op het volledige pakket van het ziekenfonds. Het ruime eenheidspakket aan voorzieningen en de hoogte van de premie die betaald moet worden, roept - nu de reële inkomens en de bestaanszekerheid groter zijn dan enkele decennia geleden - voortdurend weerstanden op. Heel duidelijk manifesteert zich dit in de 'vlucht' uit de vrijwillige ziekenfondsverzekering door gezonden en jongeren naar de particuliere ziektekostenverzekering waarbij zowel de premie als het voorzieningenpakket meer als 'maatwerk' kunnen worden aangeboden. Wanneer deze ontwikkeling aanhoudt, zal over enige tijd de vrijwillige ziekenfondsverzekering uitsluitend nog personen met 'hoge risico's' omvatten en een ongunstige leeftijdsopbouw kennen, met als gevolg een opwaartse druk op de premie. Uiteindelijk zal er dan van solidariteit niet veel meer over blijven.

De zuigkracht die van de particuliere ziektekostenverzekeringen blijkt uit te gaan op de vrijwillige ziekenfondsverzekerden, wijst erop dat ook binnen de sector van de particuliere ziektekostenverzekeringen zich ontwikkelingen voordoen die de vraagstructuur van deze verzekeringen wijzigen. Wanneer in de voorkeuren van de consumenten van ziektekostenverzekeringen veranderingen optreden, zullen de verzekeraars daarop na enige tijd reageren, al was het maar om te trachten op deze manier hun marktaandeel te behouden. De verzekeringsmarkt wordt namelijk gekenmerkt door concurrentieverschijnselen die zich kunnen uiten in premiedifferentiaties en verschillen in verzekeringspakketten. Nu zijn er aanwijzingen dat er ten aanzien van het eigen risico in deze verzekeringen veranderingen optreden, en wel in die zin dat een grotere bereidheid merkbaar wordt tot het dragen van een relatief groot eigen risico indien de premie merkbaar lager wordt gesteld.

De specifieke factoren die tot deze gewijzigde vraag hebben geleid, zijn niet gemakkelijk te achterhalen. Wel mag worden aangenomen dat de trend die ook in de particuliere ziektekostenverzekeringen in de laatste jaren zichtbaar is geworden om meer risico's in de verzekering onder te brengen - zoals ook in de ZFW is gebeurd -, tot deze vraagverschuiving mede aanleiding heeft gegeven. In andere termen kan deze verandering worden geformuleerd als een verschuiving van solidariteit naar equivalentiebeginsel. Blijkbaar is deze verandering in de vraag zo sterk door de verzekerden benadrukt dat ook de non-profit particuliere verzekeraars er niet aan konden ontkomen aan deze vraag te voldoen. Illustratief is in dit verband de volgende passage uit het jaarverslag van een van deze instellingen: 'Was het Zilveren Kruis in 1972 nog tegen invoering van een eigen risico, omdat de opvattingen van de Stichting over sociale zekerheid en rechtvaardigheid zich hiertegen verzetten, eind 1975 werd op sterke aandrang van verzekerden besloten de mogelijkheid te openen een verzekering met een eigen risico aan de voet af te sluiten, hoewel de Stichting toen nog meende hiermede een stuk solidariteitsprijs te geven'<sup>39</sup>. Het gaat hierbij om een vorm van de eigen bijdrage die in een premiedifferentiatie tot uitdrukking komt. Blijkbaar heeft de vergrote solidariteit die de verzekeraars aan de gezonden hebben opgelegd via een vergroting van het verzekerde pakket, reacties opgeroepen die gaan in de richting van het equivalentiebeginsel. Men zoekt nu meer naar een rechtstreekse koppeling tussen betaalde premie en de door de verzekerde zelf verwachte ziektekosten. Op verschillende manieren hebben de verzekeraars hierop gereageerd, maar de teneur is wel geweest dat de gevraagde produktdifferentiatie uiteindelijk werd aangeboden.

Samenvattend zou uit het voorgaande geconcludeerd mogen worden, dat in de vraag naar niet-verplichte ziektekostenverzekeringen een trend waarneembaar is die eenduidig wijst op de behoefte aan een meer genuanceerde toepassing van het solidariteits-element in de premiehef-

<sup>39</sup> Stichting Het Zilveren Kruis, *Jaarverslag 1979*; Noordwijk, blz. 5.

ving en aan een meer op het individu gericht aanbod van verzekeringsdiensten. Bij de verplichte ziekenfondsverzekering betalen werkgever en werknemer ieder de helft van de premie. De werkelijke kosten van de verzekering zijn daardoor voor de verzekerde minder direct zichtbaar. Het moet niet uitgesloten worden geacht, dat deze heffingsstructuur mede veroorzaakt dat genoemde trend bij de verplichte verzekering nauwelijks merkbaar is.

### 3.3 Ontwikkelingen in het aanbod

#### 3.3.1 Inleiding

Met betrekking tot het aanbod zullen successievelijk een zestal belangrijke dimensies aan de orde worden gesteld. Van de instellingen voor gezondheidszorg zal allereerst worden nagegaan welke tendenties te onderkennen zijn met betrekking tot de capaciteit. Vervolgens komen de financieringsbronnen en -vormen aan de orde alsmede de ontwikkelingen in de prijsvorming. In de geneeskunde springt de intensivering van de zorg als belangrijkste ontwikkeling in het oog. De doeltreffendheid en de verantwoording van de kosten worden daardoor in snel tempo centrale beleidsvraagstukken. Vandaar dat tevens aandacht zal worden geschonken aan het vraagstuk van de kwaliteitsbewaking. Voorts manifesteert zich een merkbaar groter wordende invloed van de overheid op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Ten slotte zal stil gestaan worden bij de ontwikkelingen aan de aanbodzijde van de ziektekostenverzekeringen.

#### 3.3.2 Capaciteit

##### *Een retrospectieve beschouwing*

De op het individu gerichte gezondheidszorg geschiedt zowel in intramural als in extramurale voorzieningen. Beide sectoren zijn sterk gedifferentieerd. De hulp wordt geboden door een breed scala van vrije beroepsbeoefenaren en instellingen. De ontwikkeling in de capaciteit van de ziekenhuizen staat vermeld in tabel 3.4.

**Tabel 3.4 Aantal ziekenhuizen, bedden en bedden per 1000 inwoners per 31 december, 1960-1980**

Jaar	Ziekenhuizen	Bedden	Bedden per 1000 inwoners
1960	276	50 018	5,02 <sup>a)</sup>
1965	263	63 399	5,12 <sup>a)</sup>
1970	256	72 359	5,52
1975	248	74 527	5,43
1977	239	74 288	5,35
1979	232	73 709	5,25
1980 <sup>b)</sup>	232	73 103	5,14

Bronnen:

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1981*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

a) Berekening WRR.

b) Voorlopige cijfers

Het aantal beschikbare bedden is regionaal sterk verschillend. De ziekenhuizen zijn onderverdeeld als volgt<sup>40</sup>:

<sup>40</sup> CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1981.

— algemene ziekenhuizen, instellingen waar gedurende dag en nacht alle vormen van specialistische hulp en daarmee verband houdende verpleging en verzorging geschiedt. Per 31 december 1979 waren er 177 algemene ziekenhuizen;

— academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen die verbonden zijn aan een universiteit. Per 31 december 1979 bedroeg hun aantal 8.

— categoriale ziekenhuizen, instellingen waar medische, verpleegkundige en verzorgende hulp wordt verleend voor bepaalde ziektes of aan mensen in een bepaalde leeftijdsklasse. Per 31 december 1979 waren er 47 categoriale ziekenhuizen.

In de ziekenhuizen wordt medische zorg verleend door mensen in loondienst en door dienstverleners die op honorariumbasis werkzaam zijn. De eerstgenoemde categorie omvat hoofdzakelijk verpleegkundig, verzorgend, paramedisch personeel en medisch hulppersoneel. Het verloop van de totale personeelsbezetting alsmede dat van het verplegend en verzorgend personeel is over een aantal jaren opgenomen in tabel 3.5.

**Tabel 3.5 Personeelsbezetting in ziekenhuizen per 31 december, 1960-1979**

Jaar	Totaal personeel	Verplegend en verzorgend personeel	Verplegend en verzorgend personeel per 100 bedden a)	Gemiddeld aantal patiënten	
				per verplegende/verzorgende	per personeelslid
1960	60731	26654	45	1,89	0,88
1965	76216	37778	59	1,49	0,78
1970	102040	48778	68	1,31	0,66
1975	118118	55611	74	1,14	0,55
1977	123134	56930	76	1,10	0,52
1979	129712	57643	78	1,07	0,49

Bronnen:

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1980.

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1981.

a) Berekening WRR.

Het aantal geneeskundigen werkzaam in ons land, heeft zich ontwikkeld volgens de aantallen uit tabel 3.6.

**Tabel 3.6 Geneeskundigen in Nederland per 1 januari, 1960-1981**

Jaar	Huisartsen	Specialisten	Sociaal geneeskundigen	Overige geneeskundigen a)	Aantal per 100.000 inwoners			
					huisartsen	specialisten	sociaal geneeskundigen	overige geneeskundigen a)
1960	4343	3732		4554	38	33		40
1965	4416	4729	476	4283	36	39	4	35
1970	4492	5460	1029	4663	35	42	8	36
1975	4809	6635	1132	7624	35	49	8	56
1977	4926	7551	1209	9227	36	55	9	67
1979	5339	8287	1208	10004	38	59	9	73
1981	5556	9332	1341	10758	39	66	9	76

Bronnen:

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1980.

— CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1981.

a) De categorie overige geneeskundigen heeft functies van uiteenlopende aard. Een deel van deze groep bestaat uit artsen in opleiding.

Opmerkelijk is dat het aantal huisartsen per 1000 inwoners de afgelopen twintig jaar niet merkbaar is gewijzigd, terwijl het aantal specialisten bijna is verdubbeld.

Het aantal apothekers is tussen 1960 en 1979 geleidelijk gestegen van 7 tot 10 per 100.000 inwoners. De absolute aantallen bedragen 851 respectievelijk 1382<sup>41</sup>.

De fysiotherapeuten zijn in aantal verreweg de belangrijkste groepering uit de categorie paramedische beroepen. In 1970 waren er 2400 fysiotherapeuten werkzaam. Hun aantal is inmiddels gestegen tot ruim 10300 in 1980, ruim het viervoudige. Zij zijn overigens niet uitsluitend in de gezondheidszorg werkzaam maar ook in de sectoren sport en recreatie<sup>42</sup>.

#### *Een prospectieve beschouwing*

Onlangs heeft de Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen de resultaten gepresenteerd van een studie met betrekking tot het verwachte aantal benodigde geneeskundigen voor de komende decennia enerzijds en het dan potentieel werkzame bestand anderzijds<sup>43</sup>. De raming van het aantal benodigde huisartsen is gebaseerd op de veronderstelling dat de praktijkgrootte tegen de eeuwwisseling geleidelijk zal dalen tot 2000. Het thans bestaande gemiddelde ligt op 2600. Bij de medische specialisten is ervan uitgegaan dat er in het jaar 2000 sprake is van een dienstverband voor alle specialisten. Dit komt erop neer dat er nu een extra aantal arbeidsplaatsen ter grootte van 50% van het aantal werkzame specialisten zou optreden; hun gemiddelde werkweek belooft nu 55 à 60 uur. Bovendien is verondersteld dat er meer tijd zal worden besteed aan de niet-direct patiëntgerichte handelingen. Ten slotte zijn de gebruikseffecten van de vergrijzing van de bevolking alsmede van de medisch-technische ontwikkelingen verdisconteerd. Het potentieel werkzame bestand is afgeleid van de stand van zaken in de opleidingen.

Bij de meest waarschijnlijke demografische ontwikkelingen en uitgaande van een gebruiksverhogende werking van de medisch-technologische ontwikkelingen, komt een schatting van verwachte discrepanties tussen vraag en aanbod naar voren, zoals weergegeven in tabel 3.7.

**Tabel 3.7 Vraag en aanbod van huisartsen en specialisten, 1980-2000**

Jaar		Vraag	aanbod <sup>a)</sup>
1980	Huisartsen	6.150	6.025
	Specialisten	10.200	10.550
1990	Huisartsen	7.050	8.225
	Specialisten	13.000	13.450
2000	Huisartsen	7.900	10.125
	Specialisten	14.300	15.750

Bron: *Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 118.

a) Inclusief de arts-assistenten in opleiding en exclusief artsen van 65 jaar en ouder.

Deze confrontatie van vraag en aanbod brengt een aanzienlijk overschot aan het licht. Het verwachte overschot aan specialisten is waarschijnlijk

<sup>41</sup> CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 407.

<sup>42</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Begroting van Uitgaven*; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, Hoofdstuk XVII, nr. 2, blz. 58.

<sup>43</sup> *Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 101-119.



te laag, gezien de aanname dat alle specialisten in 2000 in dienstverband zullen werken en in aanmerking nemend dat het dreigende grote overschot van huisartsen alsmede het beleid ter versterking van de eerste lijn een gebruiksverminderende werking kunnen gaan uitoefenen ten aanzien van de specialistische hulp.

De ontwikkeling van het aantal fysiotherapeuten — jaarlijks bieden zich naar schatting 1200 à 1500 nieuwe fysiotherapeuten op de arbeidsmarkt aan — en van het aantal farmaceuten wordt eveneens verontrustend genoemd<sup>44</sup>.

Over de verwachte ontwikkeling van de capaciteit van de ziekenhuizen is weinig met zekerheid te zeggen. De streefnorm is thans 3,7<sup>0</sup>/<sub>00</sub> exclusief revalidatieinrichtingen en PAAZ-bedden. De realisatie van de streefnorm is tot op heden uiterst moeilijk gebleken. De invloed die de beddencapaciteit kan hebben op onder meer de personeelscapaciteit, onderstreept het belang van de beddennorm.

### 3.3.3 Financiering

Bij de beschrijving van de financiering kunnen we een onderscheid maken in financieringsbronnen, financieringsvormen en prijzen.

In ons land kennen we een viertal belangrijke financieringsbronnen. Tabel 3.8 bevat een overzicht van deze financieringsbronnen, alsmede van hun aandeel in de totale financiering in 1980.

**Tabel 3.8 Financieringsbronnen; stand van zaken in 1980 \*)**

	mln. gld.	%
<b>Totale kosten</b>	<b>27.774</b>	<b>100</b>
waarvan gefinancierd door:		
Ziekenfondsverzekeringen	11.955	43,0
AWBZ	7.438	26,8
Particuliere betalingen <sup>b)</sup>	6.717	24,2
Overheidssubsidies	1.523	5,5
Overige	141	0,5

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1982, Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1986; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 14, blz. 12.

a) Voorlopige cijfers.

b) Inclusief particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen.

In de tijd gezien neemt het aandeel van de AWBZ in de financiering langzaam toe, vooral als gevolg van de overheveling van voorzieningen naar de AWBZ.

De financiering van de gezondheidszorg kent een gevarieerd patroon van financieringsvormen. Huisartsen ontvangen voor de ziekenfondsverzekerden een abonnementshonorarium en worden voor de particuliere patiënten per verrichting betaald. Zelfstandige medische specialisten kennen hoofdzakelijk een verrichtingenfinanciering. De ziekenhuizen ontvangen vergoedingen per verpleegdag en voor de diverse medische verrichtingen. Voorts wordt gewerkt met het instrument van de genormeerde formatie. In het kader van de particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen en in veel mindere mate bij de ziekenfondsverzekeringen en de AWBZ geldt voor sommige voorzieningen een bepaald eigen risico.

<sup>44</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Begroting van uitgaven; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 2, blz. 59.

De verscheidenheid aan financieringsbronnen en -vormen is verklaarbaar uit de sterke differentiatie der voorzieningen en het feit dat de voorzieningen verschillende historische achtergronden hebben. De verschillende mate van gewenste rechtszekerheid voor vragers en aanbieders alsmede het meer of minder collectieve karakter van voorzieningen hebben hierbij een belangrijke rol gespeeld. De bestaande verbrokkelde financieringssystematiek blijkt een belangrijke belemmering te vormen bij het realiseren van recente beleidsdoelstellingen. Zowel de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg als de bevordering van de samenwerking in de eerste lijn ondervinden hinder van de veelvormigheid der financieringsbronnen en -vormen<sup>45</sup>. De tariefstructuur werpt barrières op voor het realiseren van een vermindering van de beddenscapaciteit, de verschuiving van klinische naar poliklinische hulp en een adequate bezetting van verplegingsdiensten<sup>46</sup>.

De belangrijke kostensoorten in de gezondheidszorg zijn: arbeidskosten, kapitaalkosten, medische en verzorgingsmiddelen en ten slotte de algemene kosten. De post arbeidskosten neemt bij de ziekenhuizen ruim twee derde van de totale kosten voor zijn rekening. In 1978 was dat aandeel in de algemene, academische en categoriale ziekenhuizen respectievelijk 66%, 76% en 73%<sup>47</sup>. Bij de specialistische hulp kan worden uitgegaan van een aandeel van 70% voor de arbeidskosten. De hier bedoelde kosten zijn in de tweede helft van de jaren zeventig minder snel gestegen dan de overige personeelskosten<sup>48</sup>. Inmiddels lijkt een situatie bereikt waarbij de arbeidskosten in de gezondheidszorg het algemene arbeidsvoorwaarden- en prijsinkomensbeleid volgen. De lonen, honoraria en prijzen volgen in grote lijnen de trend van het overheidsbeleid<sup>49</sup>.

### 3.3.4 Intensivering van de geneeskundige zorg

Op een aantal terreinen van de geneeskunde springt in de jaren zeventig met name de tamelijk explosieve toename van het aantal therapeutische en vooral het aantal diagnostische verrichtingen in het oog. Te zamen met de groei van het aantal personeelsleden in de ziekenhuizen en laboratoria heeft deze ontwikkeling geleid tot een verhoging van de intensiteit van de zorgverlening<sup>50</sup>. Deze intensivering komt onder meer tot uiting in de stijging van het aantal verrichtingen per specialist. In de periode 1975 tot 1977 nam het aantal diagnostische verrichtingen per specialist toe met 24%<sup>51</sup>. Gedurende de periode 1976 tot 1978 steeg het totaal aantal therapeutische en diagnostische verrichtingen per specialist met bijna 12%<sup>52</sup>. Per 1000 ziekenfondsverzekerden is het aantal diagnostische verrichtingen in de zogenoemde categorie III tussen 1960 en 1974 gestegen van bijna 10 tot ruim 45. Het aantal therapeutische verrichtingen nam in dezelfde periode toe van 51 tot 94<sup>53</sup>.

<sup>45</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg; Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1 en 2.

<sup>46</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling; Tweede Kamer, zitting 1978-1979, 15 540, nrs. 1 en 2.

<sup>47</sup> CBS, *Intramurale Gezondheidszorg in Nederland 1972-1973*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 17.

<sup>48</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1981, Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1985; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 400, hoofdstuk XVII, nr. 9, blz. 40-41.

<sup>49</sup> F. J. M. Werner, 'Meerjarenramingen gezondheidszorg'; *Openbare Uitgaven*, oktober 1979, 11e jaargang nr. 5, blz. 250-259.

<sup>50</sup> M. van der Kamp, 'Kostenbeheersing in de gezondheidszorg; ook een kwestie van veranderen in de marktstructuur'; *Intermediair*, 18 januari 1980, 16e jaargang nr. 3, blz. 53.

<sup>51</sup> *Ibid.*, blz. 53.

<sup>52</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1981, Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1985; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 400, hoofdstuk XVII, nr. 9, blz. 39.

<sup>53</sup> J. H. Hagen, 'Gezonde groei of groeiende gezondheidszorg'; *Economisch Statistische Berichten*, 13 september 1978, 63e jaargang nr. 3171, blz. 920-926.

Illustratief is voorts de vergelijking van de ontwikkeling van de afschrijvingen voor medische inventarissen in vergelijking met de totale afschrijvingskosten: wanneer we voor beide categorieën de afschrijving in 1968 op 100 stellen, dan zijn de eerstgenoemde in 1975 gestegen tot 429 en de laatstgenoemde tot 298. Deze ontwikkeling op medisch-technisch gebied heeft ertoe geleid dat de hoeveelheid paramedisch en medisch hulp-personeel per 100 bezette bedden van 1972 tot 1976 twee keer sneller is gestegen dan de totale personeelsbezetting, namelijk 31% tegen 15%<sup>54</sup>. Een belangrijk kenmerk van de groei van het aantal specialistische verrichtingen is voorts dat de verrichtingen met een geringe complexiteit relatief het meest zijn toegenomen<sup>55</sup>. Tegenover de intensivering van de zorg staat een merkbare daling van de gemiddelde verpleegduren sinds 1960. De opnemingsfrequentie is daarentegen aanzienlijk toegenomen. Per saldo neemt het bedgebruik evenwel af<sup>56</sup>.

Het toenemen van de diagnostische mogelijkheden heeft een belangrijke impuls gegeven voor het bevolkingsonderzoek. In een veel groter aantal gevallen dan voorheen kan met het beschikbare instrumentarium in een vroeg stadium een afwijking van de norm worden ontdekt. De eerder aangehaalde Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen maakt met betrekking tot het bevolkingsonderzoek de volgende kanttekening:

'Ieder bevolkingsonderzoek heeft tot gevolg dat er een extra beroep op het diagnostisch potentieel van het tweede echelon wordt gedaan. Verder heeft een geconstateerde of zelfs maar vermoede afwijking bij velen het gevolg dat zij zich ziek achten en in het medisch kanaal als in een gesloten circuit opgesloten blijven'<sup>57</sup>.

### 3.3.5 *Kwaliteitsbewaking*

Van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verwacht dat zij zorg dragen voor een goede kwaliteit van hun werk. Deze verwachting wordt gekoesterd van de kant van de patiënt, de instellingen voor gezondheidszorg, de ziekenfondsen waar zij als medewerker staan ingeschreven, de collega's en de samenleving. De arts sluit met de patiënt een inspanningsovereenkomst; een resultaat kan doorgaans niet worden gegarandeerd. Van de arts mag in het kader van die overeenkomst worden verwacht dat zijn hulpverlening geschiedt overeenkomstig de stand van de medische wetenschap en techniek met inachtneming van de geldende medisch-ethische normen. Voorts vormt ook de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de medische voorzieningen een belangrijk kwaliteitscriterium. Naast deze criteria in de sfeer van de doeltreffendheid van de hulpverlening, wordt de laatste jaren de noodzaak om ook efficiency-criteria te hanteren steeds sterker gevoeld. De explosieve kostenontwikkeling waarmee de samenleving in de voorbije jaren is geconfronteerd ligt daaraan ten grondslag. Vanuit het gezichtspunt van de samenleving impliceert kwaliteitsbewaking dat zowel effectiviteits- als efficiencycriteria worden gehanteerd. Het overheidsbeleid is de laatste tijd steeds duidelijker georiënteerd op het bewaken van de kwaliteit in deze ruime betekenis van het woord. De beroepsbeoefenaren laten zich in dit verband evenmin onbetuigd en onderkennen dat de hulpverlening ook op zijn doelmatigheid moet worden beoordeeld. Zo stelt het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering

<sup>54</sup> Ibid..

<sup>55</sup> S.J.M. Belleman, *Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp*; Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1977, blz. 49-50.

<sup>56</sup> Ibid, blz. 50-51.

M. van der Kamp, op. cit., blz. 53.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1982, Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming voor de kosten tot 1986; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 14, blz. 24.

<sup>57</sup> Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen; op. cit., blz. 15.

der Geneeskunst (KNMG) het volgende: 'maatregelen die erop zijn gericht de kosten van het medisch handelen in de hand te houden dienen te worden ondersteund, voor zover hierdoor een doelmatig medisch handelen, niet strijdig met een doeltreffend handelen, kan worden bevorderd. Men moet er niet te snel van uitgaan dat kostenbeperkende maatregelen de kwaliteit van de zorgverlening aantasten'<sup>58</sup>.

Sinds februari 1979 functioneert het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), opgericht door de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen en met actieve steun van de overheid<sup>59</sup>. Uit de definitie van kwaliteit, die door het CBO wordt gebezigd, blijkt dat de aandacht zowel uitgaat naar de doeltreffendheid als naar de doelmatigheid van de hulpverlening. In de periode van begin 1979 tot eind 1981 is in ongeveer negentig ziekenhuizen intercollegiale toetsing van de grond gekomen. In het kader van de intercollegiale toetsing wordt door de deelnemende artsen steeds frequenter een toetsingsonderwerp aangedragen dat mikt op het opsporen van onnodige handelingen, zowel diagnostische als therapeutische<sup>60</sup>. Initiatieven op het gebied van kwaliteitstoetsing worden inmiddels door verschillende beroepsorganisaties en instellingen voor gezondheidszorg ondernomen.

In aansluiting op de intercollegiale toetsing beschikt de overheid over verschillende instrumenten voor kwaliteitsbewaking<sup>61</sup>. Allereerst zijn er de erkenningsnormen die worden gehanteerd in het kader van de ZFW en de AWBZ. De op stapel staande Wet Voorzieningen Gezondheidszorg biedt mogelijkheden om regels te stellen ten aanzien van vele aspecten van het functioneren van instellingen voor gezondheidszorg; daarbij zullen ook kwaliteitsaspecten aan de orde komen. De ziekenfondsen hebben de wettelijke taak er op toe te zien, dat de gelden optimaal worden besteed. Het 'Plaatselijk Gestructureerd Overleg' tussen ziekenfondsen, ziekenhuizen en artsen is een geschikt instrument om aan de bevordering van de doelmatigheid van de hulpverlening bij te dragen. De overheid is voornemens om dit gestructureerd overleg te versterken. Ten slotte wordt hier gewezen op de functie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. De hoofdinspecteurs en de regionale inspecteurs, aan wie dit toezicht is opgedragen, zijn belast met de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid en met het uitbrengen van adviezen en het geven van inlichtingen aan de landelijke overheid. Regionale inspecteurs adviseren tevens de provinciale en gemeentelijke overheden<sup>62</sup>.

Kwaliteitsbewaking omvat niet alleen vaktechnische en kostenaspecten; ook het bejegeningaspect speelt een belangrijke rol. Het spreekt voor zich dat bij de toetsing van het bejegeningaspect de inbreng van de kant van de patiënten van groot belang is. Bejegening is niet in de eerste plaats een wetenschappelijke aangelegenheid. De nota 'Patiëntenbeleid' bevat een aantal beleidsvoornemens om patiënten invloed te geven op de kwaliteitsbewaking<sup>63</sup>.

<sup>58</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 'De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening'; *Medisch Contact*, 19 december 1980, 35e jaargang nr. 51/52, blz. 1631.

<sup>59</sup> Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, *Jaarverslag 1979 en 1980*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg; Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 224, nr. 2, blz. 9-10.

<sup>60</sup> E. Reerink, *Kwaliteitsbevordering van het medisch handelen; een terreinverkenning*; Utrecht, 1982, (nota opgesteld ten behoeve van de WRR).

<sup>61</sup> C. Dudok de Wit, 'De rol van de overheid bij kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg'; in: *Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen*; onder redactie van E. Reerink en A.Th. Schweizer, Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1980, blz. 37-45.

<sup>62</sup> Voor een uitvoerig overzicht van de activiteiten van het staatstoezicht wordt verwezen naar de Nota kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg; Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 224, nr. 2, blz. 18-23.

<sup>63</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Patiëntenbeleid*; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 771, nrs. 1-2.

### 3.3.6 *Beleid van de overheid*

De beleidsstructuur van de gezondheidszorg is centralistisch getint: de beleidsvorming geschiedt in hoofdzaak op landelijk niveau. De belangrijkste partners daarbij zijn de landelijke overheid, de landelijke organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg en ten slotte de landelijke organisaties van de ziektekostenverzekeringinstellingen. De maatschappelijke partners hebben een belangrijke stem in het kapittel. De beleidsvorming geschiedt in hoge mate buiten de politieke besluitvorming om<sup>64</sup>. Krachtens onder meer de Gezondheidswet (1956), de Ziekenfondswet (1964), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (1980), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967) en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971/ 1979) hebben colleges zoals onder andere de Gezondheidsraad, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zwaarwegende adviserende bevoegdheden. Het is een bestuurspraktijk om aan de uitgebrachte adviezen grote, zo niet doorslaggevende betekenis te hechten. De minister heeft evenwel het laatste woord. De overheid is de laatste jaren duidelijk doende om meer invloed met betrekking tot de ontwikkeling van de gezondheidszorg naar zich toe te trekken; voorts bestaat het voornemen een aanzienlijke mate van decentralisatie van beleid in te voeren. Daarvoor zijn de volgende instrumenten ontwikkeld:

#### *Wet Tarieven Gezondheidszorg*<sup>65</sup>

Deze wet die in juni 1980 door de Tweede Kamer is aangenomen, regelt de prijsvorming van gezondheidszorgvoorzieningen. De prijzen komen tot stand in onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en de organen voor gezondheidszorg en behoeven de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

#### *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*<sup>66</sup>

Het ontwerp van deze wet verkeert in een vergaand stadium van behandeling in de Eerste Kamer. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zal te zijner tijd de Wet Ziekenhuisvoorzieningen gaan vervangen. De overheid heeft dan een instrument om de logistiek, aard, omvang, spreiding, de kwaliteit en het functioneren van de intra- en extramurale zorgverlening te sturen. Het wetsontwerp voorziet in één omvattend planningssysteem voor alle voorzieningen met vier essentiële kenmerken:

- a) gedecentraliseerde planvoorbereiding en -vaststelling;
- b) vierjaren-plannen;
- c) een integrale planning met periodieke planningsronden;
- d) een financiële begrenzing.

#### *Het Financieel Overzicht*<sup>67</sup>

In 1977 is het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne begonnen met het jaarlijks opstellen van landelijke financiële overzichten van de gezondheidszorg. De Financiële Overzichten lijken zich te ontwikkelen in de richting van een instrument om vooraf een financieel plafond

<sup>64</sup> T. van der Grinten en P.A.H. Verbraak, 'Decentralisatie van gezondheidszorgbeleid'; in: *Spreiding van beleid; Over decentralisatie van welzijnsbeleid*, onder redactie van Bram Peper en Leo Welters, Meppel, Boom, 1980, blz. 108-121.

<sup>65</sup> R.M. Lapré, 'De Wet Tarieven Gezondheidszorg: totstandkoming en betekenis'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 10 december 1980, 58e jaargang nr. 24, blz. 846-855.

<sup>66</sup> College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Advies inzake de memorie van antwoord en het gewijzigde ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*; Utrecht, 22 september 1980.

<sup>67</sup> W.A. Koch, 'Financiële overzichten en financiële plafonds in de gezondheidszorg'; *Economisch Statistische Berichten*, 16 juli 1980, 65e jaargang nr. 3263, blz. 808-812. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de opstelling van het 5e Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg*; Rijswijk, april 1981.

aan te geven voor de gezondheidszorg. Voorts ontwikkelen ze zich tot een instrument voor een herallocatiebeleid, waarbij op landelijk niveau prioriteiten worden gesteld.

#### *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*

In deze wet, die nog in de voorbereidingsfase verkeert, worden kwaliteitseisen geformuleerd ten aanzien van de beroepsuitoefening van individuele beroepsbeoefenaren.

#### *Prijzenwet*

Deze wet stelt de minister van Economische Zaken in staat een tarief voor vrije beroepsbeoefenaren vast te stellen. Samen met de Wet Tarieven Gezondheidszorg en de tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren kan de overheid een inkomensbeleid voeren ten aanzien van de geneeskundigen.

In inhoudelijk opzicht heeft de centrale overheid de laatste jaren een veelvoud van beleidsdoelstellingen geformuleerd en ook deels geslaagde stappen gezet om deze te realiseren. Hier volgen enkele belangrijke beleidslijnen:

- het bevorderen van preventie boven curatieve zorg;
- het bevorderen van meer samenhang op regionaal niveau;
- het versterken van de eerste-lijnsgezondheidszorg ten opzichte van de specialistische intramurale zorg;
- het stimuleren van de poliklinische zorg ten opzichte van de klinische zorg;
- het aanpassen van de voorzieningen met het oog op de vergrijzing van de bevolking;
- het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, ook in financieel opzicht;
- democratisering van instellingen voor gezondheidszorg;
- beheersing van volume en kosten; de kostenontwikkeling wordt zorgwekkend gevonden.

Hieraan dient te worden toegevoegd dat reeds lange tijd het bevorderen van de bereikbaarheid van de gezondheidsvoorzieningen voor iedere ingezetene, ongeacht de gezondheidstoestand, de woonplaats, het inkomen, enzovoort een belangrijke plaats heeft ingenomen bij het overheidsbeleid. De verplichte solidariteit, zoals vastgelegd in de ZFW en de AWBZ vormen hiervan de neerslag.

#### *3.3.7 Ontwikkelingen in het aanbod van ziektekostenverzekeringen*

Het aanbod van ziektekostenverzekeringen is in Nederland nogal uitgebreid en veelvormig. Globaal kunnen drie groepen van verzekeringen worden onderscheiden die de kosten van de gezondheidszorg dekken<sup>68</sup>. Allereerst is er de AWBZ — een volksverzekering — die zich uitstrekt tot alle inwoners. Toetreding tot deze verzekering is verplicht; de premie wordt geheven als percentage van het gezinsinkomen, waarbij een maximum geldt (in 1981 f 1.488,- per jaar). Voor personen van 65 jaar en ouder geldt geen premieheffing. Voor sommige verstrekkingen aan bepaalde verzekerden geldt een eigen bijdrage.

De tweede verplichte verzekering tegen ziektekosten is de verplichte ziekenfondsverzekering. Ook deze is een onderdeel van de sociale verzekeringen; zij geldt echter uitsluitend voor diegenen die jonger zijn dan 65 jaar, in loondienst zijn, geen ambtenaar zijn en een vast overeengekomen loon beneden de zogenaamde loongrens hebben (in 1981 bedroeg de loongrens f 42.300,-). De premie bedraagt een vast percentage van het loon met een maximum, dat in 1981 f 3.098,- bedroeg. De

<sup>68</sup> Voor meer details omtrent de hier gepresenteerde gegevens over de verschillende vormen van ziektekostenverzekeringen, zie: W.P.M.M. van de Ven, op. cit.

verplichte ziekenfondsverzekering kent een uitgebreid pakket aan medische voorzieningen; slechts voor een gering aantal verstrekingen wordt een beperkte eigen bijdrage van de patiënt gevraagd.

De beide hiergenoemde verzekeringen behoren tot de groep van verplichte verzekeringen waarvoor een toetredingsdwang geldt en waarbij de premiebetaling derhalve geen rantsoeneringsfunctie heeft. Ongeacht de gezondheidstoestand van de betrokkenen wordt ieder die aan de toetredingscriteria voldoet in deze verzekeringen opgenomen.

Tot de verplichte verzekeringen behoren ook de regelingen die gelden voor de provincie- en gemeente-ambtenaren en het politiepersoneel. Het voorzieningenpakket volgens deze regelingen komt in hoofdlijnen overeen met dat van het ziekenfonds; alleen zijn de eigen bijdragen van de verzekerden in het algemeen hoger. De premieheffing is ook hierbij gekoppeld aan het ambtelijk inkomen, waarbij tevens een maximum geldt dat evenwel hoger ligt dan bij de ziekenfondsverzekering.

De tweede groep van verzekeringen bestaat uit de niet-verplichte ziekenfondsverzekeringen. Hiertoe kunnen toetreden personen van 65 jaar of ouder met een gezinsinkomen beneden een bepaalde grens (voor 1981 bedroeg deze grens f 22.774,-), en degenen die niet in de verplichte ziekenfondsverzekering vallen en een inkomen hebben dat beneden de loongrens ligt. De eerstgenoemde groep verzekerden neemt dan deel aan wat bekend staat als de bejaardenverzekering, de laatstgenoemde groep aan wat bekend staat als de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Voor de bejaardenverzekering geldt een premie die sterk gereduceerd is en tevens afhankelijk wordt gesteld van het inkomen. De premie voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt geheven per persoon (kinderen tot 16 jaar zijn gratis meeverzekerd) en kan variëren over drie gebieden van het land. Voor enkele groeperingen, onder andere studerende kinderen en minder draagkrachtigen, gelden reducties op de premie.

Tot de derde groep van verzekeringen worden de particuliere ziektekostenverzekeringen gerekend. Ongeveer honderd verzekeringsinstituten bieden een assortiment aan verzekeringsdiensten op dit gebied aan. De inhoud van het verzekerde pakket kan door de consument zelf in hoge mate mede worden bepaald, hetgeen van invloed is op de te betalen premie. De premie wordt hierbij per persoon geheven en hij kan nogal variëren per verzekeringsinstituut. De particuliere verzekeringsinstellingen kunnen op grond van iemands gezondheidstoestand een verzekering gedeeltelijk weigeren of een hogere premie in rekening brengen. Degenen die in onmiddellijke aansluiting op de wettelijk verplichte beëindiging van een ziekenfondsverzekering een particuliere ziektekostenverzekering willen afsluiten, worden ongeacht hun gezondheidstoestand geaccepteerd. Duidelijker dan waar ook is voor de particulier verzekerden sprake van een economische markt van verzekeringsdiensten hetgeen mogelijkheden tot marktsegmentatie en produktdifferentiatie opent. Immers, de afnemers van deze verzekeringsdiensten vormen geen homogene groep. Ten slotte kan nog worden vermeld dat de verzekeringsinstellingen die op deze markten opereren, voor een deel non-profitinstellingen zijn en voor een deel uit commerciële maatschappijen bestaan.

Het aanbod van ziektekostenverzekeringen omvat in Nederland dus een breed scala van pakketten. Ontwikkelingen binnen de totaliteit van deze verzekeringen komen — gezien de structuur ervan — tot stand in een wisselwerking tussen vraag en aanbod. Vraagontwikkelingen zullen echter niet altijd door adequate en tijdige aanbodveranderingen worden gevolgd, al was het maar omdat de besluitvorming over het aanbod in sommige gevallen duidelijk geïsoleerd is van de vraag der consumenten. Dit zal zich vooral kunnen voordoen bij de verplichte verzekeringen, omdat die ten aanzien van de besluitvorming een onderdeel vormen van een groter sociaal-economisch geheel. Factoren die van betekenis zijn voor het economisch beleid in macro-zin, zullen de aanbodontwikkelingen hier derhalve medebepalen. Daarom kunnen zij vraagverschuivingen in hun uitwerking naar het aanbod wel eens blokkeren. In

het proces van collectieve besluitvorming, waarbinnen de AWBZ en de ziekenfondsverzekering is gesitueerd, is het systeem van de markt vaak immers geheel afwezig. Daarnaast kunnen aanbodveranderingen ook een tamelijk sterk autonoom karakter hebben, vooral wanneer de medisch-technische ontwikkeling daarbij domineert.

Ontwikkelingen in het aanbod van ziektekostenverzekeringen in de groep waarin het marktmechanisme — en dus de onderlinge concurrentie van de verzekeringsinstellingen — een belangrijke rol speelt, zullen hun invloed ook doen gelden op het aanbod van de verzekeringen uit de collectieve sector. Ook al is de toetredingsdwang bij deze laatste verzekeringen een belangrijk element, dat neemt niet weg dat via de financiële verwevenheid van collectieve en marktsector — ook op dit terrein — van beïnvloeding sprake is. Juist de ontwikkelingen die zich in het recente verleden op het gebied van de ziektekostenverzekeringen hebben voorgedaan, illustreren deze beïnvloeding duidelijk.

Zoals in 3.2.5 is gememoreerd, hebben zich aan de vraagzijde van de particuliere ziektekostenverzekeringen verschuivingen voorgedaan die reacties hebben opgeroepen aan de aanbodkant. Het meest algemeen kunnen deze veranderingen worden aangeduid met de term 'marktsegmentatie'. Dit houdt in dat er feitelijk een groter aantal deelmarkten is ontstaan waardoor een scherpere toerekening van premie en kosten per groep van verzekerden is opgetreden. Tegelijkertijd wordt hiermee aan het solidariteitselement in de particuliere ziektekostenverzekeringen geknaagd, hetgeen op zijn beurt ook weer gevolgen had voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering.

De vermindering van het solidariteitsbeginsel in de particuliere ziektekostenverzekeringen is tot stand gekomen door het creëren van polissen met een hoog eigen risico en een daarmee gepaard gaande reductie van de premie en door het verlenen van kortingen op de premies voor jongeren (hoe jonger de verzekerde is, des te hoger is de korting). Uit marktonderzoek van particuliere verzekeraars kwam namelijk duidelijk naar voren dat steeds grotere groepen verzekerden de voorkeur gaven aan een dergelijke ziektekostenverzekering<sup>69</sup>. Binnen enkele jaren heeft deze kennis van veranderde consumentenvoorkeuren geleid tot het ontstaan van een zeer gedifferentieerd aanbod van verzekeringspakketten in de particuliere sector. Aan de ene kant zijn er volledig dekkende polissen zonder eigen risico en aan het andere uiterste vinden we polissen met zeer hoge eigen risico's en dito premiereducties. Zo is men onder andere steeds meer gaan werken met verzekeringsmogelijkheden waarbij de premie ook afhankelijk wordt gesteld van de leeftijd van de verzekerde. Jongeren doen in het algemeen een beperkter beroep op gezondheidsvoorzieningen dan ouderen, vandaar dat een dergelijke premiedifferentiatie mogelijk is. In de strijd om de jonge verzekerde is medio 1980 door de particuliere verzekeraars nog een nieuw element geïntroduceerd: de budgetpolis. Bij deze polisvorm gaan jaarlijks het eigen risico en de premie omhoog nog afgezien van de jaarlijkse 'normale' prijsverhogingen. De premiestijging treedt op tussen 21 en 40 jaar en de groei van het eigen risico loopt tussen 30 en 50 jaar omhoog. Op deze manier wordt het 'vrij besteedbaar inkomen' van jongeren aanvankelijk verhoogd terwijl op latere leeftijd een relatief grotere bijdrage aan de kosten van de gezondheidsvoorzieningen moet worden geleverd.

Door deze specifieke differentiatie in het aanbod van ziektekostenverzekeringen zijn substitutiemogelijkheden geschapen waarvan ook gebruik is gemaakt. De uniforme vrijwillige ziekenfondsverzekering bijvoorbeeld, heeft naar verhouding steeds meer kostbare verzekerden gekregen waardoor een zeer sterke premieverhoging op de duur niet kan worden voorkomen, tenzij de overheid bereid wordt gevonden via extra rijksbijdragen deze ontwikkeling af te remmen. De 'hoge risico's' blijven in

<sup>69</sup> Een voorbeeld hiervan wordt genoemd in het *Jaarverslag 1979* van de Stichting Het Zilveren Kruis, op. cit., blz. 5.



deze verzekering achter, omdat de verzekerden met de 'lage risico's' voor een lagere premie terecht kunnen bij de particuliere ziektekostenverzekeraars.

Ten slotte kan nog worden vermeld dat zich ook verschuivingen hebben voorgedaan in het voorzieningenpakket dat via de AWBZ wordt aangeboden. Geleidelijk aan is de inhoud van de verstrekkingen van deze volksverzekering verruimd, waarbij mede als motief heeft gegolden de wens tot een algemene volksverzekering tegen ziektekosten. Voorstellen tot invoering van een dergelijke verzekering zijn in de loop van de laatste twee decennia al enkele malen gedaan, maar door de ingewikkeldheid van de problematiek en de te verwachten financiële consequenties is het nog steeds niet tot uitvoering daarvan gekomen. De uitbreiding van de AWBZvoorzieningen heeft voornamelijk geleid tot beperking van voorzieningen die uit andere collectieve middelen werden betaald. Hierdoor is de AWBZ-premie, vooral in de vorm van hogere loonkosten voor het bedrijfsleven, verhoogd. Ook is de neiging ontstaan de eigen bijdragen van verzekerden te verhogen. Dit laatste werd vooral ingegeven door overwegingen van budgettaire aard (bezuinigingsoperaties).

Samenvattend kan worden gesteld dat in het aanbod van ziektekostenverzekeringen veranderingen zijn opgetreden in een richting die heeft geleid tot een premiestructuur van de particuliere ziektekostenverzekeringen, die het solidariteitsbeginsel steeds meer vervangt door equivalentie-elementen. Deze produktdifferentiatie heeft bovendien aanleiding gegeven tot het cumuleren van 'hoge risico's' bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering.

### **3.4 Evaluatie**

#### **3.4.1 *Ontwikkelingen in de effecten***

##### **3.4.1.1 Inleiding**

Bij de beschrijving van de effecten voor het individueel welzijn springt allereerst de gezondheidswinst in het oog, die bereikt is ten aanzien van de gezondheidstoestand. De ontwikkeling van de gemiddelde levensverwachting en de kindersterfte komen daarbij aan de orde, alsmede de geslaagde uitschakeling van bepaalde levensbedreigende infectieziekten.

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen speelt een belangrijke rol bij de afstemming van vraag en aanbod. De individuele en maatschappelijke effecten ervan verdienen aparte aandacht.

De gezondheidswinst is, mede onder invloed van het verzekeringsstelsel, bereikt tegen een bepaalde prijs. Vandaar dat ook het maatschappelijke vraagstuk van de kostenontwikkeling en het daarmee verband houdende verloop van de premiedruk voor het individu worden behandeld.

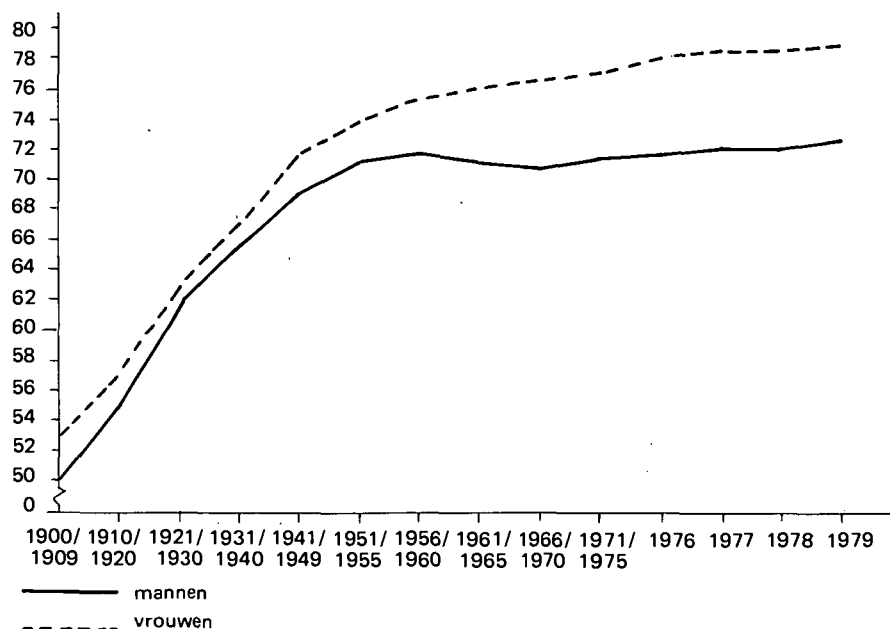
Vervolgens komen de effecten van de gezondheidszorg voor de samenleving als geheel aan de orde. Deze hebben betrekking op de vraagstukken van de sociale gelijkheid en de beheersbaarheid.

De onderlinge confrontatie van de vele factoren die zowel aan de vraagzijde als de aanbodzijde werkzaam zijn, heeft ten aanzien van het individuele gezondheidsperspectief en -gedrag een niet onbelangrijke mate van gezondheidsverlies opgeleverd. Ter afsluiting van deze paragraaf over de effecten zal aan dit aspect van het individueel welzijn aandacht worden besteed.

##### **3.4.1.2 Gezondheidswinst**

De levensverwachting bij geboorte is in de loop van deze eeuw sterk toegenomen. In 1979 bedroeg deze voor mannen 72,4 jaar en voor vrouwen 78,9 jaar. De stijging is bij mannen na de Tweede Wereldoorlog aanzienlijk minder geweest dan bij vrouwen. Het verloop van de levensverwachting voor de beide seksen is weergegeven in figuur 3.1.

**Figuur 3.1 Gemiddeld aantal te verwachten levensjaren bij de geboorte, naar geslacht, 1900-1979**

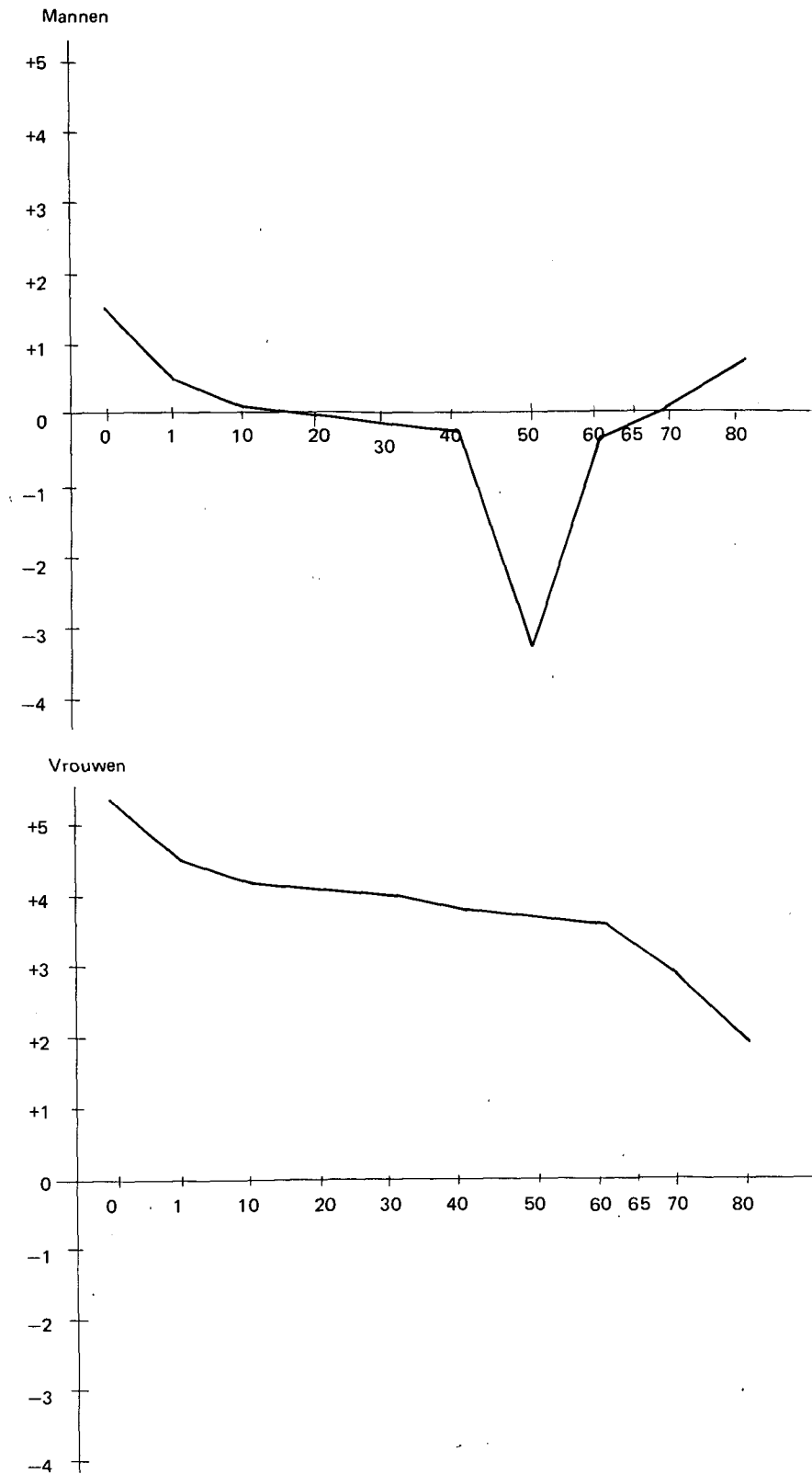


Bron: CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit. CBS, *Sterftetafels voor Nederland 1978 en 1979*; Voorburg.

De ontwikkeling van het gemiddeld aantal te verwachten levensjaren bij het bereiken van een bepaalde leeftijd geeft bij mannen en vrouwen na de Tweede Wereldoorlog eveneens een verschillend beeld te zien. Bij mannen is de gemiddelde levensverwachting bij het bereiken van de 50-jarige leeftijd ten opzichte van het begin van de jaren vijftig met ruim 3 jaar gedaald. Naast de gemiddelde levensverwachting bij geboorte is alleen de gemiddeld verwachte levensduur bij hoogbejaarde mannen duidelijk toegenomen. Voor adolescenten en volwassenen is de levensverwachting sinds de jaren vijftig niet belangrijk gewijzigd. Bij vrouwen is de gemiddelde levensverwachting bij alle leeftijden ook na de Tweede Wereldoorlog nog merkbaar gestegen. Deze stijging is minder naarmate de leeftijd hoger is (zie figuur 3.2).

De ontwikkeling rond geboorte en sterfte geeft tot op de dag van vandaag een duidelijke vooruitgang te zien. Zowel het aantal doodgeborenen als de sterfte onder kinderen beneden de leeftijd van 1 jaar (zuigelingen) is voortdurend gedaald. Een en ander moge blijken uit tabel 3.9.

**Figuur 3.2** [Verskil tussen 1979 en 1951/55 wat betreft de gemiddelde levensverwachting bij het bereiken van bepaalde leeftijden, naar geslacht



Bronnen: CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1980. CBS, *Sterftetafels voor Nederland 1979*, Voorburg.

**Tabel 3.9 Doodgeborenen en zuigelingensterfte, 1946-1980.**

Jaar	Doodgeborenen per 1000 geborenen	Zuigelingensterfte per 1000 levendge- borenen
1946	20,2	38,5
1950	19,3	26,5
1955	17,0	21,5
1960	14,9	17,9
1965	13,1	14,4
1970	10,7	12,7
1975	7,7	10,6
1978	7,1	9,6
1979	7,1	8,6
1980	6,6	8,6

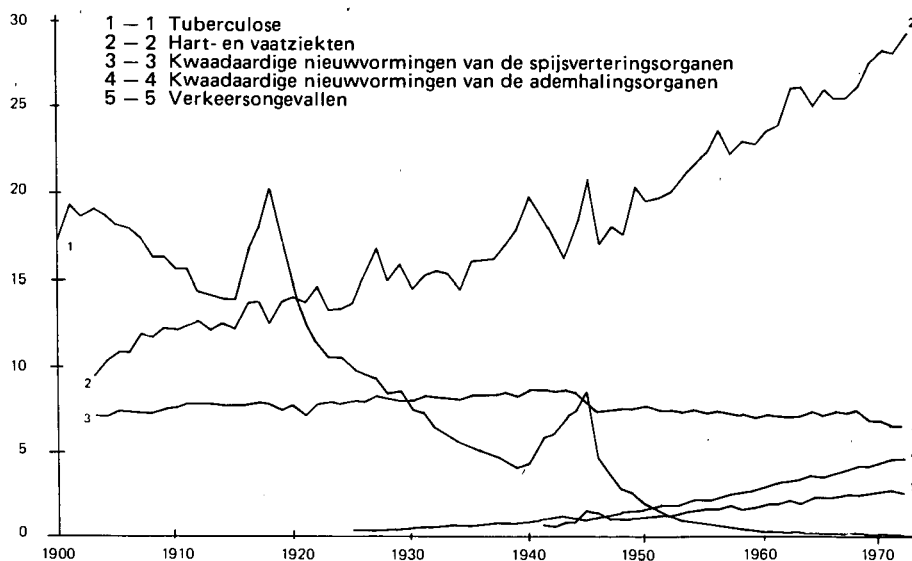
Bronnen: 1946-1965: CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1980.

1970-1980: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1982; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 2.

De sterfte onder vrouwen ten gevolge van complicaties bij zwan-  
gerschap en geboorte is in de periode van 1960 tot 1975 gedaald van  
1,6‰ naar 0,3‰ en daarna om en nabij dat peil gebleven<sup>70</sup>.

Het morbiditeitspatroon heeft in de loop van deze eeuw grote veran-  
deringen ondergaan. De infectieuze ziekten, met name van de adem-  
halingsorganen, hebben hun dodelijke karakter inmiddels vrijwel geheel  
verloren. Sinds 1950 kunnen met geneesmiddelen patiënten worden  
gezezen en de infectiebron snel worden uitgeschakeld. Bij het terugdrin-  
gen van de respiratoire infecties heeft de preventie een belangrijke rol  
gespeeld<sup>71</sup>. Figuur 3.3 illustreert de teruggang van de respiratoire infec-  
ties als doodsoorzaak.

**Figuur 3.3 Sterfte ten gevolge van enkele doodsoorzaken per 10.000 van de  
gemiddelde bevolking, 1900-1970.**



Bron: K.C. Winkler, 'Hygiëne sterk wapen tegen vele ziekten: Sociaal welzijn blijft  
nog achter'; *TNO-project*, oktober 1981, 9e jaargang nr. 10, blz. 339.

<sup>70</sup> CBS/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op. cit., 1980, blz. 346.

<sup>71</sup> K.C. Winkler, 'Hygiëne sterk wapen tegen vele ziekten: Sociaal welzijn blijft nog achter';  
*TNO-project*, oktober 1981, 9e jaargang nr. 10, blz. 337-343.

De succesvolle bestrijding van de infectieziekten heeft andere levensbedreigende ziekten naar voren doen treden. Kanker, hart- en vaatziekten en verkeersongevallen zijn nu de belangrijke gezondheidsbedreigers. Voorts zijn hoofdzaken met betrekking tot de morbiditeit reeds bij de beschouwingen over de ontwikkelingen in de vraag aan de orde gesteld (zie paragraaf 3.2.2).

Alles bijeen genomen is er mede door de inspanningen die in de gezondheidszorg — in de meest ruime zin des woords — zijn geleverd, aanzienlijke verbetering van de gezondheid bereikt.

#### 3.4.1.3 Effecten van de ziektekostenverzekeringen

De diensten die door de gezondheidszorg worden aangeboden, richten zich uiteindelijk op de afname door individuen. Vanuit het strikte oogpunt van de voortbrengingswijze behoeft het collectieve element in de gezondheidszorg daarom slechts van beperkte betekenis te zijn. Het absolute minimum wordt hierbij gevormd door de externe effecten die uitgaan van de preventieve gezondheidsvoorzieningen en van de gezondheidstoestand van de bevolking in het algemeen. De aard van de organisatie van de voortbrenging van gezondheidsdiensten wordt aldus in beperkte mate bepaald door economisch-technische randvoorwaarden. Des te meer ruimte is hierbij aanwezig voor een inbreng vanuit een politiek, ideologisch, cultureel of religieus standpunt. In de beschouwingen over vraag en aanbod is de neerslag van de in het verleden gemaakte keuzen op dit terrein tot uitdrukking gebracht. Binnen het gegeven historisch kader dienen de effecten dan ook beschouwd te worden.

Zoals in paragraaf 3.2.5 werd geschetst, bestaat de vormgeving van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen — als uitdrukking van de financieel-economische organisatievorm van de gezondheidszorg — uit een mengeling van overheidsactiviteit en particulier initiatief. Voor het grootste deel van de bevolking houdt dit gemengde stelsel in, dat de beslissingen over de omvang en de vorm van financiering van de individuele aanspraken op gezondheidsvoorzieningen genomen worden door instituties, zoals Ziekenfondsraad, ministeries en parlement. Van een persoonlijke betrokkenheid bij en verantwoordelijkheid voor deze beslissingen is derhalve nauwelijks sprake. Dit geldt te meer, omdat de wijze waarop de premies voor de verplichte ziekenfondsverzekering en de AWBZ worden geïnd, de individuele bijdrage doet opgaan in het totale systeem van sociale premie- en belastingheffing. Ook het 'geïstitutionaliseerde spraakgebruik' helpt hieraan mee, doordat deze bestemmingsheffingen als onderdeel van de collectieve lasten worden bestempeld. Daarnaast speelt ook nog een rol dat een deel van de financieringsmiddelen rechtstreeks door de schatkist worden gefourneerd in de vorm van rijksbijdragen uit de algemene middelen. Bij volledige betaling door derden bestaat het gevaar dat de gebruiker zich de prijs van de gevraagde verstrekkingen onvoldoende realiseert. Illustratief is in dit verband het spraakgebruik in termen van 'gratis' voorzieningen. Het inzicht in de offers die men ook zelf moet brengen voor de bekostiging van deze 'gratis' voorzieningen, is vrijwel verdwenen. Het ontbreken van een directe confrontatie met de financiële gevolgen van de genomen of te nemen beslissingen houdt in, dat de marginale kosten in de ogen van de gebruiker vrijwel nul zijn. Een minimum aan verwacht extra nut geeft dan reeds tot daadwerkelijk gebruik aanleiding.

Tegen deze achtergrond van anonimisering en collectivering van een groot deel van de financiering van de gezondheidszorg is het in een tijd waarin ook het individu economisch geëmancipeerd wordt, niet verwonderlijk dat de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de financiering van de eigen gezondheidszorg meer nadruk krijgt. Mogelijk kan in dit individualiseringsproces een verklaring worden gevonden voor de neiging om het in het verleden sterk geponeerde beginsel van de solidariteit in de financiering van de gezondheidsvoorzieningen enigszins terug te drin-

gen. Daarbij hoeft niet elke vorm van solidariteit in even sterke mate onder druk te komen. Zoals de ontwikkelingen in de veranderingen van de particuliere ziektekostenverzekeringen en de vrijwillige ziekenfondsverzekering tot op heden laten zien, mag worden verwacht dat de solidariteit van jongeren voor ouderen het sterkst onder druk zal komen. De solidariteit van ongehuwden voor gehuwden lijkt ook enigszins te eroderen, evenals die van full-timers voor part-timers. De solidariteit van gezonden ten opzichte van zieken per demografische categorie lijkt nog het minst te lijden te hebben.

Nu in de sfeer van de niet-verplichte ziektekostenverzekeringen een duidelijke trend waarneembaar is naar een meer directe relatie tussen individueel betaalde premie en daarmee verworven aanspraak op een bepaald pakket aan gezondheidsvoorzieningen, zich uitend in een scala van eigen risico's en een reeks van premiedifferentiaties, komt de vraag naar voren of deze ontwikkeling geheel voorbij zal gaan aan de inrichting van de verplichte ZFW en de AWBZ. Gezien de jongste wijzigingen die zich in de AWBZ hebben voorgedaan en die wijzen in de richting van een ruimere toepassing van eigen bijdragen, lijkt het niet te verwachten dat de structuur van de verplichte ziekenfondsverzekering onveranderd blijft. Ook hierin zal na enige tijd de individualiseringstendens doorwerken, zeker nu voor grote groepen ziekenfondsverzekerden de situatie is bereikt dat zij meer betalen voor hun pakket gezondheidsvoorzieningen dan personen die particulier verzekerd zijn. De uitwerking van deze tendens zal uiteraard verschillen voor situaties waarin al dan niet een beperkte volksverzekering tegen ziektekosten tot stand komt. Wellicht zou zich een en ander kunnen voordoen in de vorm van het openen van de mogelijkheid om binnen bepaalde grenzen vrijwillig een eigen risico te aanvaarden in de verplichte ziektekostenverzekering, gecombineerd met een reductie van de premie. Zo'n eigen risico hoeft niet afhankelijk te worden gesteld van de totstandkoming van een volksverzekering.

De verschillende vormen van ziektekostenverzekeringen hebben geen gelijke invloed op de omvang van de consumptie van gezondheidsdiensten door de verzekerden. Onderzoek op dit gebied geeft aanleiding tot de gevolgtrekking dat de verschillende vormen van verzekering ten slotte ook verschillen in medische consumptie oproepen, ook als wordt gecorrigeerd voor de aanzienlijke verschillen in startpositie die bestaat tussen de ziekenfonds- en de particulier verzekerden; het ziekenfonds mag immers niet selecteren naar de gezondheidstoestand van de verzekerden bij toetreding<sup>72</sup>. De hogere medische consumptie van ziekenfondsverzekerden ten opzichte van particulier verzekerden, met name wat betreft de langere ligduur in ziekenhuizen, kan onder meer verklaard worden uit het verschil in tijdswaardering en in verzekeringsdekking (eigen bijdrage). Maar daarnaast speelt ook een mogelijk meer intensieve of doelmatige controle door de particuliere ziektekostenverzekeraars op onnodige medische consumptie een rol bij dit verschil in consumptie van gezondheidsvoorzieningen<sup>73</sup>. Wanneer nu in de ontwikkeling die hiervoor is geschetst de lijn naar meer eenheid in de financiering van ziekenfonds en particuliere verzekering wordt doorgetrokken, dan mag worden verwacht dat er ook een nivellering van de medische consumptie tussen beide groepen zal optreden. Het verminderen van de verschillen in verzekeringsdekking en verzekeringsregelingen voor beide groepen verzekerden zal althans een prikkel in deze richting geven. Dat de consumptieverschillen vrijwel geheel verdwijnen, mag echter niet op voorhand worden verwacht.

Samenvattend kan worden gesteld dat de ontwikkelingen in de effecten met betrekking tot de ziektekostenverzekeringen in de collectief georganiseerde sectoren het karakter dragen van een vergaande terug-

<sup>72</sup> Een goed overzicht van de stand van zaken geven W.P.M.M. van de Ven, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet e.a., op. cit., blz. 224 e.v..

<sup>73</sup> Ibid., blz. 247.

dringing van de persoonlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid. Daarentegen hebben de ontwikkelingen in de particuliere verzekeringen geleid tot een sterke aantasting van de solidariteit; de persoonlijke risico's voor sommige groepen verzekerden worden daardoor tamelijk groot.

#### 3.4.1.4 Kosten en premiedruk

De uitgaven voor gezondheidszorg zijn in de na-oorlogse periode fors gestegen. Tussen 1963 en 1978 zijn de kosten vertienvoudigd. Eind zestiger en begin zeventiger jaren was een jaarlijkse kostenstijging van 18% of meer geen uitzondering. Vanaf 1975 is de stijging jaarlijks minder geworden.

Tabel 3.10 Kosten van de gezondheidszorg, 1953-1980

	1953	1958	1963	1968	1973	1975	1977	1979	1980 <sup>a)</sup>
totale kosten in mld.gld.	0.8	1.3	2.2	5.0	12.3	17.0	21.4	25.6	27.8
% stijging t.o.v. vorig jaar	—	—	—	—	—	18.1	10.8	8.7	8.6
% BNP	3.1	3.7	4.2	5.5	7.1	8.2	8.2	8.6	8.8

Bronnen: 1953-1973: *Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen*; op. cit.

1975-1980: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1981; Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1985; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 400, hoofdstuk XVII, nr. 9.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1982; Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1986; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 14.

a) voorlopige cijfers.

Het relatieve aandeel van de gezondheidszorg in het Bruto Nationaal Produkt is ten opzichte van 1963 inmiddels verdubbeld. Bij de beoordeling daarvan dient bedacht te worden dat de groei van het BNP zelf de laatste jaren eveneens merkbaar is gedaald. De stijging van de kosten is de afgelopen vijf jaar gedaald. Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verwacht dat de kosten in de eerste helft van de jaren tachtig weer wat sneller zullen gaan stijgen; het verwachte stijgingspercentage bedraagt circa 10% per jaar voor 1982, 1983, 1984 en 1985<sup>74</sup>. Tabel 3.10 geeft een overzicht van de totale kosten van de gezondheidszorg over de jaren 1953-1980.

De burgers ondervinden de gevolgen van de kostenstijging in de vorm van een groeiende premiedruk. Het gaat hierbij onder meer om de premies voor de verplichte ziekenfondsverzekering alsmede — vanaf 1969 — voor de AWBZ. Tabel 3.11 geeft een overzicht van na-oorlogse ontwikkeling van de premiedruk.

<sup>74</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Rijksbegroting voor het jaar 1982, Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1986; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17 100, hoofdstuk XVII, nr. 14.

**Tabel 3.11 Premiedruk ZFW en AWBZ, 1950-1981**

Jaar	Verplichte ziekenfondsverzekering	AWBZ
1950	3.6	-
1955	4.0	-
1960	4.8	-
1965	5.4	-
1970	7.5	1.2
1975	9.2	2.7
1980	8.1	3.2
1981	8.6	3.05

Bron: Ziekenfondsraad, Jaarverslagen over de periode 1950-1980.

In 1982 bedraagt de premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering 9.1%, de AWBZ-premie 3.3%<sup>75</sup>.

Tabel 3.11 bevat de geheven premiepercentages. Bedacht moet worden, dat de ontwikkeling van het lastendekkende premiepercentage een beter inzicht geeft in de werkelijke kostenontwikkeling. In de jaren die zijn opgenomen in tabel 3.11, uitgezonderd 1981, bedroeg het lastendekkende premiepercentage respectievelijk: 3.76, 4.46, 4.72, 5.55, 7.37, 8.69 en 8.45<sup>76</sup>.

#### 3.4.1.5 Effecten voor de samenleving

##### *Sociale gelijkheid*

Gezondheidszorgvoorzieningen zijn in de loop van de geschiedenis voor een toenemend deel collectief gefinancierd. Het desbetreffende beleid was er vooral op gericht om de voorzieningen voor iedereen in gelijke mate toegankelijk te maken, ongeacht de inkomenspositie en de omvang van de behoefte aan medische zorg. Deze nadruk op gelijkheid als beleidsdoelstelling is begrijpelijk tegen de achtergrond van het gegeven dat belangrijke delen van de bevolking lange tijd een grote achterstand hebben gehad op het gebied van gezondheidszorg en andere welzijnsvoorzieningen. Bij de huidige stand van zaken aan de aanbodzijde in de somatische gezondheidszorg is de sociaal-economische ongelijkheid duidelijk verminderd. Een recente studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar het bereik van welzijnsvoorzieningen komt met betrekking tot de gezondheidszorgvoorzieningen tot de volgende conclusie:

'De ten aanzien van veel sociale problematiek kwetsbare categorieën (zij die buiten het arbeidsproces staan, zij in een niet-'normale' gezinsvorm) lijken door de gezondheidsvoorzieningen in sterke mate bereikt te worden; hetzelfde geldt voor de maatschappelijke dienstverlening en de rechtshulp. Een overeenkomstig hoog bereik hebben zij met betrekking tot de sociaal en economisch minder bedeelden'<sup>77</sup>.

Het SCP maakt hierbij de aantekening dat deze evaluatie van het bereik nog geen oordeel inhoudt over het effect van de voorzieningen voor de diverse gebruikerscategorieën.

De sociaal-economische dimensie van het vraagstuk van de sociale gelijkheid is overigens niet de enige die voor de gezondheidszorg relevant is. Het bewaken van de rechtvaardige verhoudingen tussen de

<sup>75</sup> Periodiek voor sociale verzekering, sociale voorzieningen en arbeidsrecht; 6 januari 1982, nr. 1, blz. 2.

<sup>76</sup> De lastendekkende premiepercentages voor 1950, 1955 en 1960 zijn volgens opgave van het secretariaat van de Ziekenfondsraad. De overige cijfers zijn ontleend aan het Jaarverslag 1980 van de Ziekenfondsraad.

<sup>77</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, op. cit., blz. 262-263.



verschillende patiëntencategorieën onderling is evenzeer van belang. Het is bijzonder moeilijk om de verschillende medische voorzieningen voor verschillende typen aandoeningen tot één maatstaf te herleiden. De beschikbare voorzieningen voor bijvoorbeeld demente bejaarden, reumapatiënten en hartpatiënten zijn onderling moeilijk te wegen; niettemin is een dergelijke afweging noodzakelijk bij het gegeven van de beperkte financiële middelen en menskracht voor de gezondheidszorg. Dit vraagstuk zal in de naaste toekomst te meer de aandacht vergen omdat de patiëntenemancipatie — naast alle onmiskenbaar positieve effecten — kan leiden tot een situatie waarbij de belangengroeperingen van patiënten die zich publiekelijk het sterkst weten te manifesteren, meer invloed hebben op de besluitvorming over de inrichting van ons voorzieningstelsel dan uit een oogpunt van rechtvaardige verhoudingen als juist kan worden aangemerkt. Hierbij dient ten slotte de kanttekening gemaakt te worden dat innovatie in de geneeskunde een zekere mate van ongelijkheid veronderstelt. Nieuwe vindingen plegen pas na verloop van enige tijd op een betaalbare wijze voor iedereen beschikbaar te worden gesteld.

#### *Beheersbaarheid*

Onder gelijkblijvende omstandigheden zal naar verwachting de ontwikkeling in de omvang van de beschikbare financiële ruimte voor de collectieve sector geen gelijke tred kunnen houden met de verwachte volume- en kostenontwikkeling aan de uitgavenkant. De financiering van onder meer de gezondheidszorg komt daarmee onder druk te staan<sup>78</sup>. Het feit dat de gezondheidszorg slechts voor een bescheiden deel via de overheidsbegroting wordt gefinancierd doet daar weinig aan af. De stijging van de ZFW- en de AWBZ-premie beperkt immers ook de ruimte voor andere heffingen alsmede voor de particuliere bestedingen. De gezondheidszorg is aldus betrokken bij de toenemende spanning tussen een aantal concurrerende idealen - pensioenvoorziening, voorzieningen voor inkomensderving, directe particuliere consumptie, investeringen ter behoud van de nationale economische positie, enzovoort — als gevolg van de stagnerende welvaarts-groei. Deze conflicten hoeven op zich zelf overigens niet te leiden tot een toestand van onbeheersbaarheid en instabiliteit. Het tegendeel kan zelfs het geval zijn. Een en ander hangt af van een adequate instrumentatie van de besluitvorming met betrekking tot deze afwegingen.

#### 3.4.1.6 Gezondheidsverlies

In de voorgaande paragrafen is een veelheid van factoren aan het licht gekomen die in onderlinge samenhang de zelfredzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van het individu op zijn minst niet stimuleren. We noemen hier nogmaals:

- de ruime definitie van gezondheid als de volledige afwezigheid van enige vorm van onwelbevinden heeft in combinatie met de totstandkoming van het 'recht op gezondheidszorg' geleid tot een steeds omvangrijkere en ook minder duidelijk gedefinieerde input van het medisch kanaal;
- de verbetering van de kwaliteit van de professionele zorg heeft in het na-oorlogse beleid centraal gestaan; de zelf- en mantelzorg, onmisbare elementen van de 'zorg-mix' zijn daardoor onderbelicht geworden;
- de ziektekostenverzekering schiep nieuwe problemen: wie zich ziek voelt, wordt eiser van medische voorzieningen; er is immers premie voor betaald. De verantwoordelijkheid lijkt daarmee in te hoge mate te kunnen worden afgewenteld;

<sup>78</sup> H.A.M. Elsen, 'Economische ontwikkelingstendensen en hun invloed op de huidige en toekomstige gezondheidszorg'; in: *Gezondheidszorg in een turbulente cultuur*, onder redactie van J.C.M. Hattinga Verschure, Lochem-Poperinge, De Tijdstroom, 1981, blz. 52-62.

— het gegeven dat grote groepen mensen zich voor de realisering van uiteenlopende behoeften dienen te legitimeren met een medische verklaring.

Arts en patiënt zijn onder invloed van factoren als deze in een schijnbaar onomkeerbaar proces terechtgekomen dat gekenmerkt wordt door een toenemende a priori-opstelling van de arts bij de meest uiteenlopende klachten enerzijds en het steeds meer uit handen geven van het oplossen van ongemakken door de burgers anderzijds. Deze medicalisering van het bestaan doet afbreuk aan het probleemoplossend vermogen en de zelfredzaamheid van het individu<sup>79</sup>. De gezondheidszorg is de laatste decennia te weinig doordrongen geweest van het besef dat een dosis eigen verantwoordelijkheid en activiteit van het individu bij veel gezondheidsklachten een noodzakelijke voorwaarde vormt voor de genezing en bovendien een merkbare preventieve werking kan hebben. Waar de gezondheidszorg met betrekking tot de gezondheidsstatus duidelijk gezondheidswinst heeft geboekt, valt ten aanzien van de twee andere dimensies van de individuele gezondheid, het gezondheidsperspectief en -gedrag, een aanzienlijk gezondheidsverlies te bespeuren.

### 3.4.2 Globale evaluatie van doelstellingen en middelen

De somatische gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren een sterke groei van het gebruik en de uitgaven gekend. Deze groei is hoofdzakelijk het gevolg geweest van de intensivering van de zorg, met name op diagnostisch gebied. Daar staat recentelijk een merkbare afname van het volume van de zorg tegenover; daarbij springt de afname van het bedgebruik in ziekenhuizen het meest in het oog. Mede onder druk van de economische omstandigheden is de groei de laatste jaren enigszins afgeremd.

In het voorafgaande is een overzicht gegeven van de vele factoren die van invloed zijn op de aard en de omvang van de medische consumptie. In dit hoofdstuk zullen deze factoren aan een nadere analyse worden onderworpen. Deze analyse is erop gericht na te gaan waar de voornaamste knelpunten liggen bij de afstemming van vraag en aanbod met het oog op een optimale aanwending van de financiële middelen. Uit de analyse kunnen conclusies worden getrokken omtrent de aanpassingen die noodzakelijk zijn in de instrumenten die de samenleving ter beschikking staan om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen.

Bij de hier gevolgde benadering van dit vraagstuk wordt niet a priori de stelling ingenomen dat de kostenontwikkeling op zichzelf zorgwekkend is. Het problematische karakter van de ontwikkeling van de uitgaven voor de gezondheidszorg ligt niet in het feit dat zij een voortdurend stijgend percentage van het nationaal inkomen vormen. Waarom zouden de consumenten niet een zodanige voorkeur voor gezondheidsvoorzieningen kunnen hebben, dat er een steeds groter deel van het nationaal inkomen aan besteed zou mogen worden? Het problematische ligt echter in het feit dat er steeds meer getwijfeld wordt aan de afweging van baten en offers in de gezondheidszorg, waardoor het groeiend beslag dat op het nationaal inkomen door de gezondheidsvoorzieningen gelegd wordt, geen uitdrukking is van een stijgende consumentenvoorkeur maar veeleer van een niet gecoördineerde uitkomst van vraag naar en aanbod van gezondheidsdiensten.

Aan het gebrekkige afwegingsproces dat hier gesignaleerd is, gaat een bepaalde sociaal-economische ontwikkeling vooraf. Een korte karakterisering daarvan kan in het hiervolgende worden gevonden. Uitgangspunt van de beschrijving is de uitbreiding van de collectief gefinan-

<sup>79</sup> J.Th.M. van Eijk, 'Stress, ziekte en probleemoplossend vermogen; De verwerking van levensgebeurtenissen in het primaire leefmilieu'; *Intermediair*, 16 oktober 1981, 17e- jaargang nr. 42, blz. 7, 9 en 37.

A.Th.L.M. Mertens, op. cit., blz. 1-9.

cierde voorzieningen in de loop van deze eeuw. Globaal kan worden gesteld dat tot aan het begin van de Eerste Wereldoorlog de sector waarin de collectieve heffingen domineren kwantitatief van zeer geringe betekenis was. Decennia lang werd ongeveer 7% van het nationaal inkomen door allerlei belastingen, bijdragen en retributies van de particuliere sector overgeheveld naar de publieke sector. Een direct gevolg hiervan was dat het verschil tussen brutoloon en besteedbaar loon zeer klein was. Loonkosten voor de onderneming waren vrijwel hetzelfde als besteedbaar inkomen voor de werknemer. In deze situatie is na 1920 geleidelijk verandering gekomen. De waardering, althans de politieke voorkeur, voor de activiteiten van de overheid steeg, en daarmee werd de aanzet gegeven tot een stijging van belasting- en premiedruk. In de economische crisis van de jaren dertig werd dit verschijnsel belangrijker en na 1945 kwam de uitbouw van de verzorgingsstaat tot volle ontplooiing. Dit ging economisch gepaard met zeer hoge inkomensonttrekkingen aan de particuliere sector waarbij het verschil tussen brutoloon en besteedbaar loon steeds groter werd. Macro-economisch heeft deze ontwikkeling geleid tot een omvang van de belasting en sociale premiedruk, die thans boven 50% van het nationale inkomen ligt.

Tegelijk met deze uitbouw van de verzorgingsstaat werd de anonimiteit van de besluitvorming over veel collectief gefinancierde goederen en diensten ook groter. In het kader van de sociale verzekering — waartoe de gezondheidszorg ook gerekend moet worden — werden verplichtingen aan de burgers opgelegd die inhielden dat een steeds toenemend deel van het bruto-loon in de vorm van algemene loonbelasting en sociale premies werd ingehouden door instellingen waarmee de burger geen beslissingsrelatie onderhoudt. De verdergaande uitbouw van de collectief gefinancierde voorzieningen betekende tevens een steeds grotere aantasting van het vrij besteedbaar inkomen. Als reactie op deze ontwikkeling ontstaan allerlei afwentelingsreacties, zowel individueel als collectief. Ontduiking en ontwijking van belastingen en premies doen zich voor, maar ook wordt in het loonvormingsproces getracht via afwenteling van collectieve lasten het besteedbaar looninkomen te beschermen tegen de inbreuken van de verzorgingsstaat. Aan de andere kant wordt het profijt van de voorzieningen die door de verzorgingsstaat beschikbaar worden gesteld, niet in de afweging betrokken. Duurdere schoenen, voetbalwedstrijden, brood, alcohol, tabak, kranten en dergelijke leiden wel tot vermindering van de vraag naar deze produkten. Duurdere gezondheidszorg, ook als dit ten gevolge van een kwalitatief betere behandeling gebeurt, kent deze vraagrantsoenering niet. Veel of weinig gebruik maken van de gezondheidsdiensten komt op het moment dat het individu daartoe besluit immers voor hem niet tot uitdrukking in hogere kosten voor hem zelf. Gemakkelijk kan hierdoor de opvatting post vatten: 'de voorzieningen zijn gratis!'

Nu de gebruiker van het grootste deel van de gezondheidsvoorzieningen feitelijk de samenstelling van het pakket niet beïnvloedt via een uitgesproken voorkeur en op grond van een eigen afweging, kan de afweging van baten en offers alleen gebeuren door de directe aanbieders van de gezondheidsdiensten en de ziekenfondsen. Het institutionele systeem waarin deze beide groepen werken, bevordert een afweging van baten en offers echter niet. Het declaratiemechanisme dat voor beide groepen geldt, is geen afwegingsmechanisme maar een doorberekeningssysteem. Door dit gebrek aan afweging komen bij een stagnerende economische groei andere voorzieningen meer direct in concurrentie te staan met gezondheidsdiensten. Met andere woorden, het feitelijke assortiment van goederen en diensten dat macro-economisch wordt aangeboden stemt niet overeen met het gewenste assortiment. Hierdoor worden spanningen van allerlei aard opgeroepen in de hele economie.

Het ontbreken van voldoende en valide nutscriteria bemoeilijkt het

afwegen van kosten en baten op collectief niveau<sup>80</sup>. Bij de huidige ruime definitie van gezondheid als een toestand van algehele afwezigheid van alle denkbare vormen van onwelbevinden, zijn aan de samenstelling van het voorzieningenpakket alsmede van het gebruik dat daarvan wordt gemaakt, nauwelijks grenzen te stellen.

De bedoeling van de hiernavolgende beschouwingen is om de *afweging van baten en offers* door de direct betrokkenen op de verschillende niveaus van de besluitvorming te verbeteren. Op die manier zal er waarschijnlijk een meer gevarieerd pakket aan gezondheidsvoorzieningen kunnen worden aangeboden en zullen de economische gevolgen van de keuzen in de gezondheidssector niet meer zo sterk worden afgewenteld als thans het geval is. Dit hoeft geenszins te betekenen dat hierdoor ook de groei van de gezondheidsvoorzieningen zal afnemen. Misschien neemt de vraag ernaar zelfs toe. Hoe dat ook moge zijn, van belang is dat een meer optimale besluitvormingsstructuur tot stand komt, die telkens weer tot afweging noopt.

Voor de afweging van kosten en baten en ter afstemming van vraag en aanbod is in de gezondheidszorg een drietal allocatie- en besluitvormingsstelsels beschikbaar:

- de markt;
- de professionele zelfregulering;
- de overheidsregulering.

Elk van deze drie stelsels spelen heden ten dage een rol in de gezondheidszorg, elk met hun sterke en zwakke kanten. Het navolgende is geschreven in het besef dat een uitsluitende keuze voor één bepaald stelsel voor het toekomstig gezondheidszorgbeleid ongewenst is. De voorkeur gaat hier uit naar een benadering waarbij de sterke kanten van de drie stelsels worden gecombineerd tot één samenhangende beleidsaanpak.

Bij de evaluatie van het huidige functioneren van de drie hiervoor genoemde beleidsinstrumenten met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod met het oog op de optimale benutting der financiële middelen, gelden naast de doelmatigheid ook de doelstellingen van het welzijnsbeleid als criteria. De voorgestelde beleidsaanpassingen zullen vanzelfsprekend eveneens aan deze criteria moeten voldoen. De doelstellingen zijn in hoofdstuk 2 in algemene termen omschreven. Hier vindt een nadere toespitsing plaats ten aanzien van de gezondheidszorg.

#### *Individueel welzijn*

In dit kader zijn positieve beleving van het eigen bestaan, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid kernbegrippen. Tot op zekere hoogte lopen de opvattingen over deze dimensies van het individueel welzijn in de samenleving uiteen. Alvorens daar nader op in te gaan, wordt met nadruk gesteld dat met betrekking tot vele onderdelen van de somatische gezondheidszorg een hoge mate van consensus bestaat omtrent het nut ervan. Dit mag bij de komende beschrijving van enkele verschillen in opvatting niet uit het oog worden verloren.

Ten aanzien van de positieve beleving van het eigen bestaan in het algemeen en de gezondheid in het bijzonder is allereerst een positie te onderkennen die de positieve ervaring uitlegt als de afwezigheid van elke vorm van onwelbevinden. Bovendien wordt veel waarde toegekend aan de verlenging van de levensduur. Binnen deze opvatting past het in het algemeen niet om zich beperkingen op te leggen met betrekking tot het voorzieningengebruik om andere dan budgettaire redenen. Zo tilt men in deze visie doorgaans niet erg zwaar aan de negatieve invloed die op de positieve beleving kan uitgaan van grote afhankelijkheid van gezondheidszorg. Hiertegenover staat de opvatting dat de kwaliteit van het bestaan een multi-dimensioneel karakter heeft; er is sprake van diverse

<sup>80</sup> H.M. van de Kar, 'Economische indicatoren ten behoeve van welzijnsbeleid'; in: HRWB, *Informatie door Indicatie*; Signalement nr. 12, 's-Gravenhage, november 1981.

concurrerende idealen. Een zo lang mogelijke levensduur is weliswaar een dimensie met een aanzienlijk gewicht, doch niet de enige die telt. Verlenging van de levensduur ten koste van veel leed, sociale isolatie en volstrekte afhankelijkheid van medische voorzieningen wordt bij het overschrijden van een zekere drempelwaarde, beschouwd als een onaanvaardbare inbreuk op de positieve ervaring van het bestaan. In deze visie zal derhalve eerder ook om niet-budgettaire redenen tot een beperking van het gebruik worden overgegaan.

Gezondheid is de afgelopen decennia sterk geëvolueerd tot een goed waaromtrent de opvatting heerst dat het slechts tot op geringe hoogte het resultaat kan zijn van eigen inspanningen. De burgers hebben de zorg voor de gezondheid vrijwel geheel uit handen gegeven. De professionalisering van de hulpverlening heeft een hoge vlucht genomen. Tot voor kort kwam gezondheidszorgbeleid hoofdzakelijk neer op beleid ten aanzien van de professionele vormen van dienstverlening. Zelfzorg en mantelzorg kwamen in het beleid nauwelijks aan de orde. Voor eigen verantwoordelijkheid van de burger was weinig plaats. De laatste tijd valt hierin een zekere kentering te bespeuren. Leefwijzen worden van groot belang geacht voor de gezondheid evenals milieufactoren. Het besef groeit dat geslaagde hulpverlening mede afhankelijk is van een actieve medewerking van het individu evenals het inzicht dat professionele hulpverlening slechts een schakel vormt in een keten van hulpverleningsvormen. Een optimale zelfredzaamheid van het individu is in deze visie even onontbeerlijk voor een goede gezondheid als een goed georganiseerde en gekwalificeerde beroepsmatige zorg. In een dergelijke optiek past voorts dat aan het individu een dosis eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn gezondheid en de zorg daarvoor wordt toegekend.

#### *Maatschappelijke doelstellingen*

Het streven naar sociale gelijkheid heeft in het beleid de afgelopen decennia een zeer centrale plaats ingenomen. De drie belangrijke operationele doelstellingen van de gezondheidszorg, ieders recht op zorg, solidariteit van gezonden met zieken en financiering naar draagkracht, kunnen elk worden beschouwd als verbijzondering van het streven naar rechtvaardige verhoudingen. De solidariteit met de laagstbetaalden en de zieken vindt zijn weerslag in het stelsel van ziektekostenverzekering. Deze maatschappelijke doelstelling geniet weliswaar nog een brede steun onder de bevolking, maar de overtuiging waarmee dat gebeurt lijkt aan kracht te hebben ingeboet. Het garanderen van ieders recht op zorg is problematisch met betrekking tot de verschillende patiëntencategorieën. De medische voorzieningen voor verschillende typen aandoeningen zijn niet tot één maatstaf te herleiden; onderlinge vergelijking moet derhalve langs kwalitatieve weg tot stand komen. Gezien de verscheidenheid van dringende behoeften is dit geen eenvoudige zaak. Naast alle positieve kanten die aan de patiëntenemancipatie vastzitten, moet hier toch ook gewezen worden op de gevaren die aan de opkomst van een belangendemocratie in de gezondheidszorg kleven. Met patiëntencategorieën die om wat voor redenen dan ook minder krachtig hun noden en behoeften in het openbaar weten te bepleiten, dreigt in de politieke discussie dan ten onrechte te weinig rekening te worden gehouden. In dit verband vereist het bewaken van de rechtvaardige verhoudingen een krachtige opstelling van de overheid.

In de maatschappij is een proces op gang gekomen van differentiatie in de opvattingen over gezondheid en gezondheidszorg. Het scheppen van voldoende ruimte om deze pluriformiteit tot zijn recht te laten komen, verdient in het toekomstig beleid ruime aandacht.

Er is sprake van een sterke tendens om steeds meer tekorten in het individuele bestaan en in het functioneren van de maatschappij als geheel, aan te merken als problemen voor de gezondheidszorg. De patiënten, de dienstverleners, maar ook belangrijke maatschappelijke organen zoals instellingen op het gebied van de sociale zekerheid en uit-

voeringsorganisaties van de overheid vertonen deze tendens. Door deze medicalisering van het bestaan raakt de gezondheidszorg overbelast en dreigt een overschatting van hetgeen de gezondheidszorg vermag, alsmede een oneigenlijk gebruik van de gezondheidszorg. Andere wegen om tot een oplossing voor bepaalde problemen te komen — door het individu of diens primaire leefverband zelf, door het bedrijf, door de desbetreffende overheidsinstantie, enzovoort — worden daardoor onvoldoende benut. Zo'n centrale positie van de gezondheidszorg in het reilen en zeilen van de samenleving is niet bevorderlijk voor de maatschappelijke stabiliteit.

### 3.5 Nadere uitwerking

#### 3.5.1 Markt

De allocerende werking van de markt is in de gezondheidszorg sterk gereduceerd. Noch de consument, noch de dienstverlener worden geconfronteerd met de directe financiële gevolgen van de te nemen of genomen beslissingen. Derhalve ontbreekt voor beide marktpartijen de prikkel om de marginale kosten en baten onderling af te wegen. Het ontbreken van het prijsmechanisme zou ten dele gecompenseerd kunnen worden door het optreden van de ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen. Deze organisaties hebben zich in het verleden echter niet primair opgesteld als bewakers van de effectiviteit van de gezondheidszorg. De laatste jaren is enige verandering in de opstelling merkbaar<sup>81</sup>. Het lijkt erop dat de mogelijkheden die de markt biedt om tot optimale afwegingen te komen, in het huidige stelsel van besluitvorming onderbenut worden. Alvorens nader in te gaan op de noodzaak en de mogelijkheden om de allocerende werking van de markt in de gezondheidszorg te versterken, dient met nadruk gesteld te worden, dat volledige ordening volgens het principe van de vrije markt in deze sector ongewenst is. Hiervoor zijn een viertal redenen aan te wijzen, die een afgeleide vormen van de doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid alsmede van het bijzondere karakter van de dienstverlening<sup>82</sup>.

Allereerst is een zekere verzekeringsplicht voor iedere burger noodzakelijk. Geen of onvoldoende verzekering tegen de eventuele kosten van medische behandeling kan ertoe leiden dat de desbetreffende burgers op een gegeven moment voor kosten komen te staan die ze niet zelf kunnen opbrengen. Het is in onze cultuur ondenkbaar dat zieken aan hun lot worden overgelaten op grond van het feit dat ze onvoldoende of niet verzekerd zijn. In dit opzicht is er een verschil tussen ziektekostenverzekeringen en vele andere risicoverzekeringen. Onderverzekering leidt bij de laatstgenoemde gewoonlijk tot uitkeringen die niet kostendekkend zijn. Bovendien kennen deze verzekeringen doorgaans een maximaal uit te keren bedrag. In geval van ziekte zal een beroep op de gemeenschap om bij te springen als de kosten voor noodzakelijke medische zorg niet zelf kunnen worden opgebracht, in het algemeen worden gehonoreerd, zelfs wanneer dit beroep een gevolg is van onvoldoende verzekering. Het toestaan van dergelijke 'free riders' schept onrechtvaardige verhoudingen. Er zou dan in feite sprake zijn van de afwenteling van de bijdrage aan de bekostiging van medische voorzieningen waarop ieder gelijke aanspraken kan doen gelden. Een beperking van de keuzevrijheid van het individu met betrekking tot de ziektekostenverzekering is derhalve noodzakelijk. Deze beperking komt neer op een verplichting voor iedere burger om zich te verzekeren tegen de kosten van een zeker basispakket aan medische zorg. Zo'n basispakket dient alle potentiële

<sup>81</sup> F.F.H. Rutten, op. cit., blz. 217 e.v..

<sup>82</sup> De hier gebezigde categorisering van de beperkende voorwaarden voor de marktwerking, is ontleend aan: Alain C. Enthoven, *Health Plan*; Amsterdam, Addison Wesley Publishing Company, 1981, blz. 78-81.

catastrofale gevallen van ziekte te omvatten, hoe klein de kans erdoor getroffen te worden ook is of door het individu wordt geschat<sup>83</sup>.

Ten tweede kan in een stelsel van volledige vrije markt door de onderlinge concurrentie van ziektekostenverzekeringsorganisaties de noodzakelijke solidariteit van gezonden ten opzichte van zieken onvoldoende gewaarborgd worden. Ongeclausuleerde concurrentie tussen genoemde organisaties leidt onvermijdelijk tot een produktdifferentiatie overeenkomstig de spreiding van de gezondheidsrisico's in de bevolking<sup>84</sup>. De premies zouden een weerspiegeling zijn van de vermoedelijke risico's per risicogroep. In extremis zou iedereen een premie betalen die gelijk is aan de verwachte kosten van zijn medische zorg. Hiermee zou de fundamentele grondslag van de verzekeringsgedachte — de gezonden betalen mee aan de kosten van de medische zorg van de zieken — worden ondermijnd. De haalbaarheid voor iedere burger van een verzekering tegen de kosten van eventueel noodzakelijke medische zorg loopt aldus gevaar. De doelstelling dat de noodzakelijke medische zorg voor iedere burger bereikbaar moet zijn en de daarvan afgeleide solidariteitsgedachte, hebben tot gevolg dat aan de ziektekostenverzekeraars een zekere beperking van de handelingsvrijheid moet worden opgelegd. Deze beperking komt erop neer dat elke ziektekostenverzekeraar de mensen met een hoog risico even zo goed moet accepteren als die met een laag risico en ze beiden dezelfde premie in rekening dient te brengen. Een dergelijke begrenzing van de beleidsruimte laat in beginsel overigens nog voldoende ruimte open voor concurrentie tussen de verzekeringsorganisaties met betrekking tot premiehoogte, kwaliteit, service enzovoort.

De gedachte dat verplichte solidariteit een legitieme zaak is, gaat ervan uit dat ziekte in hoofdzaak een onvrijwillige, niet door het individu beïnvloedbare omstandigheid is. Het is bekend dat dit niet volledig overeenstemt met de werkelijkheid. De kans dat een beroep op medische voorzieningen nodig is, wordt vergroot door riskante leefgewoonten. Een risicoverhogende werking kan uitgaan van onder andere roken, alcoholgebruik, onjuiste voeding, medicijngebruik, deelname aan het verkeer, topsport, te weinig lichaamsbeweging, slechte arbeidsomstandigheden, enzovoort. Deze factoren zijn duidelijk door individuele beslissingen te beïnvloeden, de een overigens meer dan de ander. Bij de beschouwing over de ontwikkelingen op het gebied van vraag en aanbod van ziektekostenverzekeringen in het voorgaande hoofdstuk is geconstateerd dat de verplichte solidariteit van mensen met een laag risico ten opzichte van mensen met een hoog risico steeds minder vanzelfsprekend wordt opgebracht. Het is denkbaar dat dit vooral betrekking heeft op de solidariteit met betrekking tot ziektekosten die veroorzaakt zijn door onzorgvuldig gezondheidsgedrag. Mensen willen niet meer opdraaien voor de gevolgen van de onverantwoorde leefwijzen van anderen. Conceptueel is het onderscheid tussen vrijwillige en onvrijwillige ziekte echter eenvoudiger dan in de praktijk. Ziekte is vrijwel altijd een complexe mixture van zelf veroorzaakte en onvrijwillige stoornissen. Een instrument om de kosten toe te rekenen aan deze beide oorzaken afzonderlijk is momenteel nog niet beschikbaar. Beleidsmatig is het derhalve erg moeilijk om verantwoorde consequenties voor het bekostigingssysteem te verbinden aan dit aspect van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid.

Een derde motief om de marktwerking aan banden te leggen, komt voort uit de maatschappelijke doelstelling dat gezondheidszorg bereikbaar moet zijn voor iedereen, ongeacht het inkomen. Financiële belemmeringen voor het gebruik van noodzakelijke medische voorzieningen worden in onze samenleving niet acceptabel geacht. Gezondheidszorg heeft het karakter gekregen van een sociaal grondrecht. Dit betekent dat

<sup>83</sup> Thomas C. Schelling, 'Government and Health'; in: *New directions in public health care: A Prescription for the 1980's*, op. cit., blz. 39-43.

<sup>84</sup> W.P.M.M. van de Ven, op. cit., blz. 552-557.

we de verdeling van de voor de gezondheidszorg benodigde koopkracht niet volledig overlaten aan de mechanismen die op economische markten werkzaam zijn. Solidariteit ten opzichte van de laagste inkomensgroepen is in vele ontwikkelde landen op het gebied van de gezondheidszorg een gegeven.

Ten vierde worden er grenzen gesteld aan het functioneren van de markt als gevolg van het bijzondere karakter van de producten en diensten waarom het in de gezondheidszorg gaat. De besluitvorming over het gebruik veronderstelt specialistische deskundigheid. Gezondheidszorg en ziektekostenverzekering vormen te zamen een uitermate complexe materie, die voor ingewijden vaak al moeilijk in al zijn facetten te doorgronden is, laat staan voor de doorsnee burger. De consumentensoevereiniteit is in de gezondheidszorg derhalve aan belangrijke beperkingen onderhevig. Marktregulering is slechts mogelijk voor zover er sprake kan zijn van keuzes die door de burgers weloverwogen kunnen worden gedaan. Voor het terrein van de ziektekostenverzekeringen betekent dit dat eisen moeten worden gesteld met betrekking tot de eenvoud van de verschillen die bestaan tussen de alternatieve verzekeringspakketten. Verschillen waarvan de mogelijke consequenties niet door de leek kunnen worden doorgrond, maken een goed functionerende markt onmogelijk. Op het gebied van de medische zorg zelf geldt eveneens dat de keuzen die aan de burger zelf worden overgelaten, beperkt dienen te blijven tot die keuzen die geen specifieke professionele deskundigheid vereisen. Deze deskundigheid is niet vereist bij de keuzen omtrent het gezondheidsperspectief. Het vaststellen van de doelen van de inschakeling van medische zorg is uiteindelijk een kwestie van persoonlijke en maatschappelijke keuzen over waarden als gezondheid, welzijn, geluk, kwaliteit van het leven en dergelijke. De keuzen voor deze waarden laten zich niet wetenschappelijk verifiëren. Het primaat van de professional blijft beperkt tot de besluitvorming over de inzet van medische technieken, gegeven een bepaald gezondheidsperspectief<sup>85</sup>.

Tot zover de beschouwing over de criteria waaraan de marktwerking moet worden onderworpen ten einde de realisatie van de doelstellingen van welzijnsbeleid in de gezondheidszorgsector mogelijk te maken. Deze criteria hebben het karakter van noodzakelijke voorwaarden, het zijn geen voldoende voorwaarden. Het huidige stelsel van de afstemming van vraag en aanbod beantwoordt niet in alle opzichten aan deze criteria.

De verzekeringsplicht is in ons land niet algemeen geldend. Toetreding tot de AWBZ is verplicht voor alle ingezetenen, doch deze volksverzekering omvat hoofdzakelijk bijzondere ziektekosten. Verplichte verzekering voor overige noodzakelijke medische voorzieningen geldt uitsluitend voor loontrekkenden jonger dan 65 jaar en met een looninkomen beneden de zogenaamde loongrens en voor provincie-, gemeente- en politie-ambtenaren. De overige burgers zijn vrijwillig verzekerd; geen of onvoldoende verzekering behoort tot de zeldzame uitzonderingen. Pleiten voor een algehele wettelijke verzekeringsplicht lijkt gezien het kennelijk alom aanwezige besef dat een ziektekostenverzekering onontbeerlijk is, op het eerste gezicht dan ook een overdreven dogmatische standpuntbepaling. Er zijn echter recente ontwikkelingen in de sector van de particuliere ziektekostenverzekeringen die een aanzienlijke mate van 'free-riding' mogelijk maken. Er wordt hier bedoeld op de hoge eigen risico's waarvoor de verzekerde kan kiezen. Deze variant wordt in het algemeen gekozen door de mensen die op korte termijn weinig ziektekosten verwachten (jongeren). Zij kunnen na verloop van tijd op grond van veranderde prognoses omtrent de te verwachten ziektekosten overschakelen op een verzekering zonder hoog eigen risico. Alles bijeen hebben

<sup>85</sup> Dit onderscheid tussen doel- en middelbeslissingen in de gezondheidszorg is ontleend aan: Heleen Terborgh-Dupuis, *Medische Ethiek In Perspectief*; Leiden, Stafleu, 1976, blz. 104-107.



deze groepen dan aanzienlijk minder bijgedragen aan de bekostiging van het noodzakelijke basispakket medische voorzieningen. Dergelijke afwentelingsmechanismen zijn maatschappelijk gezien ongewenst.

Ten tweede zijn er ontwikkelingen die de solidariteit van lage risicogroepen ten opzichte van hoge risicogroepen bedreigen. Hier wordt verwezen naar de mogelijkheid die sinds kort aan jongeren wordt geboden door sommige ziektekostenverzekeraars om volledig verzekerd te zijn tegen een sterk gereduceerd tarief. De premies voor de hoge risicogroepen ondervinden ten gevolge hiervan een opwaartse druk. Voorts moet bedacht worden dat dit voordeel voor de jongere generatie slechts van korte duur kan zijn. Immers de premie voor de ouderen zal na verloop van tijd verhoogd moeten worden. Zodra die premie zo hoog is geworden dat hij niet meer door de ouderen kan worden opgebracht, zal deze groep een beroep doen op de samenleving. Zo'n beroep zal doorgaans gehonoreerd worden; gezondheidszorg wordt immers gezien als een sociaal grondrecht. De premies voor de jongeren zouden dan weer omhoog moeten of de overheid zou moeten bijspringen. Ook in dit laatste geval krijgen de jongeren een rekening gepresenteerd in de vorm van belastingverhoging. Het lijkt erop dat het korte-termijnsvoordeel van de lage aanvangspremie voor een deel van de bevolking, op later datum als een boemerang in een of andere gedaante zal terugkomen. De afnemende solidariteit in dit opzicht moet als maatschappelijk ongewenst worden bestempeld.

In dit verband moet echter ook worden gewezen op het al eerder aangevoerde vraagstuk van de verhoogde risico's die toegeschreven kunnen worden aan riskante leefgewoonten. De omvang van dit verschijnsel alsmede het merkbare besef onder de bevolking van het bestaan ervan, maken een herziening van het solidariteitsbeginsel noodzakelijk. Het verdient overweging te zoeken naar instrumenten die het mogelijk maken om de mensen die vrijwillig grote gezondheidsrisico's nemen, ook zelf de kosten die daarvan het gevolg zijn te laten dragen. In dit verband zou gedacht kunnen worden aan het uitsluiten van risico's die door het individu zelf beïnvloed kunnen worden. Minder vergaand en wellicht ook beter te legitimeren is de invoering van hoge eigen bijdragen voor de kosten voor medische zorg die voortvloeit uit door het individu beïnvloedbare risico's.

Voorts kan gedacht worden aan het 'belonen' van gezonde leefgewoonten en het 'bestrafen' van ongezonde leefwijzen door opcenten te heffen op voor de gezondheid schadelijke goederen en bezigheden. Deze opcenten zouden dan het karakter van een bestemmingsheffing moeten krijgen, waardoor ze als extra bijdrage aan de bekostiging van de medische zorg worden toegevoegd. De premies zouden dienovereenkomstig kunnen worden verlaagd. Indirect betaalt degene die er riskante leefgewoonten op na houdt aldus een hogere bijdrage aan de financiering van de gezondheidszorg dan degene die bewust gezonder leeft. De invoering van dergelijke instrumenten hangt af van de mogelijkheid om in de praktijk de kosten van ziekten toe te rekenen aan onvrijwillige en vrijwillige oorzaken als hier bedoeld<sup>86</sup>.

De solidariteit met betrekking tot de lage inkomens komt duidelijk tot uitdrukking in de premieheffing bij de AWBZ, de ziekenfondsverzekeringen en de verplichte ambtenarenverzekering. In al deze gevallen varieert de premie met de hoogte van het inkomen en geldt er een maximum. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen geldt een premie per persoon en ongeacht het inkomen. Het solidariteitsoffer ten behoeve van de lage inkomens drukt aldus het zwaarst op de middengroep van de loontrekkers, degenen met een looninkomen vlak onder de loongrens<sup>87</sup>.

<sup>86</sup> B.M.S. van Praag, H.S. van der Knoop, E.M. Hooijmans, *The insurance of luxury diseases by means of income and price linked premiums*; Leiden, Report 78.08, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, 1980.

<sup>87</sup> W.P.M.M. van de Ven, op. cit., blz. 524-530.

Herbezinning op de huidige vormgeving van de solidariteit met de laagste inkomensgroepen verdient aanbeveling.

De veronderstellingen omtrent de consumentensoevereiniteit leveren bij de verschillende soorten verzekeringen een ander beeld op. De verplichte verzekeringen kennen onderling verschillende dekkingen, bijvoorbeeld met betrekking tot tandheelkundige voorzieningen. Binnen een bepaalde verzekering is echter geen sprake van keuzemogelijkheden. Van enige consumenteninvloed op de pakketsamenstelling is dus geen sprake. Het verzekerde pakket hangt uitsluitend af van de keuze van de werkring. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen is daarentegen sprake van sommige keuzemogelijkheden waarvan betwijfeld mag worden of de verzekerde de eventuele consequenties daarvan altijd ten volle kan overzien.

Samenvattend kan gesteld worden dat de verplichte verzekeringen een te geringe en de particuliere verzekeringen ten dele een te grote consumentensoevereiniteit veronderstellen. Met name het eerstgenoemde verschijnsel zal hierna verder worden uitgediept.

Tot nu toe is de afstemming van vraag en aanbod belicht vanuit de invalshoek dat aan het inschakelen van de markt bij dat allocatieproces grenzen moeten worden gesteld die direct voortvloeien uit de doelstellingen van het welzijnsbeleid. Geconstateerd is dat de huidige gezondheidszorg in ons land op een aantal onderdelen niet ten volle beantwoordt aan de criteria die van deze doelstellingen kunnen worden afgeleid. De omgekeerde vraag — in hoeverre er onnodige of dysfunctionele beperkingen gesteld zijn aan het functioneren van het prijsmechanisme in deze sector — is echter evenzeer gewettigd.

Bezien we allereerst de besluitvorming over de verzekeringsdekking dan kan, zoals gezegd, vastgesteld worden dat bij de verplichte verzekeringen de consument geen enkele reële keuzemogelijkheid heeft. Deze situatie is vanuit historisch gezichtspunt als volgt te begrijpen. In vroeger tijd behoorden alle tot dan toe ontwikkelde geneeskundige mogelijkheden tot de categorie elementaire voorzieningen. Het welvaartsniveau was nog niet van dien aard dat de burgers zich meer konden permitteren dan een minimum aan kwaliteit. Bovendien was de kennis van ziekte en gezondheid onder de bevolking erg beperkt en waren de mensen minder dan heden ten dage vertrouwd met het treffen van bepaalde voorzorgen voor mogelijk 'slechtere tijden' in de toekomst. De solidariteitsgedachte met betrekking tot de laagstbetaalden en ten opzichte van de hoge risicogroepen was nog weinig in de samenleving geworteld. Voor het bieden van keuzemogelijkheden aan de verzekerde ontbrak aldus in velerlei opzicht een gegronde legitimering. Deze situatie heeft vooral gedurende de afgelopen 10 à 15 jaar drastische wijzigingen ondergaan. De geneeskundige mogelijkheden zijn zowel in diagnostisch als therapeutisch opzicht verruimd. Alle beschikbare verrichtingen behoren niet meer vanzelfsprekend tot de categorie elementaire voorzieningen. De welvaart is duidelijk gestegen. Kleine risico's kunnen door het individu ook zonder ziektekostenverzekering in alle redelijkheid zelf worden gedragen. Het voor particuliere consumptie beschikbare inkomen laat ruimte voor het gebruik van medische diensten van meer dan minimaal noodzakelijke kwaliteit. Het gemiddelde ontwikkelingsniveau van de bevolking is merkbaar verbeterd. De algemene kennis van ziekte en gezondheid is gestegen; door de initiatieven op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) zal deze situatie zich naar alle waarschijnlijkheid in gunstige zin verder ontwikkelen. Met de totstandkoming van een uitgebreid net van welzijnsvoorzieningen en financieringsvormen, die deze voorzieningen voor iedere burger in belangrijke mate bereikbaar hebben gemaakt, is de maatschappelijke ongelijkheid op het gebied van de gezondheidszorg weliswaar niet

geheel verdwenen maar wel duidelijk verminderd<sup>88</sup>. Al deze factoren bijeen maken dat het niet meer van deze tijd is om elke keuze voor het individu bij de samenstelling van het verzekeringspakket te elimineren.

Het verdient dan ook overweging om over te gaan op een stelsel van ziektekostenverzekering waarbij een bepaald *basispakket* van noodzakelijke medische voorzieningen wordt aangeboden in de vorm van een volksverzekering met daarnaast de mogelijkheid om individueel of groepsgewijs *aanvullende verzekeringen* af te sluiten. Aldus zou in een subsector van de gezondheidszorg de vrije markt geïntroduceerd worden. De laatste tijd kan men in binnen- en buitenland van verschillende kanten geluiden vernemen, dat een dergelijk stelsel denkbaar is, de positie van de patiënt in de gezondheidszorg zou kunnen versterken en diens kostenbewustzijn in positieve zin zou kunnen beïnvloeden<sup>89</sup>. De vaststelling welke verstrekkingen tot het basispakket moeten behoren, valt buiten het bestek van dit rapport. De besluitvorming hierover kan niet alleen geschieden aan de hand van wetenschappelijk gefundeerde criteria en zal in belangrijke mate het karakter dragen van consensusvorming tussen de direct betrokken partijen onderling<sup>90</sup>. Wel kan op deze plaats gesteld worden dat het basispakket in principe zodanig dient te zijn samengesteld dat financiële catastrofes als gevolg van ziektekosten voor het individu worden uitgesloten<sup>91</sup>. Buiten het basispakket kunnen dan vallen elementaire voorzieningen die niet duur zijn (bijv. huisartsenhulp; overigens kunnen uit andere, bijvoorbeeld preventieve, overwegingen goedkope elementaire voorzieningen toch in het basispakket worden opgenomen) of voorzieningen die weliswaar duur zijn maar niet door iedereen als onmisbaar worden beschouwd (bijv. onderdelen van tandartsenhulp of fysiotherapie). In het eerste geval wordt beoogd het kostenbewustzijn van gebruikers te vergroten door ze direct voor de voorzieningen te laten betalen. In het tweede geval worden mogelijkheden geschapen om consumentenvoorkeuren omtrent de reikwijdte van de verzekeringsdekking tot gelding te brengen. Voorts zou kunnen worden overwogen om een bovengrens vast te stellen voor de jaarlijkse directe uitgaven voor ziektekosten per individu of gezin. Medisch geïndiceerde kosten boven die grens zouden dan door de basisverzekering gedekt kunnen worden. De bovenstaande aanbeveling om over te gaan tot een differentiatie van verzekerde pakketten is bedoeld om de keuzevrijheid van het individu te vergroten. Van keuzevrijheid kan slechts sprake zijn wanneer de doorsnee burger kan overzien wat wel en niet tot het basispakket behoort en wat er geboden wordt in de aanvullende verzekeringen. Hier toe zou overwogen kunnen worden het pakket aanvullende verzekeringen de vorm te geven van een limitatieve opsomming van niet tot het basispakket behorende verstrekkingen. De onzekere factoren worden aldus in het basispakket ondergebracht en de burgers kunnen niet voor onaangename verrassingen komen te staan.

In dit kader verdient het tevens aanbeveling om het huidige verband tussen verzekeringsdekking en de werkkring af te schaffen. Voor ongelijk-

<sup>88</sup> Paul Kalma en Edwin Wolfensperger, 'Grenzen aan de verzorging'; *Socialisme en democratie*, juli/augustus 1981, 38e jaargang nr. 718, blz. 373-386.

<sup>89</sup> F.A. Nauta, F.F.H. Rutten, 'Ekonomie discussiëren over de groei van de medische consumptie; verslag van een internationaal WHO-congres over health economic research'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1 oktober 1980, 58e jaargang nr. 19, blz. 687-692.

<sup>90</sup> In dit kader is het voorgestelde basispakket voor de ziekenfondsverzekering uit de Nota 'Heroverweging collectieve uitgaven' vermeldenswaard (Deelrapport 30, Heroverweging volksgezondheid; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 625, nr. 35, blz. 13-15). Voorgesteld wordt het basispakket te beperken tot huisartsenhulp, specialistische hulp, ziekenhuisverpleging, geneesmiddelen en de basisverstrekkingen van tandheelkunde en fysiotherapie. Onder de aanvullende verzekeringen vallen dan onder meer de overige verstrekkingen van tandheelkunde en fysiotherapie, de verloskundige hulp, het ziekenvervoer en de kunst- en hulpmiddelen. De kosten van het basispakket zijn voor 1981 geraamd op f 10,5 mld., die van het aanvullend pakket op f 2,2 mld..

<sup>91</sup> Thomas C. Schelling, op. cit., blz. 39-43.

Alain C. Enthoven, op. cit., blz. 126-130.

heid in de samenstelling van het verzekerde pakket louter op grond van de keuze voor een bepaalde werkring is geen legitimeringsgrondslag meer aanwezig. Een *gebruikers-gerichte benadering* verdient de voorkeur, omdat daardoor duidelijker tot uitdrukking wordt gebracht dat de gezondheidszorgdiensten zich uiteindelijk richten op de afname door individuen ongeacht hun positie in het arbeidsbestel. Aldus zou bovendien de bestaande ongelijkheid tussen zelfstandigen en werknemers met lage inkomens opgeheven kunnen worden.

Bij het hier voorgestelde systeem van basisgezondheidsvoorzieningen, dat voor iedere Nederlander geldt, zou men zich de vraag kunnen stellen of een financiering uit de algemene middelen niet de voorkeur verdient boven een financiering uit sociale premies. Fiscalisering zou hier immers tot een administratieve vereenvoudiging kunnen leiden; bovendien wordt wel gesteld dat het onderbrengen van de financiering van de gezondheidszorg in de jaarlijkse begrotingsbehandeling in het parlement tot een meer verantwoorde afweging aanleiding kan geven. Het eerste argument voor fiscalisering kan worden onderschreven, maar daarbij wordt direct aangetekend dat het financiële voordeel slechts van beperkte omvang zal zijn, omdat de perceptiekosten van de premie-inning niet hoog zijn. Het tweede argument is echter zeer aanvechtbaar. Fiscalisering mag namelijk niet gelijk worden gesteld aan een betere afwegingsprocedure en daarmee aan een effectiever instrument tot doelmatigheidsbevordering. De praktijk van het Nederlandse stelsel van begrotingsbehandeling is in dit opzicht zeker niet zonder ernstige gebreken gebleken. In de afgelopen 10 jaar is bijvoorbeeld het kader van de structurele begrotingsnormering vrijwel geheel opzij geschoven waardoor het systeem van dwingende afweging goeddeels buiten werking is gesteld. In zo'n situatie grijpen belangengroeperingen de kans om uitsluitend hun deelbelangen veilig te stellen<sup>92</sup>. Voorts wijst onderzoek naar de gang van zaken met betrekking tot de ABW uit dat deze sociale voorziening geen toonbeeld van afweging en beheersbaarheid is gebleken, ondanks het feit dat de financiering van deze wettelijke regeling volledig gefiscaliseerd is<sup>93</sup>. Het is daarom nog maar zeer de vraag of fiscalisering een duidelijke bijdrage kan leveren aan de verbetering van het afwegingsproces. Fiscalisering mag in dit verband dan ook niet te gemakkelijk boven premieheffing worden verheven.

Invoering van het voren beschreven stelsel zal wel aanleiding geven tot belangrijke wijzigingen van de premieheffing zelf. Voor de volksverzekeringen geldt immers dat het equivalentiebeginsel is losgelaten en vervangen door het solidariteitsbeginsel. Om dit laatste principe in deze voorziening te benadrukken ligt een heffing naar draagkracht voor de hand. Dit zou hier kunnen betekenen dat het totale inkomen van natuurlijke personen de grondslag vormt voor de heffing van de premies voor deze verzekering. In tegenstelling tot de heffingsgrondslag van de bestaande volksverzekeringen betekent dit dat hier de premie-inkomensgrens vervalt. Als argumentatie voor deze maximale solidariteitspremie kan worden aangevoerd dat er aan het basispakket van deze voorziening voor het individu geen financieel maximum is gesteld dat overeenkomt met c.q. gerelateerd is aan een premie-inkomensgrens. Voor de overige volksverzekeringen zoals AOW, AAW en AWW geldt

<sup>92</sup> Zie onder andere R. Gerritse en N. van Niekerk, 'Miljoenennota 1982: de achterkant van het gelijk'; *Economisch Statistische Berichten*, 30 september 1981, 66e jaargang nr. 3324, blz. 949 t/m 952; A. van der Meijs en N. van Niekerk, 'Publieke uitgaven en falende afweging'; *Economisch Statistische Berichten*, 3 oktober 1979, 64e jaargang nr. 3224, blz. 1014 t/m 1017. W. Drees, 'De rijksuitgaven, andere dan die voor sociale voorzieningen'; *Economisch Statistische Berichten*, 27 oktober 1976, 61e jaargang nr. 3076, blz. 1045 t/m 1049.

<sup>93</sup> A. Hasebikke en M. van der Hoek, 'De voorjaarsnota 1981: het beloofde herstel van de budgetdiscipline blijft uit'; *Economisch Statistische Berichten*, 27 mei 1981, 66e jaargang nr. 3306, blz. 500 t/m 505.

<sup>93</sup> C.M. Geers en J. Kooiman, *De bijstand op de tweesprong*; Leiden, Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1981.

wel een individuele maximumuitkering die gekoppeld is aan een premie-inkomensgrens. Het laten vervallen van de premie-inkomensgrens voor de hier voorgestelde algemene ziektekostenverzekering betekent dan ook niet dat de afschaffing van de premie-inkomensgrens voor de andere volksverzekeringen wordt bepleit. De afschaffing van de premie-inkomensgrens heeft ook tot gevolg dat een individu in de loop van zijn leven jaarlijks meer gaat bijdragen aan de financiering van het basispakket. In het algemeen geldt immers dat het individuele inkomen in de actieve periode met de leeftijd toeneemt, totdat op een bepaald moment een maximum wordt bereikt. Hoewel dit maximum niet voor iedereen bij een zelfde leeftijd wordt bereikt, mag toch worden aangenomen dat globaal van een dergelijk verloop van het levensduurinkomen sprake is. Tevens is bekend dat met het toenemen van de leeftijd in het algemeen een groter beroep wordt gedaan op medische voorzieningen. Door nu de individuele premie op de voorgestelde manier te laten oplopen met het beroep op de gezondheidsvoorzieningen wordt — althans voor een belangrijke periode — een parallelle bereik tussen de globale individuele bijdrage aan de financiering en de consumptie van gezondheidsdiensten.

Een voordeel van de op het persoonlijke inkomen drukkende premie boven financiering uit algemene belastingen is verder, dat de weerstand tegen een dergelijke bestemmingsheffing waarschijnlijk kleiner is. Recent sociologisch onderzoek laat zien, dat er een groeiende weerstand is ontstaan tegen algemene heffingen die geen directe binding hebben met concrete uitgavengroepen<sup>94</sup>. Vergroting van de persoonlijke aanvaarding van de heffing zal derhalve eerder gerealiseerd worden wanneer de bestemming duidelijk is aangegeven. En sociale premies hebben deze duidelijke bestemming voor op algemene belastingen. In het kader van een gebruikersgerichte benadering van de heffingen zal het daarom, ook met het oog op een beperking van de weerstand, voor de hand liggen niet over te gaan tot fiscalisering van de heffingen van de basisvoorzieningen in de gezondheidszorg.

De binding van de premieheffing aan het persoonlijke inkomen kan worden opgevat als een poging de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de financiering van de gezondheidszorg te versterken. In dit licht beschouwd zou dan ook de werkgeversbijdrage voor deze voorziening beter geheel kunnen vervallen. De financiering van de basis-ziektekostenverzekering wordt aldus geheel gedragen door de verzekerde personen zelf.

Het brede economische draagvlak van deze volksverzekering - namelijk het volledige personele inkomen ongeacht de bron van herkomst — draagt ook bij aan een bevredigende oplossing van een aantal administratieve moeilijkheden. Zo zullen part-timers, seizoenwerkers en personen met verschillende functies op geheel gelijke wijze worden behandeld. Inning van deze sociale premie zal door de belastingdienst dienen te gebeuren, daar anders gemakkelijk inkomensbestanddelen buiten het bereik van de heffing kunnen vallen.

Het nadeel van de hier voorgestelde wijze van financiering van het basispakket is dat de concurrentie tussen verzekeringsinstellingen geheel dreigt te worden uitgeschakeld. In het huidige systeem met een deelmarkt van concurrerende instellingen naast een collectief segment wordt ook deze collectieve sector via de financiële verwevenheid door deze concurrentie beïnvloed. Het volledig wegvallen van deze concurrentie zal in het algemeen zekere nadelige gevolgen hebben op het gebied van efficiency, innovatie en kwaliteit. Vandaar dat het overweging verdient om binnen de grenzen van het noodzakelijke basispakket ruimte te laten voor concurrentie tussen verzekeringsinstellingen met betrekking tot premiehoogte (in beperkte mate), kwaliteit en service. Zo'n concurrentie ten aanzien van de premie zou mogelijk gemaakt kunnen worden

---

<sup>94</sup> H.J. van der Braak, *Belastingweerstand; een proeve van fiscale sociologie*; Deventer, Kluwer, 1981.

door het basispakket te financieren door middel van een combinatie van een premie volksverzekering aangevuld met een premie die direct verschuldigd is aan de desbetreffende verzekeringsinstelling die per instelling kan variëren. In deze premieverschillen kan dan het onderscheid in efficiency van de uitvoeringsorganisatie, de service aan de verzekerde, innoverende inspanningen en de kwaliteitsverschillen die mogelijk zijn binnen de algemeen geldende eisen voor het basispakket, tot uitdrukking worden gebracht. Wanneer dergelijke verschillen mede het gevolg zouden zijn van afspraken tussen de verzekeringsinstellingen en dienstverleners omtrent tarieven voor geleverde medische verrichtingen, zou het beginsel van de volledig vrije artskeuze losgelaten moeten worden. Keuze voor een bepaald verzekeringspakket houdt dan immers noodzakelijkerwijs in dat de keuze van dienstverleners beperkt wordt tot degenen die hun medewerking verlenen aan het desbetreffende pakket.

Tot zover de besluitvorming over de verzekeringsdekking. De vraag naar de mogelijkheden om de positie van de patiënt ook bij de medische beslissingen te versterken, dient eveneens gesteld te worden. Het kostenbewustzijn bij de consumenten is zeer beperkt. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat men zich volledig kan verzekeren tegen ziektekosten. Wanneer de financiële gevolgen van een beslissing gedekt worden door een verzekering, daalt in de perceptie van de gebruiker de prijs van de genomen beslissing. Dit verschijnsel wordt in de literatuur aangeduid met de term 'moral hazard'. De patiënt wordt niet geconfronteerd met de directe financiële gevolgen van de te nemen of de genomen beslissingen. Hij wordt alleen periodiek achteraf geconfronteerd met de premieverhogingen die mede resulteren uit het totaal der beslissingen van alle verzekerden gezamenlijk. De relatie tussen individueel gedrag en premieverhogingen kan dan op individueel niveau niet bepaald worden<sup>95</sup>.

Het maakt verschil voor het onderhouden van het kostenbewust zijn van de patiënt of de betaling van de kosten volledig door een derde partij geschiedt of dat men ook een gedeelte direct uit de eigen beurs moet betalen. Dit verwijst naar het fenomeen van de 'eigen bijdrage'. Een analyse van de resultaten van onderzoeken in binnen en buitenland naar de effecten van eigen bijdragen in de gezondheidszorg toont aan dat invoering van een eigen bijdrage leidt tot reductie van het gebruik van de betreffende medische diensten<sup>96</sup>. Sommigen achten het gevaar niet geheel denkbeeldig dat het inroepen van noodzakelijke medische hulp te lang wordt uitgesteld als gevolg van de verschuldigde eigen bijdrage. Dat zou ernstige gevolgen kunnen hebben voor iemands gezondheid en bovendien op langere termijn hoge kosten kunnen veroorzaken die vermeden hadden kunnen worden als tijdig hulp was ingeroepen.

Tegen deze achtergrond is het van belang om een onderscheid te maken tussen patiënt-geïnitieerd gebruik en arts-geïnitieerd gebruik. Het zojuist genoemde kan zich voordoen bij de patiënt-geïnitieerde vormen van gebruik (bijv. een aanzienlijk deel van het huisartsenbezoek), doch mag praktisch uitgesloten worden geacht bij het andere type gebruik. Het overwicht van de arts zal bij het arts-geïnitieerde gebruik altijd zodanig zijn, dat de kans gering is dat noodzakelijke hulp om financiële redenen door de patiënt wordt geweigerd. Dit geldt des te sterker naarmate er sprake is van een ernstiger ziekte/aandoening. Het vraag-effect zal in het geval van een eigen bijdrage voor de arts-geïnitieerde hulp aldus beperkt blijven tot een vermindering van de minder noodzakelijke hulp.

<sup>95</sup> Cotton M. Lindsay, op. cit., blz. 97-106.

L.M.J. Groot, 'Gezondheidszorg en Bestek '81'; *Economisch Statistische Berichten*, 13 juni 1979, 64e jaargang nr. 3208, blz. 572-578.

<sup>96</sup> W.P.M.M. van de Ven, *Effecten van eigen bijdragen in de gezondheidszorg*; Leiden, Rapport 79.20, Centrum voor onderzoek van de economie van de publieke sector, 1979, blz. 22.

Dit effect zal vooral gerealiseerd worden door een kostenbewustere opstelling van de patiënt in het contact met de arts. Dergelijk gedrag van de patiënt kan tevens een stimulans inhouden voor de arts om bij het voorschrijven van medische hulp ook het kostenaspect zoveel mogelijk in de overwegingen te betrekken. Het voorgaande leidt tot de aanbeveling om in ieder geval een eigen bijdrage ingang te doen vinden voor de medische zorg in de tweede en derde lijn. De duurste beslissing is doorgaans het besluit om een patiënt door te verwijzen naar een tweede- of derdelijnsvoorziening. Activering van een kostenbewuste opstelling van arts en patiënt juist bij deze beslissing is derhalve van groot belang. *Invoering van een eigen bijdrage als hier bedoeld dient voorts gepaard te gaan met een dienovereenkomstige verlaging van de verzekeringspremie.* De voorgestane eigen bijdrage is niet bedoeld om tijdelijke moeilijkheden bij de financiering van de gezondheidszorg te verlichten, maar wordt in de allereerste plaats een functie toegedacht bij het bevorderen van het zorgvuldig afwegen van kosten en baten.

Ten slotte nog een enkel woord over de consequenties van bovenstaande aanbevelingen voor de institutionele structuur van de gezondheidszorg. De voorgestelde wijzigingen in de geldstromen kunnen worden ingevoerd met behoud van de huidige organisaties op het terrein van de financiering van de gezondheidszorg. Er zal tot op zekere hoogte wel een andere werkwijze van hen verwacht worden. Het loslaten van de relatie tussen ziektekostenverzekering en werkring hoeft evenmin te betekenen dat de betrokkenheid van werkgevers- en werknemersorganisaties bij de bewaking van de financiering van de gezondheidszorg geen enkele legitimeringsbasis meer zou hebben. Het basispakket voor gezondheidszorg betreft een dermate elementaire voorziening, die van groot belang is voor zowel samenleving als individu, dat de collectieve beslissingen een structuur vereisen, waarbij een voortdurende directe inbreng van de relevante betrokkenen is gewaarborgd. De participatie van de overheid staat er garant voor dat de noodzakelijke afweging van de uitgaven voor gezondheidszorg tegen andere uitgaven kunnen plaatsvinden. Tegen deze achtergrond is er geen aanleiding om de huidige institutionele structuur ingrijpend te wijzigen. Wel is het gewenst dat in de toekomst naast de werkgevers- en werknemersorganisaties ook andere representanten van de gebruikerszijde van de markt een duidelijker plaats in de besluitvormingsstructuur krijgen.

### 3.5.2. *Professionele zelfregulering*

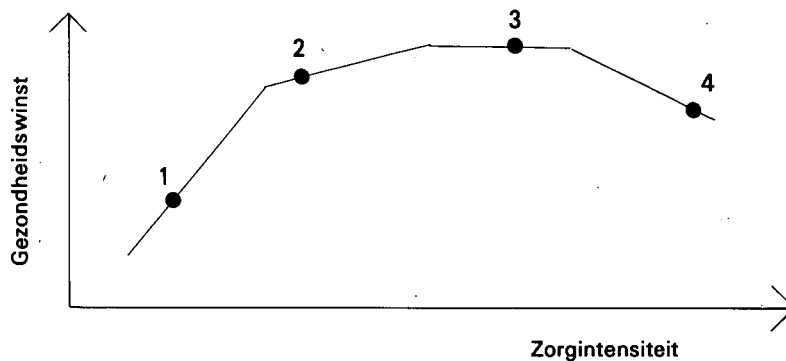
De medische besluitvorming wordt gekenmerkt door een groot overwicht van de geneeskundigen. De positie van de patiënt is daarentegen van oudsher tamelijk zwak. In deze situatie kunnen de hiervoor bepleite versterking van de marktwerking en het gegeven van de patiëntenemancipatie weliswaar merkbare verschuivingen teweegbrengen, doch de geneeskundige zal in veel gevallen ook dan nog een sleutelrol blijven vervullen. Gezien de specifieke deskundigheid, die vaak een onmisbare dimensie vormt van een doeltreffende gezondheidszorg, is zo'n sleutelpositie ook gerechtvaardigd.

Een belangrijke karakteristiek van de medische besluitvorming is voorts de gedachte 'meer is beter'. Hieruit spreekt de overtuiging dat de doelgerichte toepassing van medische zorg over het algemeen genomen ook altijd gezondheidswinst zal opleveren. Lange tijd is zulks ongetwijfeld ook het geval geweest; de desbetreffende effecten van de gezondheidszorg in de voorbije decennia liegen er wat dat betreft bepaald niet om. Vandaar ook dat in brede kring de overtuiging geldt dat de kosten geen rol van belang mogen spelen bij de beslissing om medische handelingen al dan niet uit te voeren. De gebrachte offers hebben tot nu toe steeds aanwijsbare gezondheidswinst opgeleverd. Tegen de achtergrond van de hoge waarde die aan gezondheid wordt gehecht, spelen de kosten dan begrijpelijkerwijs geen rol van betekenis. Het is ongetwijfeld mede om

deze redenen dat een financieringsstelsel tot ontwikkeling is gekomen waarbij geen der marktpartijen direct wordt geconfronteerd met de financiële gevolgen van de te nemen of genomen beslissingen. Ook voor de geneeskundigen geldt dat hun kostenbewustzijn slecht ontwikkeld is.

Recent zijn echter ingrijpende veranderingen op gang gekomen, die de vanzelfsprekendheid van het 'meer is beter' principe onder druk zetten. Gedoeld wordt hier op de snelle groei van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden alsmede van het gebruik dat ervan gemaakt wordt. De laatste jaren is de zorg aanzienlijk geïntensiveerd en het einde daarvan lijkt voorlopig nog niet in zicht. De gezondheidswinst van deze verdere intensivering is niet altijd evident. Hypothetisch zou men zich de algemene relatie tussen additionele zorg en de daaruit voortvloeiende extra gezondheidswinst kunnen voorstellen zoals is weergegeven in figuur 3.4<sup>97</sup>.

**Figuur 3.4** De relatie tussen zorgintensiteit en gezondheidswinst



Bron: WRR

In positie 1 levert additionele zorg aanmerkelijke gezondheidswinst op; voorbeelden: eerste dag van de ziekenhuisopname of de eerste diagnostische tests en röntgenfoto's. In positie 2 is de additionele gezondheidswinst van extra zorg al duidelijk minder dan in het voorgaande geval; voorbeeld: sommige controle-consulten tot lang na een medische ingreep. In positie 3 is er geen sprake meer van meeropbrengst; voorbeeld: langdurig verblijf in ziekenhuizen draagt niet altijd bij aan sneller of beter herstel van een ingreep. In positie 4 ten slotte richten extra verrichtingen eerder schade aan. De kwaliteit van de zorg daalt bij verdere intensivering; voorbeeld: niet strikt noodzakelijk röntgenonderzoek is uit het oogpunt van stralencumulatie schadelijk voor de patiënt<sup>98</sup>.

In werkelijkheid hangt het verloop van de curve af van de patiënt, de aandoening en het type zorg. Zo zal lang niet in alle gevallen een punt bereikt worden dat extra zorg schade veroorzaakt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan periodieke nierdialyse. De ene keer zal het moment dat de meeropbrengst nihil is, snel bereikt zijn, de andere keer zal deze situatie zich pas na lange tijd voordoen. Met name in de Verenigde Staten is veel onderzoek verricht naar de relatie tussen de zorgin-

<sup>97</sup> Alain C. Enthoven, op. cit., blz. 45-46.

<sup>98</sup> J. van Mansvelt, 'Enkele te verwachten ontwikkelingen in de klinische gezondheidszorg in de jaren 1980-2000 en hun consequenties voor het beleid en de planning van voorzieningen'; in: *Kiezen of delen in de klinische gezondheidszorg 1980-2000*; onder redactie van J.C.M. Hattinga Verschure, Lochem-Poperinge, De Tijdstroom, 1981, blz. 143.



tensiteit en de gezondheidswinst die daarmee geboekt wordt<sup>99</sup>. Daaruit komen overtuigende resultaten voort die wijzen in de richting dat een gedeelte van de medische zorg geen merkbare gezondheidswinst oplevert en dat in bepaalde gevallen minimale kwaliteitsverbetering wordt bereikt ten koste van grote financiële offers. Ook in ons land zijn daaromtrent aanwijzingen beschikbaar. Onlangs heeft de voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) op genoemd verschijnsel gewezen<sup>100</sup>. Hij constateerde dat het verwijzingspercentage van huisartsen kan variëren van beneden de 35% (dit geldt voor zo'n 1500 huisartsen) tot ruim 55% (hieraan beantwoorden zo'n 1000 huisartsen). De kosten voor ziekenhuisverpleging van ziekenfondspatiënten vertonen regionaal grote verschillen. In de regio Winschoten-Veendam bedroeg in 1979 de gemiddelde verpleegprijs f 230,-; in dat zelfde jaar gold voor de regio Haarlem-Beverwijk-Velsen een gemiddelde verpleegprijs van f 325,-<sup>101</sup>. Het aantal ziekenhuisopnamen vertoont per gemeente grote verschillen; hetzelfde geldt voor het gebruik van röntgen- en laboratoriumonderzoeken zowel regionaal als tussen ziekenhuizen binnen één regio<sup>102</sup>. Deze verschillen kunnen niet volledig verklaard worden uit verschillen in morbiditeit en stemmen evenmin altijd overeen met verschillen in gezondheidswinst. Een belangrijke aanwijzing is voorts het verschil in ziekenhuisconsumptie tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden, waarnaar in ons land onderzoek is verricht<sup>103</sup>. Na correctie voor leeftijds- en geslachtsverschillen worden 35% meer ziekenfondspatiënten dan particulier verzekerden in ziekenhuizen opgenomen. Dit verschil wordt vergroot door de 10% hogere verblijfsduur. De onderzoekers trekken uit hun onderzoeksbevindingen de conclusie dat er sterke aanwijzingen zijn dat deze meer-consumptie niet volledig wordt bepaald door morbiditeitsverschillen. Tevens is algemeen bekend dat de kwaliteit van de medische zorg voor particulier verzekerden zeker niet onder doet voor die van de ziekenfondsverzekerden.

Indien een bepaald gedeelte van de medische beslissingen geen aanmerkelijke gezondheidswinst tot gevolg heeft, is de vraag gewettigd welke factoren de medische besluitvorming bepalen. Met behulp van de desbetreffende kennis zou kunnen worden bereikt dat tot op zekere hoogte de intensiteit van de medische zorg wordt verlaagd zonder dat er kwaliteitsverlies optreedt. De onderzoeken op dit gebied hebben een bont palet van beïnvloedende krachten aan het licht gebracht.

a. Medici beslissen tot de inzet van zorg in de allereerste plaats in de overtuiging dat deze zal leiden tot de beoogde gezondheidswinst. Extra diagnostische en therapeutische verrichtingen zijn bedoeld om de betrouwbaarheid van de diagnosestelling te vergroten, de genezing succesvoller te laten verlopen en de beleving van de patiënt te optimaliseren. De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een hoge mate van onzekerheid omtrent de timing, de kwantiteit en het soort zorg dat vereist is bij gegeven klachten. De verbeterde diagnostische technieken en verfijnde therapeutische voorzieningen hebben deze onzekerheid niet opgeheven. Integendeel, de diagnostische technieken zijn van dien aard dat tegenwoordig bij wijze van spreken bij iedereen een bepaalde statistische kans op een organische stoornis kan worden vastgesteld. Veel additionele therapeutische verrichtingen hebben ongetwijfeld ook een zekere positieve invloed op de levensduur of de kwaliteit van het be-

<sup>99</sup> Veel onderzoeken ter zake zijn gepubliceerd in het *New England Journal of Medicine*. Een recent overzicht van onderzoeksresultaten vindt men in: Louis P. Meyers, Steven A. Schroeder, *Physician Use of Services for the Hospitalized Patient: A Review with Implications for Cost Containment*; bestemd als artikel voor: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Volume 59, nr. 4, 1981.

<sup>100</sup> H.J. Anbeek in openingstoespraak van de algemene ledenvergadering der VNZ op 6-11-81.

<sup>101</sup> Stichting KLOZ Informatiesysteem gezondheidszorg, *Jaarboek 1979*; Utrecht, blz. 60.

<sup>102</sup> J. van Mansvelt, op. cit., blz. 141 e.v..

<sup>103</sup> W.P.M.M. van de Ven, F.A. Nauta, R.J.C.A. van Vliet, e.a., op. cit., blz. 224-254.

staan. Maar het is geen realistische voorstelling van zaken, dat mensen al hun zinnen zetten op één enkel ideaal: zo lang mogelijk leven in de best denkbare gezondheid. Het leefpatroon stemt hiermee in velerlei opzicht niet overeen. Er zijn, ondanks de grote waarde die aan gezondheid wordt toegekend, ook concurrerende idealen die een beroep doen op dezelfde financiële middelen. Dat beroep zal krachtiger doorklinken naarmate de verwachte gezondheidswinst van additionele financiële offers lager is. Bovendien kan een voortdurende afhankelijkheid van de gezondheidszorg ten behoeve van een kleine gezondheidswinst ook op zich zelf een kostenfactor zijn die de baat overtreft.

b. Een tweede factor is het verschijnsel van de defensieve geneeskunde. De relatie tussen arts en patiënt heeft het karakter van een contract waarbij de arts zich verplicht al het mogelijke in het werk te stellen om de patiënt adequaat te verzorgen. De attitude van veel patiënten wordt gekenmerkt door een geloof dat 'meer' ook 'beter' is. De behandeling is in hun ogen vaak pas echt goed als het modernste ziekenhuis en alle nieuwe technieken er aan te pas zijn gekomen. Onder artsen is een opvatting waarneembaar dat, om verwijten en schadeclaims in verband met vermeende onvoldoende of onjuiste behandeling te voorkomen, uitsluitend op grond van deze overweging, het aantal laboratorium-, röntgen-, en andersoortige onderzoeken uit zelfbescherming zo ruim mogelijk dient te zijn<sup>104</sup>.

c. De honorering van medici oefent in meerdere opzichten een opwaartse druk uit op het aantal verrichtingen. De honorering geschiedt als volgt:

	huisarts	specialist
ziekenfondspatiënt	vast bedrag per jaar per verzekerde	betaling per verrichting
particuliere patiënt	betaling per verrichting	betaling per verrichting

Dit stelsel werkt in de hand dat huisartsen fondspatiënten sneller doorverwijzen naar de specialist dan een particulier verzekerde. Het aantal verwijzingen van fondspatiënten ligt 10 à 30% hoger na correctie voor leeftijd en geslacht<sup>105</sup>. De grotere gemiddelde intensiteit van de behandeling van ziekenfondspatiënten kan niet alleen verklaard worden uit kenmerken van de vraagzijde. De honoreringsstructuur is eveneens een factor van belang. Het huidige stelsel van honorering per verrichting bevat geen enkele prikkel om de beoogde kwaliteit met een zo economisch mogelijke inzet aan middelen te realiseren. Bovendien is de opbrengst per tijdseenheid bij sommige verrichtingen (moeilijke operatie) groter dan bij andere verrichtingen (consult, stimuleren van zelfzorg). Het is niet denkbeeldig dat dit een zekere substitutie van verrichtingen met lage opbrengst door verrichtingen met een hoge in de hand werkt. Hierbij moet bedacht worden dat gegeven een bepaalde diagnose er vaak nog verschillende therapeutische wegen open staan. Samenvattend kan gesteld worden dat er nauwelijks prikkels aanwezig zijn die de medicus stimuleren om naar een economische inzet van diagnose en therapie te streven.

d. De financiering van instellingen is evenmin gericht op een stimulering van de efficiency, gegeven het streven naar de maximaal haalbare kwaliteit. De instellingen voor gezondheidszorg worden betaald per verpleegdag en per verrichting. Aldus worden instellingen aangemoedigd te streven naar een volledige bedbezetting; poliklinische behandeling

<sup>104</sup> Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen; op. cit., blz. 15-16.

<sup>105</sup> W.P.M.M. van de Ven, F.A. Nauta, R.J.C.A. van Vliet e.a., op. cit., blz. 229.

wordt erdoor ontmoedigd. De ziekenhuizen zijn in financieel-economisch opzicht gebaat bij een groot aantal verrichtingen van specialisten en hulpdiensten. Het streven naar een economische inzet van de medische voorzieningen kan, gezien het hoge aandeel van de vaste kosten, zelfs het voortbestaan van het ziekenhuis in gevaar brengen. Een dergelijke financieringsstructuur belemmert een optimale besteding van de voor de gezondheidszorg beschikbare middelen en voert oneigenlijke criteria in bij de afstemming van het aanbod op de vraag.

e. In de opleiding voor geneeskundige wordt in het algemeen nauwelijks aandacht geschonken aan de bedrijfsmatige aspecten van de gezondheidszorg. Het besef van de financiële gevolgen van genomen of te nemen beslissingen is in veel gevallen niet of slecht ontwikkeld. De kennis van de prijsverschillen op de markt van de medicijnen is bijvoorbeeld niet zelden gebrekkig. De geringe bedrijfsmatige scholing maakt dat het organisatorisch draagvlak van de zorgverlening erg smal is en dat naar alle waarschijnlijkheid de mogelijkheden om niet alleen effectief maar tevens efficiënt te werk te gaan, onvoldoende benut worden. Efficiëntie wordt in de medische wereld ten onrechte nogal eens gelijkgesteld aan kwaliteitsverlies.

Het gegeven dat enerzijds additionele zorg in bepaalde gevallen weinig of geen aanvullende gezondheidswinst oplevert en anderzijds de medicus een grote invloed heeft bij de medische besluitvorming en daarbij hoofdzakelijk prikkels ondervindt die tot meer gebruik stimuleren, leidt tot een tweetal aanbevelingen op het gebied van de professionele zelfregulering:

1. De financiële verantwoordelijkheid van de arts moet duidelijker geprofileerd worden en behoort onderdeel te gaan uitmaken van zijn professionele ethiek.
2. De context waarin de medicus zijn beslissingen neemt, dient zodanig gewijzigd te worden dat die verantwoordelijkheid in redelijkheid van de arts mag worden geëist en tot gelding kan worden gebracht. Professionele ethiek vereist een ethiek van de context.

#### *De ethiek van de context*

De honoreringsstructuur van de medici vereist een zekere aanpassing. In dit verband kan men de laatste tijd regelmatig pleidooien beluisteren om de koppeling tussen het inkomen van de medicus en het aantal verrichtingen volledig los te laten. Een dienstverband voor medici is dan de meest aangewezen weg. De Advies-Commissie Opleiding Geneeskundigen is bij de prognose van de vraag naar specialisten in 2000 reeds uitgegaan van een volledig dienstverband van deze beroepsgroep<sup>106</sup>. Een dienstverband van artsen neemt ongetwijfeld de bestaande financiële prikkel voor overconsumptie weg. Bovendien wordt de planning van de uitgaven van de gezondheidszorg aanzienlijk vereenvoudigd. Niettemin is een waarschuwing op zijn plaats tegen de opvatting dat het dienstverband de oplossing zou vormen voor de hiervoor gesignaleerde knelpunten. Een dienstverband bevat op zich zelf immers nog geen prikkel voor een economische consumptie, slechts de prikkels voor overconsumptie zijn geëlimineerd. Er zullen nog aanzienlijke inspanningen in de arbeidsorganisatie geleverd moeten worden, wil het dienstverband garant staan voor economisch gebruik. Bovendien moet bedacht worden dat het vrije beroep door de directe aanspreekbaarheid van de beroepsbeoefenaar belangrijke garanties bevat voor een hoge kwaliteit van de zorg en dat nog niet zonder meer duidelijk is dat het dienstverband een zelfde positieve invloed op de kwaliteit zal uitoefenen. De ervaringen in het Verenigd Koninkrijk en Canada zijn wat dit betreft niet onverdeeld gunstig<sup>107</sup>.

<sup>106</sup> Rapport Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen, op. cit., blz. 167-109.

<sup>107</sup> Cotton M. Lindsay, Arthur Seldon, 'More Evidence on Britain and Canada'; in: *New Directions in Public Health Care; A Prescription for the 1980's*, op. cit., blz. 75-96.

Verrichtingenhonorering bergt het gevaar voor overconsumptie in zich. Bij het dienstverband bestaat evenwel een reëel gevaar op overconsumptie; voorts moet niet worden uitgesloten dat het dienstverband leidt tot een afname van de arbeidsproductiviteit. Dit alles neemt echter niet weg, dat het dienstverband een belangrijk alternatief vormt voor het vrije beroep. Het verdient dan ook overweging om in het beleid alle belemmeringen weg te nemen die er voor medici bestaan om hun vak in een dienstverband te beoefenen. Deze belemmeringen doen zich onder andere voor bij de pensioenregelingen en het stelsel van praktijkoverdracht<sup>108</sup>. Door deze belemmeringen weg te nemen kan een situatie ontstaan van gezonde concurrentie tussen twee vormen van honorering. Een beleid waarin geen duidelijke voorkeur wordt uitgesproken voor het vrije beroep of het dienstverband is vooralsnog het meest aanbevelenswaardig.

Een tweede optie met betrekking tot de honorering van medici is, dat niet de betaling per verrichting als zodanig de motor is achter de overconsumptie maar bepaalde veranderbare karakteristieken van het huidige systeem van verrichtingenhonorering<sup>109</sup>. De hoogte van de bestaande tarieven voor de verschillende verrichtingen is onvoldoende aangepast aan de heersende schaarsteverhoudingen. Dat wil zeggen, er zijn bepaalde verrichtingen waar een zeer hoge vergoeding tegenover staat en er zijn noodzakelijke verrichtingen waar geen of veel lagere vergoedingen tegenover staan. Dit laatste betreft vooral de niet-direct-patiëntgebonden activiteiten. Door de tarieven voor de verschillende verrichtingen op een andere leest te schoeien kunnen prikkels worden ontwikkeld die de beroepsuitoefening in de gewenste richting sturen. De elasticiteit van de tarifiëring is momenteel onvoldoende. Hoge verrichtingentarieven werken voorts het gevaar in de hand dat soms alleen uit inkomensmotieven extra verrichtingen worden gedaan. In tijden van een groeiend overschot aan artsen wordt dat risico groter. Zonder het verrichtingenstelsel geheel te verlaten, zou deze prikkel kunnen worden gereduceerd door een degressief tarief te introduceren. Een andere mogelijkheid wordt gevormd door een gecombineerde abonnements- en verrichtingenhonorering in te voeren. Per verzekerde zou dan allereerst een vast bedrag per jaar worden betaald. De hoogte van dit bedrag zou kunnen worden bepaald aan de hand van de vaste kosten die verbonden zijn aan de praktijkvoering. Daarnaast geldt een tamelijk lage vergoeding per verrichting. Een dergelijk stelsel honoreert enerzijds op verantwoorde wijze verschillen in omvang van patiëntenbestand en geleverde inspanningen en ontmoedigt anderzijds verrichtingen uit inkomensmotieven. Overigens zou men hier tevens kunnen denken in termen van een degressief tarief of aan een jaarlijks maximum voor de som van het vaste bedrag plus de successievelijke verrichtingenhonoraria per verzekerde. Ten slotte moet voor de huisarts en de specialist in deze gedachte hetzelfde stelsel gelden. Wanneer de elasticiteit van de verrichtingentarieven wordt vergroot, komt een honoreringstelsel beschikbaar dat het mogelijk maakt met vrij eenvoudige maatregelen de gewenste wijze van beroepsuitoefening te bevorderen.

De financiering van de instellingen dient eveneens meer gericht te worden op het stimuleren van doelmatigheid. Een noodzakelijke voorwaarde om maatregelen in deze richting te kunnen nemen, is het verwerven van een goed inzicht in de kosten van de gezondheidszorg. Nog steeds is het in ons land zeer moeilijk om geschikt cijfermateriaal te krijgen op basis waarvan bijvoorbeeld de grote kostenverschillen die tussen verschillende gezondheidszorginstellingen in Nederland bestaan, te kun-

<sup>108</sup> *Interim-rapport van de Commissie structuur honorering medische specialisten*; Verslagen, Adviezen, Rapporten nr. 31. Uitgebracht door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 56-59.

<sup>109</sup> Mark V. Pauly, *Doctors and their Workshops; Economic Models of Physician Behavior*; Chicago, The University of Chicago Press, 1980, blz. 57-63.

nen interpreteren en verklaren. Een goede bedrijfsadministratie in ziekenhuizen en een interne budgettering die de doelmatigheid kunnen bevorderen, zijn niet in voldoende mate voorhanden. Tegelijk met het opzetten van nieuwe methoden die tot grotere doelmatigheid kunnen leiden, zal ook het administratieve systeem moeten worden aangepast in de richting van een betere bedrijfssignalering. Zolang bijvoorbeeld een gedetailleerd inzicht in de kosten van behandeling van groepen patiënten nog ontbreekt, heeft het weinig zin om budgetteringsmethoden waarmee in de Verenigde Staten al enige ervaring is verkregen, ook in Nederland te gaan invoeren. Wat in de eerste plaats op dit terrein moet gebeuren, is het opzetten van een geschikt kostenstructuur-onderzoek.

Voorts verdient het aanbeveling om in de opleiding voor geneeskundigen meer aandacht te schenken aan de bedrijfsmatige en kostenaspecten van het medische bedrijf.

Ten slotte moet erop worden toegezien dat de mate waarin de medicus kan worden geconfronteerd met verwijten en schadeclaims als gevolg van vermeende tekortkomingen binnen redelijke grenzen blijven. De situatie dat een substantieel gedeelte van de medische handelingen niet wordt verricht in de overtuiging dat daarmee gezondheidswinst kan worden geboekt, maar louter uit zelfbescherming is hoogst ongewenst. De hier bedoelde bescherming van medici vormt een onmisbare voorwaarde voor de hierna bepleite verruiming van de professionele ethiek.

#### *Professionele ethiek*

In toenemende mate zullen medici geconfronteerd worden met de noodzaak de kosten van het medisch handelen in hun overwegingen te betrekken. Een dergelijke ontwikkeling is niet zonder meer onethisch; economische en medische doelmatigheid zijn in het algemeen niet elkaars tegengestelde. De Commissie structuur honorering medische specialisten beredeneert op overtuigende wijze waarom het onjuist is een dergelijke tegenstelling te suggereren:

'Onjuist omdat de economie geen 'eigen' doelstellingen kent, onnodig omdat het begrip doelmatigheid in het algemeen omschreven moet worden als 'de mate waarin een gesteld doel bereikt wordt met zo gering mogelijke inspanningen en middelen'. In dit rapport wordt het begrip dan ook gehanteerd in de zin van 'een goede kwaliteit met een zo gering mogelijk gebruik aan mankracht en middelen'. In beide omschrijvingen komt duidelijk tot uiting dat het economisch beginsel impliciet in het begrip doelmatigheid is opgenomen.

In het verlengde van het voorgaande acht de commissie het van groot belang, dat de L.S.V. in het kader van de kwaliteitsbewaking heeft gesteld dat zij de kostenaspecten van het medisch handelen als een onderdeel van de kwaliteit van het medisch handelen beschouwt. Kostenbeheersing is uit beleidsoverwegingen noodzakelijk, maar het is uit beleidsoverwegingen even noodzakelijk dat de maatregelen daartoe ook aan de basis geaccepteerd en in praktijk worden gebracht, want anders komt er in feite niets van terecht. Via uitwijkmogelijkheden en andere vormen van protest ontstaan inhaaleffecten die averechts werken.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zullen hun handelen altijd primair willen laten bepalen door overwegingen van kwaliteit. Daarom is het van wezenlijk belang dat men aan de basis doordrongen raakt van het feit dat economisch handelen, het rekening houden met kostenconsequenties en in het algemeen streven naar doelmatigheid, onderdeel uitmaken van het streven naar kwaliteit in de zin van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering.

Juist ten behoeve van het waarborgen van de kwaliteit in de toekomst is juist nu het bevorderen van een verhoogd niveau van doelmatigheid van het medisch handelen dringend noodzakelijk<sup>110</sup>.

<sup>110</sup> Interim-rapport Commissie structuur honorering medische specialisten; op. cit., blz. 62.

De doelmatigheid van het medisch handelen wordt bevorderd door de hiervoor in overweging gegeven aanpassingen in de context van de medische besluitvorming. Voor optimalisering van de doelmatigheid is echter meer vereist. De variëteit van de besluitvormingssituaties is in de gezondheidszorg immers ongekeerd groot. Vele factoren zijn in het geding en spelen van geval tot geval een andere rol; de relaties en coëfficiënten in kosten- en produktiefuncties van instellingen voor gezondheidszorg kunnen sterk uiteenlopen. Standaardisatie is slechts in beperkte mate mogelijk. Aanpassingen van de honorerings- en financieringsstructuur kunnen nooit volledig zijn toegesneden op alle voorkomende gevallen. Dergelijke aanpassingen van een macro-structuur zijn noodzakelijkerwijs gebaseerd op vooronderstellingen omtrent de doorsnee invloed op de besluitvorming van een beperkte selectie van factoren. Niet alle factoren kunnen in beschouwing worden genomen; evenmin kan rekening worden gehouden met allerlei situationele verschillen. Een dynamischer model van kostenbeheersing lijkt gewenst.

Zo'n dynamisch model dat meer recht doet aan het unieke karakter van iedere medische beslissing, kan worden ontworpen door niet alleen aandacht te schenken aan de meer structurele variabelen maar tevens een beroep te doen op het vermogen tot zelfregulering van de medici en de instellingen. Deze zelfregulering zou gestalte kunnen krijgen doordat in de gedragscode voor de beroepsuitoefening expliciet de verantwoordelijkheid van de arts voor de doelmatigheid van de zorgverlening wordt vastgelegd. In samenhang daarmee zullen maatregelen en voorzieningen moeten worden getroffen, die erop gericht zijn dat het tot een regulier bestanddeel van het takenpakket van de medicus gaat behoren dat hij naast de doeltreffendheid ook de doelmatigheid van zijn praktijkvoering consciëntieus bewaakt<sup>111</sup>. De initiatieven van de artsorganisaties op het terrein van de intercollegiale toetsing van het medisch handelen verdienen in dit kader ondersteuning. De gebezigde definitie van kwaliteitsbewaking, met inbegrip van doelmatigheidsbevordering, is een belangrijk initiatief. Op termijn zou gestreefd moeten worden naar een wettelijke verplichting voor professionele dienstverleners om te participeren in een vorm van intercollegiale toetsing. Zo'n wettelijke verplichting moet bij voorkeur niet zover gaan dat ook de toetsingscriteria op een of andere wijze centraal worden voorgeschreven. De ervaringen die met dergelijke werkwijzen in de Verenigde Staten zijn opgedaan in de zogenaamde Professional Standard Review Organizations, zijn niet onverdeeld gunstig. Wanneer de desbetreffende dienstverleners zelf de criteria niet kunnen aanpassen aan de specifieke plaatselijke omstandigheden, dreigt de intercollegiale toetsing in een verkeerde richting te worden gestuwd. Dergelijke systemen stimuleren de dienstverlener om zich te conformeren aan de gestelde norm; ze bevatten evenwel geen prikkel om de norm doelmatiger te maken<sup>112</sup>. Het verdient derhalve de voorkeur om de wettelijke verplichting te beperken tot een procedurevoorschrift.

Evaluatie-onderzoeken in de Verenigde Staten met betrekking tot de verschillende in deze paragraaf behandelde strategieën ter bevordering van de doelmatigheid onder de conditie dat geen kwaliteitsverlies mag optreden, wijzen in de richting dat intercollegiale toetsing een zeer geslaagd instrument kan zijn<sup>113</sup>. Meer aandacht voor bedrijfsmatige aspecten in de opleiding blijkt eveneens de doelmatigheid te kunnen bevorderen.

<sup>111</sup> H. ter Heide, 'De geïnstitutionaliseerde markt voor gezondheidszorg'; *Economisch Statistische Berichten*, 30 december 1981, 66e jaargang nr. 3337, blz. 1286-1290.

<sup>112</sup> Alain C. Enthoven, op. cit., blz. 108-110.

<sup>113</sup> Louis P. Meyers, Steven A. Schroeder, op. cit., Anne A. Scitovsky, *The use of medical services under prepaid and fee-for-service group practice*; Medical Research Foundation, Palo Alto, California, 1980.

### 3.5.3 Overheidsregulering

#### *Grenzen aan de mogelijkheden*

De voorafgaande beschouwingen over de optimalisering van de afweging van kosten en baten door middel van het benutten van de mogelijkheden van de markt en de professionele zelfregulering, hebben geleid tot een duidelijke en substantiële overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg. De voorwaardenscheppende beperkingen die zijn voorgesteld met betrekking tot de marktwerking en de voorgestane vormgeving van de context van de medische besluitvorming zijn onmisbaar voor de realisatie van zowel de individuele als maatschappelijke doelen van de gezondheidszorg. Het aanbrengen van dergelijke spelregels door de overheid ter regulering van de onderlinge betrekkingen van dienstverleners, patiënten en ziektekostenverzekeraars, is derhalve legitiem.

De herstructurering van de markt en de activering van de professionele zelfregulering zullen ongetwijfeld hun beperkingen blijken te hebben. De vraag is derhalve gewettigd welke additionele mogelijkheden een direct inhoudelijke overheidsregulering biedt om de afstemming van vraag en aanbod verder te optimaliseren. Te meer dringt een behandeling van deze vraag zich op, omdat de politieke discussie over de beheersing van de gezondheidszorg hoofdzakelijk wordt gevoerd in termen van de keuze tussen 'markt of regel'. Met betrekking tot de markt is intussen duidelijk geworden dat deze vraag te simpel gesteld is. Wel of geen markt in de gezondheidszorg is een te ongenunanceerde benadering; het gaat erom vast te stellen onder welke voorwaarden het marktmechanisme heilzaam kan functioneren in de gezondheidszorg zonder ongewenste bijeffecten.

Met het vraagstuk van de overheidsregulering is het niet anders. De vraag is niet wel of geen overheidsregulering maar welke overheidsregulering. Dat er voor de overheid in ieder geval een omvangrijke voorwaardenscheppende rol is weggelegd, is na het voorgaande in zijn algemeenheid geen punt van discussie meer. De wenselijkheid en vooral de mogelijkheid van directe inhoudelijke overheidsbemoeyenis is vooralsnog minder vanzelfsprekend.

Evenals dat bij de markt het geval was, is ook de overheidsregulering aan duidelijke beperkingen onderhevig. Een overvloed aan onderzoek op het gebied van overheidsregulering op dit gebied toont aan dat zo'n centrale sturing alleen maar succes kan hebben — in termen van een juiste afstemming van vraag en aanbod met het oog op een optimale aanwending der financiële middelen — wanneer deze een integraal karakter heeft, dat wil zeggen dat alle ontsnappingsmogelijkheden zijn uitgesloten. Bij een partiële aanpak bestaat het gevaar dat op het ene gebied stappen worden gezet om het aanbod beter op de vraag af te stemmen, terwijl daardoor op een ander gebied ontwikkelingen in gang worden gezet die de realisatie van dat doel weer extra belemmeren. Per saldo wordt het beoogde effect dan niet bereikt<sup>114</sup>. Ter illustratie moge de volgende hypothetische ontwikkelingsgang dienen: Een beleid dat gericht is op een beperking van het volume van de medische voorzieningen (aantal bedden per 1000 inwoners, aantal patiënten per specialist, enz.), kan een ongewenste intensivering van de behandeling in de hand werken. Eventuele overconsumptie wordt door de volumebeperking nauwelijks verminderd doch slechts van karakter veranderd. Een volgende stap zou dan kunnen zijn dat ook de intensiteit van de behandeling per type aandoening aan centraal vastgestelde maatstaven zal moeten voldoen (bij aandoening x zijn niet meer dan y röntgenfoto's toegestaan; bij aandoening v mogen niet meer dan w medicijnen worden voorgeschreven, enz.). Aannemende dat zulks tot de mogelijkheden zou behoren, blijft men nog zitten met de grote dosis

<sup>114</sup> Vgl. F.A. Nauta, F.F.H. Rutten, op. cit., blz. 689.

onzekerheid die het stellen van de diagnose kenmerkt. Dit kan tot gevolg hebben dat bij de veronderstelde normering vaker diagnoses zullen worden gesteld waarvoor meer therapeutische en diagnostische activiteiten toegestaan zijn. De ervaringen die zijn opgedaan met dergelijke aanpakken in ziekenhuizen, wijzen uit dat zulke bij-effecten inderdaad gaan optreden<sup>115</sup>. Het antwoord hierop zou vervolgens kunnen bestaan uit landelijk uniforme indicatiestelling; iets wat in de geneeskunde nauwelijks voor te stellen is. Tot zover deze hypothetische beschouwing.

Het moge duidelijk zijn dat de publieke besluitvorming niet zelfstandig bij machte is om de complexe afwegingen die bij de medische besluitvorming over afzonderlijke gevallen moeten worden gemaakt, optimaal te doen plaatsvinden. Wanneer de toereikendheid van de politieke besluitvorming voor de hier bedoelde situaties betwijfeld moet worden, staat tevens de legitimiteit ervan ter discussie. Onbevredigende politieke besluitvorming zal onvermijdelijk weerstanden oproepen bij de dienstverleners, burgerlijke ongehoorzaamheid in de hand werken, de belangen-democratie versterken en de non-participatie van de burger als kiezer doen toenemen vanwege een afnemend vertrouwen in de politiek. De overheid loopt dan het gevaar het eigen gezag te ondermijnen door meer te doen dan in haar vermogen ligt<sup>116</sup>. Wat dat betreft is het met de overheid niet anders gesteld dan met de artsen, die immers ook aan gezag lijken in te boeten als gevolg van het onvoldoende aangeven van de grenzen van het eigen kunnen.

#### *De noodzaak van centrale regulering*

Met de voorgaande beschouwing over de onmogelijkheid van volledige inhoudelijke overheidsregulering met betrekking tot de medische besluitvorming is de eventuele noodzaak om bepaalde afwegingen toch centraal te doen plaatsvinden overigens niet verdwenen. Van een noodzaak tot het doen van afwegingen op collectief niveau is in bepaalde gevallen ook feitelijk sprake. We noemen hier een drietal actuele terreinen.

In paragraaf 3.5.1 is onder meer in overweging gegeven om de ziektekostenverzekering onder te brengen in een stelsel waarbij iedere ingezetene verplicht verzekerd is voor een zeker basispakket aan verstrekkingen. Over de samenstelling van een dergelijk basispakket moet op nationaal niveau beslist worden. Ontwikkelingen in de geneeskunde en in de morbiditeit zullen periodieke bijstellingen van het pakket vereisen. Een volksverzekering veronderstelt voorts een bepaald premiebeleid op landelijke schaal. Een zeker centraal overleg tussen overheid, ziekenhuizen, artsen en ziektekostenverzekeringsinstellingen is nodig om een basispakket tegen zo laag mogelijke kosten te kunnen aanbieden. Vraagstukken met betrekking tot de afweging van marginale kosten en baten zijn aldus ook op centraal niveau aan de orde.

De geneeskunde heeft een proces van vergaande specialisatie door-gemaakt. In de nabije toekomst mag een verdere differentiatie van functies worden verwacht. De onderlinge afbakening en de integratie der specialismen is tot op heden niet systematisch geregeld. De begrijpelijke aandacht voor het eigen deelgebied heeft de noodzakelijke attentie voor de onderlinge afstemming te sterk naar de achtergrond gedrongen. Suboptimalisatie, bijvoorbeeld in de zin van het perfectioneren van de kwaliteit van de afzonderlijke geneeskundige functies is gepaard gegaan met een groeiende onduidelijkheid over de onderlinge taak- en bevoegdheidsverdeling. Illustratief in dit kader is bijvoorbeeld de hedendaagse discussie over de plaats van de huisarts. Diens taak zou de afgelopen

<sup>115</sup> P.F.P.M. Nederstigt, 'Diagnosis related groups nader bezien'; *Gezondheid en Samenleving*, september 1981, 2e jaargang nr. 3, blz. 182-195.

<sup>116</sup> A.J. Vermaat, 'Frictie of koppeling; Besluitvormingsproblemen in een gemengde economie'; *Economisch Statistische Berichten*, 15 oktober 1980, 65e jaargang nr. 3276, blz. 1158-1166.



jaren sterk zijn afgekalfd. Zowel de tweede lijn als de basisgezondheidszorg (preventie) zouden diverse taken van de huisarts hebben overgenomen<sup>117</sup>. Een zekere afbakening van taken en functies van de diverse geneeskundigen onderling is gewenst. Hetzelfde geldt voor de differentiatie en integratie van geneeskundige, verpleegkundige en verzorgingstaken. Zonder algemene uniforme richtlijnen over deze zaken wordt het inrichten van de opleiding ernstig bemoeilijkt, evenals de mobiliteit van de dienstverleners. Bovendien is voor de patiënt dan ook niet duidelijk wat wel en niet van een bepaalde professional verwacht mag worden. Een versterking van de positie van de patiënt in de medische besluitvorming, zoals hiervoor bepleit, komt daardoor in gevaar. Binnen dergelijke algemene regels zijn vanzelfsprekend nadere verschillende invullingen per ziekenhuis of regio mogelijk.

Als derde onderwerp waarover op nationaal niveau besluitvorming onontkoombaar lijkt, noemen we hier de regulering van het aantal beroepsbeoefenaren. Het gegeven dat het aanbod tot op zekere hoogte zijn eigen vraag schept en het feit dat de gezondheidsbehoeften in beginsel oneindig zijn, maken het onvermijdelijk om het aantal werkzame geneeskundigen te reguleren. Hiertoe zijn verschillende mogelijkheden aanwezig. Gedacht kan worden aan het gebruik van het instrument van de *numerus fixus* voor de toelating tot de medische studie of aan instrumenten zoals het artikel 47 van de Ziekenfondswet, dat per 1 januari 1981 van kracht is geworden, alsmede aan een vestigingsbeleid. Een nadere behandeling van deze alternatieven valt buiten de orde van dit hoofdstuk.

Het moge inmiddels duidelijk geworden zijn, dat een aantal vraagstukken in de gezondheidszorg collectieve beslissingen vereisen.

#### *Mogelijkheden voor centrale regulering*

De mogelijkheden om de noodzakelijke collectieve beslissingen op adequate wijze tot stand te doen komen, moeten gezocht worden in het doorbreken van de recentelijk overheersende gedachte als zouden collectieve beslissingen alleen maar kunnen worden genomen langs de weg van de politieke besluitvorming door regering en parlement. Zoals tot op heden in de gezondheidszorg is gebleken, hoeft dat geenszins het geval te zijn. Collectieve beslissingen in de gezondheidszorg kunnen ook genomen worden door de overheid met vergaande inschakeling van de andere betrokkenen: beroepsgroepen, ziekenhuizen en ziekenfondsen. De overheid dus niet in de rol van de partij die uiteindelijk alle beslissingen neemt, maar als één van de partners in de besluitvorming met een eigen — maar niet in alle gevallen supergeponeerde — verantwoordelijkheid, evenals de andere marktpartijen.

Met betrekking tot de afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de verschillende geneeskundige specialismen zou dit kunnen betekenen dat de overheid niet zozeer tracht om een taakverdeling tussen bijvoorbeeld huisarts en tweede lijn voor te schrijven, doch partijen probeert ertoe te bewegen zelf voorstellen te doen voor een onderlinge taakafbakening en vervolgens bij de besluitvorming daarover een bemiddelende rol vervult. Dit komt neer op een terughoudende rol in inhoudelijk opzicht, doch stelt extra hoge eisen aan de leiderschaps-capaciteiten van de overheid op procedureel gebied.

De besluitvorming over de samenstelling van het basispakket aan verstrekkingen voor de volksverzekering is eveneens gebaat bij een duidelijke inschakeling van de beroepsgroepen. Er zijn sterke aanwijzingen dat een substantieel gedeelte van de medische besluitvorming gedurende tamelijk lange perioden volgens hetzelfde stramien verloopt. Een zekere standaardisatie van de desbetreffende medische besluiten en handelingen behoort aldus in beginsel tot de mogelijkheden. Invoering

---

<sup>117</sup> J.Th.M. van Eijk in: *Weekblad Gezondheidszorg*, 14 mei 1981, 1e jaargang nr. 9, blz. 13.  
F. Huygen in *Weekblad Gezondheidszorg*, 14 mei 1981, 1e jaargang, nr. 9, blz. 1.

daarvan zou zowel de efficiency als de kwaliteit kunnen vergroten, alsmede de planning van een gedeelte van de voorzieningenstructuur kunnen vergemakkelijken. Met andere woorden, het lijkt mogelijk om de medische besluitvorming te onderscheiden in routine en niet-routine beslissingen. Het is zeer wel denkbaar dat per specialisme voor een bepaald gedeelte der te behandelen gevallen uniforme beslissingsbomen kunnen worden ontwikkeld die voor elke specialist acceptabel zijn. Daarnaast blijft er een gebied waar elke specialist zijn eigen unieke aanpak verkiest. Het afbakenen, per specialisme van de routine- en niet-routinebeslissingen en vervolgens het standaardiseren van de routinebeslissingen zou de doelmatigheid van de gezondheidszorg en de accountability vergroten<sup>118</sup>.

Het is evenwel ondenkbaar dat de overheid zelfstandig in staat zou zijn om voor elk specialisme tot de vaststelling van een dergelijk profiel te komen. Consensusvorming van professionals onderling kan, naar verwachting, wel tot een dergelijke vaststelling leiden, mits de overheid de noodzaak ervan overtuigend weet te beargumenteren en voldoende veiligheid kan garanderen met betrekking tot het gebruik van de resultaten van een dergelijke exercitie. Hiermee wordt onder andere bedoeld om het gevaar dat eenmaal ontwikkelde standaarden innovaties zouden kunnen belemmeren. Wanneer bijvoorbeeld het verwijderen van galstenen volgens een bepaalde gestandaardiseerde methode lange tijd verantwoord is verricht, mag het niet zo zijn dat nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de chemotherapie door een dergelijke normering geen kans meer kunnen krijgen. Het benutten van de mogelijkheden die opgesloten zitten in de routine-elementen van de geneeskunde, alsmede het voorkomen van verstarring, is niet goed denkbaar zonder een duidelijke rol van de beroepsgroepen bij de besluitvorming over het basisverstrekkingspakket.

Collectieve beslissingen zijn in de gezondheidszorg tot op zekere hoogte noodzakelijk. Ze kunnen alleen adequaat tot stand komen wanneer ze niet een exclusieve aangelegenheid van de overheid zijn, maar tot stand komen met een vergaande inschakeling van de beroepsgroepen en de instellingen. De rol van de overheid is daarbij niet primair een inhoudelijke, omdat dat bij uitstek het terrein van de professionals is. De rol van de overheid is primair een procedurele, omdat de procesbewaking in het onderlinge overleg van beroepsgroepen, gezien de deels uiteenlopende belangen, onvoldoende gewaarborgd is. Het is de vraag of deze terughoudendheid in inhoudelijk opzicht en de initiërende en sturende rol in procesmatig opzicht voldoende tot uitdrukking komen in de recente wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg. Het verdient echter wel overweging om bij de verdere vormgeving van de wettelijke regelingen speciale aandacht te geven aan bovengenoemd aspect van de collectieve besluitvorming, omdat de ervaringen tot nu toe uitwijzen dat de beroepsgroepen geneigd zijn de onderlinge afstemming niet in eigen verantwoordelijkheid te regelen, doch de verantwoordelijkheid afwentelen naar de overheid en tegelijkertijd het die zelfde overheid kwalijk nemen wanneer ontwikkelingen op het eigen deelgebied dreigen te worden benadeeld. Anderzijds lijkt de overheid zo nu en dan onvoldoende besef te hebben van de eigen beperkingen en mogelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg en te weinig geduld te hebben om optimaal gebruik te maken van de inzichten en zelfregulerende kracht van de professionals en het ziekenhuismanagement.

<sup>118</sup> In de medische wereld houden sommigen het opstellen van protocollen voor diagnostiek en therapie als richtsnoer voor het individuele handelen voor mogelijk; zie in dit verband bijvoorbeeld: J.M. Greep en M.N. van der Heyde, 'Op weg naar een protocollaire geneeskunde?'; *Medisch contact*, 2 mei 1980, 35e jaargang nr. 18, blz. 551 en 552.

### 3.6. Samenvatting en conclusies

De kosten van de gezondheidszorg zijn in de afgelopen decennia sterk gestegen. Het aandeel van deze kosten in het Bruto Nationaal Produkt is in de periode 1963-1980 ruimschoots verdubbeld, van 4.2% in 1963 tot 8.8% in 1980. De laatste jaren is de groei merkbaar afgenomen; voor de komende vijf jaar wordt een jaarlijkse groei van circa 10% verwacht. In het voorgaande is gebleken dat naast de algemene stijging van lonen en prijzen, belangrijke determinanten van de kostenontwikkeling gelegen zijn in het aanbod, de vraag en de financiering. Aan de aanbodzijde manifesteren zich belangrijke verruiming van de mogelijkheden voor onderzoek en behandeling. Voorts neemt het aantal medewerkers in de gezondheidszorg voortdurend toe; in de nabije toekomst worden voor diverse beroepscategorieën aanzienlijke overschotten verwacht. Deze factoren dragen in belangrijke mate bij aan de intensivering van de gezondheidszorg. Het aantal verrichtingen zowel per patiënt als per specialist, neemt in veel gevallen voortdurend toe. Aan de vraagzijde speelt de veroudering van de bevolking een belangrijke rol. Deze demografische ontwikkeling heeft een hogere medische consumptie tot gevolg. Bovendien bestaat aan de vraagzijde de tendens om steeds meer ongemakken en tekorten in het bestaan te beschouwen als gezondheidsklachten. De combinatie van deze tendens met de steeds ruimere mogelijkheden aan de aanbodzijde heeft tot gevolg dat de medicalisering van het bestaan een reële dreiging gaat vormen.

Het financieringsstelsel bevat voor geen enkele marktpartij een gerichte prikkel tot economisch gebruik van de voorzieningen. Het tegendeel is vaak het geval. Niet zozeer de kostenontwikkeling op zichzelf vormt het centrale probleem, maar veeleer de ontoereikende afweging van kosten en baten. Deze afweging geschiedt in de gezondheidszorg dermate gebrekkig dat betwijfeld moet worden, of het aangeboden assortiment van goederen en diensten voldoende overeenstemt met het gewenste assortiment. Ter verbetering van de afweging van kosten en baten wordt een besluitvormingsstelsel voorgesteld waarin de sterke kanten van de markt, de overheidsregulering en de zelfregulering van dienstverleners zoveel mogelijk worden gecombineerd.

#### *Markt*

Tussen de verschillende soorten ziektekostenverzekeringen in ons land bestaan belangrijke verschillen met betrekking tot de keuzevrijheid van de consument en de solidariteit. Bij de groep van verplichte verzekeringen en bij de niet-verplichte ziekenfondsverzekeringen bestaan onnodige beperkingen van de consumentenvrijheid ten aanzien van de samenstelling van het verzekerde pakket en het eigen risico. Dit is ongewenst, te meer omdat daarmee afbreuk wordt gedaan aan de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de financiering van de gezondheidszorg. Hier staat tegenover dat bij de particuliere ziektekostenverzekeringen de solidariteitsgedachte te veel terrein dreigt te verliezen. Dit leidt tot een cumulatie van de 'hoge risico's' in de vrijwillige ziekenfondsverzekering, waardoor de premie van deze verzekering onbetaalbaar dreigt te worden. Tegen de achtergrond van deze knelpunten wordt aanbevolen om over te gaan op een stelsel van ziektekostenverzekering waarbij een bepaald basispakket van noodzakelijke medische voorzieningen wordt aangeboden in de vorm van een volksverzekering, met daarnaast de mogelijkheid om individueel of groepsgewijs aanvullende verzekeringen af te sluiten. Het basispakket dient zodanig te zijn samengesteld dat financiële catastrofes als gevolg van ziektekosten voor het individu worden uitgesloten. Goedkope voorzieningen en voorzieningen die niet door iedereen als onmisbaar worden beschouwd kunnen in principe buiten het basispakket worden gelaten. Door het basispakket onder te brengen in een volksverzekering met een premieheffing naar draagkracht komt het solidariteitsbeginsel voor de strikt noodzakelijke voorzieningen volledig tot zijn recht. Omdat aan het gebruik van voor-

zieningen uit het basispakket geen maximum is gesteld dat gerelateerd is aan een premie-inkomensgrens, verdient het overweging om bij deze volksverzekering de premie-inkomensgrens te laten vervallen; dit in tegenstelling tot de overige volksverzekeringen, zoals de AOW, AAW en AWW waar wel van een dergelijke maximum-uitkering sprake is. Door de verplichte verzekering te beperken tot een basispakket wordt tegemoet gekomen aan de wens tot een grotere consumentenvrijheid ten aanzien van de reikwijdte van de verzekeringsdekking.

Financiering van het basispakket uit de algemene middelen verdient niet de voorkeur boven financiering uit sociale premies. Fiscalisering leidt niet automatisch tot een grotere beheersbaarheid en het is daarom nog maar zeer de vraag of fiscalisering een duidelijke bijdrage zal leveren aan de verbetering van het afwegingsproces. Sociale premies hebben bovendien op algemene belastingen voor dat de bestemming van de gelden voor de premie-betaler zichtbaar is. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat bestemmingsheffingen een geringere weerstand ontmoeten dan algemene heffingen die geen directe binding hebben met concrete uitgavegroepen. De perceptiekosten van premie-inning zijn gering. Voorts moet aan de bevordering van het kostenbesef in de gezondheidszorg grote betekenis gehecht worden. Het ligt derhalve per saldo voor de hand om het basispakket te financieren uit sociale premies.

Naast een verruiming van de keuzemogelijkheden ten aanzien van de verzekeringsdekking en een financiering door middel van sociale premies kan ook een meer gebruikers-gerichte benadering van de ziektekostenverzekering de persoonlijke verantwoordelijkheid en het kostenbesef van de consument bevorderen. In dit verband verdient het aanbeveling om de huidige koppeling tussen verzekeringsdekking en werkring af te schaffen en de premie geheel ten laste te laten komen van de verzekerde personen. De bestaande werkgeversbijdragen voor de ziektekostenverzekeringen zullen daarmee geheel komen te vervallen.

Door de patiënt een eigen bijdrage te laten betalen voor het gebruik van de voorzieningen uit het verzekerde pakket, kan worden bevorderd dat een meer afgewogen beslissing wordt genomen omtrent het wel of niet gebruikmaken van de dienstverlening. De duurste beslissing is doorgaans het besluit om een patiënt door te verwijzen naar een voorziening uit de tweede of de derde lijn. Activering van een kostenbewuste opstelling van dienstverlener en patiënt, juist bij deze beslissing, is derhalve van groot belang. Het verdient dan ook aanbeveling om in ieder geval een eigen bijdrage in te voeren voor de tweede en de derde lijn. De invoering van zo'n eigen bijdrage dient gepaard te gaan met een dienovereenkomstige verlaging van de verzekeringspremies.

Het voorgestelde stelsel van ziektekostenverzekering kan worden ingevoerd zonder ingrijpende repercussies voor de bestaande uitvoeringsorganisatie op dit gebied.

#### *Professionele zelfregulering*

In een aantal gevallen leveren additionele medische handelingen weinig of geen extra gezondheidswinst op. In het kader van een verbetering van de afweging van kosten en baten is het vermijden van onnodige medische handelingen van groot belang. Dit vereist een kostenbewuste opstelling van de medicus. Naast het optimaliseren van de kwaliteit van de behandeling moet ook de afweging van kosten en baten onderdeel gaan uitmaken van de beroepsuitoefening. Het verdient overweging om professionele dienstverleners wettelijk te verplichten om te participeren in een vorm van intercollegiale toetsing, waarbij verantwoording wordt afgelegd over zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid van het beroepsmatig handelen.

De honorering van medici en de financiering van de ziekenhuizen bevatten financiële prikkels tot overconsumptie. Door aanpassingen van de honoreringsstructuur kan een kostenbewuste opstelling van de medici worden bevorderd. Dit vereist allereerst een grotere elasticiteit van de tarieven, waardoor gewenste gedragingen worden beloond en ongewen-

ste gedragingen worden ontmoedigd. Voorts kan worden overwogen om een degressief tarief in te voeren. Ook zou kunnen worden gedacht aan een gecombineerd verrichtingen- en abonnementshonorarium, zowel voor de huisarts als de specialist. Een dergelijk stelsel honoreert enerzijds op verantwoorde wijze verschillen in omvang van patiëntenbestand en geleverde inspanningen en ontmoedigt anderzijds verrichtingen uit inkomensmotieven. Het dienstverband vormt een belangrijk alternatief voor het vrij-beroepsverband, doch is niet in alle opzichten superieur. Een situatie waarin beide varianten op gelijkwaardige wijze naast elkaar kunnen bestaan, verdient de voorkeur. Derhalve wordt aanbevolen om de belemmeringen die momenteel voor medici bestaan om hun beroep in dienstverband uit te oefenen, weg te nemen. Met name aan het stelsel van praktijkoverdracht zou op korte termijn een eind moeten komen.

Om te kunnen komen tot een wijze van financiering van ziekenhuizen die een stimulans bevat om kosten en baten zorgvuldig af te wegen, is het allereerst noodzakelijk dat een goed inzicht wordt ontwikkeld in de kostenstructuur van deze instellingen.

In de opleiding voor geneeskundige wordt op enkele uitzonderingen na nauwelijks aandacht geschonken aan de kostenvraagstukken in de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling hier op zo kort mogelijke termijn verandering in te brengen.

Onder medici is een tendens waarneembaar om ter voorkoming van verwijten en schadeclaims in verband met vermeende onvoldoende of onjuiste behandeling, zo veel mogelijk verrichtingen uit te voeren. De situatie dat een substantieel gedeelte van de medische handelingen niet wordt verricht in de overtuiging dat daarmee aanmerkelijke gezondheids-winst kan worden geboekt maar louter uit zelfbescherming geschiedt, is hoogst ongewenst. Een gepaste bescherming van de medische beroeps-beoefenaar is hier op zijn plaats.

#### *Overheidsregulering*

De bovenstaande aanbevelingen met betrekking tot de markt en de professionele zelfregulering behelzen een omvangrijke voorwaardenscheppende taak voor de overheid, gericht op het tot stand brengen van geschikte spelregels ter regulering van de onderlinge betrekkingen tussen patiënten, dienstverleners en ziektekostenverzekeringsinstituten. De afwegingen die verband houden met gebruik van voorzieningen in afzonderlijke gevallen, kunnen het best worden overgelaten aan de direct betrokkenen.

Anders ligt het bij beslissingen over beginselen, zoals bijvoorbeeld de samenstelling van het basispakket, en over de infrastructuur van het stelsel van gezondheidszorg, zoals de capaciteit van de ziekenhuizen en de omvang van het aantal beroepsbeoefenaren. Deze kwesties vereisen duidelijke politieke beslissingen.

Voorts zou de overheid bepaalde ontwikkelingen die tot een betere afweging van kosten en baten kunnen leiden, kunnen stimuleren en bespoedigen. In dit verband kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verkennen van de mogelijkheden van de protocollaire geneeskunde en het bevorderen van goede taakafbakening tussen de eerste en de tweede lijn. Het betreft hier terreinen waar de deskundigheid van de beroepsbeoefenaren vaak van doorslaggevende betekenis zal zijn voor de optimale beslissing. Een gepaste terughoudendheid in inhoudelijk opzicht en een initiërende en stimulerende rol in procedureel opzicht liggen daarbij voor de overheid het meest voor de hand.

## 4. EXTRAMURALE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

### 4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt de zwakzinnigenzorg met zijn heel eigen organisatie buiten beschouwing gelaten.

#### *Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg*

Gezondheid — somatische en geestelijke te zamen — wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als 'een toestand van volledig geestelijk, lichamelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek'<sup>1</sup>. Zo ruim opgevat valt de definitie van gezondheid samen met die voor individueel welzijn zoals die gehanteerd wordt in dit rapport. Toch kan men onderscheid maken tussen geestelijk, lichamelijk en materieel welbevinden, theoretisch althans. In praktijk zijn zij vaak moeilijk te scheiden. Een gebrek aan geestelijk welbevinden hoeft niet herkenbaar te zijn als geestelijke nood wanneer het zich uit als een lichamelijk probleem, pijn bijvoorbeeld, of als een gebrek in de materiële sfeer, zoals het niet kunnen omgaan met geld, of als een gebrek aan inzicht, resulterend in roekeloos gedrag. Psychische nood kan bovendien verschillende achterliggende problemen als oorzaak hebben, zoals problemen op het lichamelijke of materiële vlak of op het vlak van kennis en emoties. Verschillende oorzaken en gevolgen kunnen verstrengeld raken en elkaar versterken. Degene die in geestelijke nood verkeert, veroorzaakt vaak problemen voor zijn directe omgeving. Andersom kan zijn omgeving de oorzaak zijn van nood. Een zieke gezinssituatie bijvoorbeeld kan geprojecteerd worden in ziek gedrag van één van de gezinsleden, die dan de patiëntenrol krijgt.

Tot hier is steeds gesproken van geestelijke *nood*, maar ook geestelijk *welbevinden* kent de verschillende dimensies zoals die hierboven aangeduid zijn met als het ware een voorgrond en een achtergrond en een samenspel van individu en omgeving. Toch vormt bij geestelijke nood de omgeving nog een extra complicerende factor en wel daar waar de nood omschreven wordt als *geestesziekte*. De omschrijving hangt nauw samen met de zwaarte van de aandoening en dus ook de zwaarte van de behandeling. De genezende werking van de behandeling wordt gecompliceerd door het daarmee verbonden stigmatiserende effect. De ex-geesteszieke wordt niet gemakkelijk door de maatschappij geaccepteerd. Hieruit kan mogelijk nieuwe nood ontstaan en zo kan men terecht komen in een vicieuze cirkel. De term psychische nood dekt een heel scala van noden variërend van zware geestesziekte tot lichte onrust. Het merendeel van de psychische noden ligt hiertussen maar tendeeft minder in de richting van het zware uiterste dan in die van het lichte uiterste.

Geestelijke gezondheidszorg is die zorg die zich bedient van specifieke psychiatrische, psychotherapeutische, agogische en de sociale omgeving beïnvloedende technieken en die gevoed wordt vanuit de denkbeelden die deze technieken onderbouwen. Psychische nood hoeft niet zonder meer te resulteren in een vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Men kan veel zelf oplossen al dan niet met behulp van partner, gezin, vrienden, maar ook bijvoorbeeld een geestelijk herder. Voor zover de nood leidt tot een vraag naar professionele zorg in de welzijnssfeer hoeft

<sup>1</sup> M. Saan, 'Verminderd welbevinden, is dat ziekte?'; *Tijdschrift van sociale geneeskunde*, 30 september 1981, 59e jaargang nr. 19, blz. 672-681.

het nog geen vraag om geestelijke gezondheidszorg te zijn. De hulpvrager komt pas op het idee om hulp bij de geestelijke gezondheidszorg te zoeken en de hulpverlener in die zorg zal op zijn beurt pas zijn hulp aanbieden, als het probleem omschreven wordt in termen die gelden in de geestelijke gezondheidszorg. Op zich is dit het geval op elk vlak van zorg, maar juist in de geestelijke gezondheidszorg is de beslissing om het probleem in denkbeelden van die zorg te vatten van cruciale betekenis. Het ligt immers niet altijd voor de hand aangezien het probleem zo complex is als hierboven werd beschreven. Een benadering vanuit een ander veld van zorg behoort meestal ook tot de mogelijkheden, soms met meer en soms met minder resultaat.

Een aanpak vanuit de geestelijke gezondheidszorg spreekt vanzelf bij psychiatrische gevallen zoals psychosen, ernstige dementiën, verslavingen en dergelijke; minder vanzelfsprekend is dit voor problemen zoals relatieproblemen, rouwverwerking, leren leven met een ziekte, een handicap, het verlies van een werkring, functionele klachten enzovoort. Bij de laatste gevallen gaat het niet of niet zozeer om geestesziekte maar eerder om 'normale' problemen waarvoor de technieken uit de geestelijke gezondheidszorg mogelijk soelaas bieden. Eventuele escalatie kan daarmee in een aantal gevallen worden vermeden. De langdurige en met name intramurale behandelingen worden ingezet voor de gevallen die bestempeld worden als geestesziekten en afwijken van wat als normaal geldt. Naast de stigmatiserende werking van de intramurale zorg kunnen dan ook problemen van hospitalisering en chroniciteit ontstaan.

#### *De voorzieningen*

In de hierna aan te duiden voorzieningen wordt een onderscheid gemaakt tussen voorzieningen waarbij de specifieke deskundigheid, de psychiatrie en de psycho-specifieke deskundigheid uit de geestelijke gezondheidszorg dominant is en die waarbij dat niet het geval is, maar waarbij men aandacht voor aspecten van geestelijke gezondheid heeft bij zich voordoende problemen. Dominant is de toepassing van de specifieke deskundigheid uit de geestelijke gezondheidszorg in de volgende voorzieningen:

#### **Intramuraal:**

- algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische universiteitsklinieken (PUK);
- categoriale ziekenhuizen (kinder, jeugd, verslaving, TBR) en verpleeghuizen of psychiatrische afdelingen daarvan (bejaarden).

#### **Semimuraal:**

- beschermende woonvormen;
- instellingen voor psychiatrische dag-, avond- en nachtbehandeling.

#### **Extramuraal:**

- psychiatrische poliklinieken;
- Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD), waartoe ook de Jeugd-Psychiatrische Diensten (JPD) en de Sociaal Geriatrische Diensten (SGD) behoren;
- Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (LGV);
- Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB);
- Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD);
- Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP);
- Vrijgevestigde psychiaters.

Deze gespecialiseerde vormen van extramurale geestelijke gezondheidszorg worden in dit rapport gezamenlijk aangeduid met de term *Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*.

De tweede te onderscheiden categorie betreft voorzieningen, eveneens voornamelijk in de extramurale sfeer, waarbij men aandacht heeft voor aspecten van geestelijke gezondheid bij de behandeling van problemen. Onder deze categorie vindt men ook de belangrijkste verwijzers naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn vooral:

- de huisarts (en de wijkverpleegkundige, veelal in samenwerking met de huisarts);
- de GG en GD;
- de schoolarts;
- het maatschappelijk werk;
- de kinderbescherming;
- de politie;
- het medisch kleuterdagverblijf.

De huisarts (en vaak in zijn verlengde de wijkverpleegkundige) en de maatschappelijk werker behandelen ook zelf psychische klachten. Ook in het meer categoriale maatschappelijk werk (ten behoeve van ongehuwd ouderschap, reclassering enz.) en in andere sectoren van de maatschappelijke dienstverlening komt men aspecten van geestelijke gezondheidszorg tegen.

Naast de professionele hulp groeit bovendien de vrijwillige hulpverlening in de vorm van:

- telefonische hulpdiensten;
- opvang voor vrouwen, jongeren, ethnische minderheden;
- zelfhulpgroepen waarbij de leden in de zelfde situatie verkeren of hebben verkeerd;
- verenigingen van (ex)patiënten.

Ten slotte is er een aanbod van trainingen voor persoonlijke groei, communicatie- en sociale vaardigheden. Deze worden veelal op commerciële basis verleend, hoewel zij soms een onderdeel vormen van het pakket aan dienstverlening van de hierboven genoemde instellingen. Men kan ze dan zien als een vorm van preventie, gericht op het voorkomen van psychische ziekten of problemen.

#### *Echelonnering en preventie*

In de gezondheidszorg – de somatische zowel als de geestelijke – werkt men met echelons, die de specialisatiegraad aangeven. In de hogere echelons is de zorg sterk gespecialiseerd, in de lagere niet of nauwelijks. In plaats van de term 'echelon' wordt ook vaak de term 'lijn' gebruikt. In de geestelijke gezondheidszorg onderscheidt men over het algemeen de volgende echelons of lijnen:

Derde echelon	intramuraal (semimuraal)
Tweede echelon	de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Eerste echelon	huisarts (maatschappelijk werk)
Nulde echelon	partner, familie, vrienden vrijwillige hulpverlening

In de somatische gezondheidszorg gelden intramurale voorzieningen als tweede lijn, maar in de geestelijke gezondheidszorg is dit de derde lijn. Tussen de derde lijn en de eerste hebben zich in de geestelijke gezondheidszorg nogal wat vormen ontwikkeld. Deze bevinden zich om te beginnen in het tweede echelon, maar ook de semimurale voorzieningen zijn hier een voorbeeld van en deze kunnen dan ook met evenveel recht tot het tweede echelon als tot het derde echelon gerekend worden. Maatschappelijk werk wordt in de gezondheidszorg, dus ook in de geestelijke gezondheidszorg, meestal tot het nulde echelon gerekend, samen met alle hulp die geen professionele gezondheidszorg is. In de wetgeving met betrekking tot de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) wordt maatschappelijk werk echter eerder als een eerste-lijnsvoorziening opgevat.



De indeling in echelons is onder andere van belang voor de preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg heeft vooral de betekenis van een dusdanige opvang in een minder gespecialiseerde hulpvorm, dat een ingrijpender hulpvorm niet nodig is. Een afdoende behandeling in het tweede echelon voorkomt dat de cliënt in het derde echelon komt. In dezelfde verhouding staan de huisarts, wijkverpleegkundige en hulpverleners van een gezondheidscentrum als eerste echelon ten opzichte van het tweede, terwijl vrijwillige hulp, zelfhulp, maar ook hulp van partner, familie en vrienden gelden als nuldelijnshulp die mogelijk preventief is voor de doorstroming van de cliënt naar de eerste lijn.

Dit voorkomen van de noodzaak van doorstroming naar een hoger echelon wordt aangeduid als tertiaire preventie. Van belang is hierbij het snel kunnen reageren op acute situaties zodat die niet escaleren. De secundaire preventie, het vroegtijdig onderkennen van ziekten of stoornissen, komt vooral voor op het terrein van de zwakbegaafdheid en moeilijke opvoedbaarheid. De primaire preventie — het voorkomen van ziekten of problemen — reikt voor een belangrijk deel buiten het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en doelt op oplossingen voor achterliggende problemen zoals hiervoor zijn aangegeven. Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt er — hoewel in geringe mate — primaire preventie nagestreefd door middel van geestelijke gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bijvoorbeeld op het gebied van seksualiteit, alcohol en drugs. Hierbij grenst de geestelijke gezondheidszorg aan het terrein van de educatie.

*De keuze in dit rapport voor de behandeling van de tweede en lagere echelons*

In het hiernavolgende komt het derde echelon slechts zijdelings aan de orde en dan alleen voor zover het eisen stelt aan de structuur en aanpak in de lagere echelons. Bij de overheid bestaat een voorkeur voor extramurale voorzieningen boven klinische voorzieningen, niet het minst vanwege de kosten. Van de poliklinieken en de semimurale voorzieningen zijn voor 1980 nagenoeg geen gegevens voorhanden, maar van de kostenverhouding tussen de gespecialiseerde extramurale zorg en de intramurale zorg geeft tabel 4.1 een beeld.

**Tabel 4.1 Kostenverdeling in de geestelijke gezondheidszorg, 1977 en 1980 (in miljoenen guldens).**

	1977	1980
Intramurale GGZ	2.158 <sup>a)</sup>	2.800 <sup>a)</sup>
Ambulante GGZ (met uitzondering van poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters)	252 <sup>a)</sup>	353

Bronnen: F. de Haen, *Zorg in cijfers 1977*; NCGV-reeks nr. 13, Utrecht, 1977, blz. 14; F. de Haen, *Zorg in cijfers 1980*, NCGV-reeks nr. 40, Utrecht, 1982, voorinformatie.

a) Schattingen, gebaseerd op onvolledig materiaal.

De kosten nemen in het tweede echelon relatief maar in het derde echelon absoluut het meest toe. Het derde is bovendien zes maal zo duur als het tweede en dit op zijn beurt is ongetwijfeld veel kostbaarder dan het eerste en nulde echelon. De kosten van geestelijke gezondheidszorg in het eerste en nulde echelon zijn evenwel nauwelijks te berekenen omdat het telkens gaat om aspecten van geestelijke gezondheidszorg in een totaal pakket aan zorg. Hoewel de kosten lager zijn, gaat het in het tweede echelon om veel grotere aantallen cliënten dan in het derde; in beide echelons nemen de aantallen ongeveer in gelijke mate toe (zie tabel 4.2).

**Tabel 4.2 Aantallen ingeschreven cliënten in de intramurale en de extramurale geestelijke gezondheidszorg, 1977 en 1980**

	1977	1980	Toename in procenten
Intramurale GGZ	46.000	55.000	20%
Ambulante GGZ (met uitzondering van poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters)	83.000	99.500	20%

Bronnen: F. de Haen, op. cit., 1977, blz. 7; F. de Haen, op. cit., 1982.

Cliënten uit het derde en het tweede echelon zijn overigens slechts zeer ten dele te vergelijken. Bovendien betekent ingeschreven zijn in het tweede echelon lang niet altijd dat er wat met die cliënten gebeurt. Men kan ook op een wachtlijst komen. Niettemin is het verschil opvallend.

Aantallen cliënten in de lagere echelons zijn moeilijk aan te geven, niet alleen omdat hiervan geen registratie bestaat, maar vooral ook omdat de verwevenheid van geestelijke problemen met somatische en materiële problemen die in deze echelons worden opgevangen, een dergelijke registratie nauwelijks toelaat<sup>2</sup>. Overigens gaat het hierbij vermoedelijk om grote aantallen. Zo blijkt uit onderzoeken van het Nijmeegs Huisartsen Instituut dat de klachten waarmee de huisarts geconfronteerd wordt in meerderheid van psychosociale aard zijn, terwijl zij bovendien vaak niet zozeer betrekking hebben op het individu zelf als wel op zijn sociale omgeving<sup>3</sup>. Het aantal consulten van de huisarts is op jaarbasis ongeveer 50 miljoen met een gemiddelde van 3,5 consult per ingeschrevene<sup>4</sup>. Wanneer de psychosociale klachten bij huisartsen over heel Nederland in de meerderheid zijn dan zijn dat meer dan 25 miljoen consulten. Vergeleken met dit cijfer is het aantal aanmeldingen in de derde lijn en de tweede lijn (zie tabel 4.2) wel zeer gering. Het gaat dus kennelijk vooral om een soort klachten waarvoor de huisarts in het algemeen niet doorverwijst.

Samenvattend kan gesteld worden dat in de tweede en lagere echelons van de geestelijke gezondheidszorg hulp geboden wordt aan een groot en groeiend aantal cliënten. Dit vormt de belangrijkste reden waarom dit rapport zich richt op deze zorg, die aangeduid zal worden met de term extramurale geestelijke gezondheidszorg.

## **4.2 Ontwikkelingen in de vraag**

### **4.2.1 Inleiding**

In de extramurale geestelijke gezondheidszorg — meer nog dan elders op het welzijnsterrein — is het vaststellen van de behoefte aan zorg een probleem. Het sporadische epidemiologische onderzoek leidt tot een schier eindeloze opsomming van groepen die grote kans hebben in psychische nood te geraken en biedt zo weinig steun voor een formulering van de werkelijke behoefte aan zorg. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een in 1976 gehouden enquête onder 2110 huishoudens dat een kwart tot een derde

<sup>2</sup> In het derde echelon spreekt men gewoonlijk van patiënten, in het tweede echelon van cliënten. In de lagere echelons heeft de huisarts het weer over patiënten en de overigen (maatschappelijk werk bijv.) over cliënten. De termen worden in deze tekst naast elkaar gebruikt en aangepast aan het spraakgebruik van de betrokken hulpverleners.

<sup>3</sup> F.J.A. Huygen, *Bijdrage aan symposium over wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn*; Tilburg, 8 mei 1981.

<sup>4</sup> Dit cijfer is ontleend aan de Nota Patiëntenbeleid; Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 771, nr. 2, blz. 6-7.

van de bevolking boven de 16 jaar voor hulp in de psychosociale sfeer in aanmerking lijkt te komen<sup>5</sup>. Hoewel de feitelijke toename van psychosociale problemen moeilijk is vast te stellen, is het wel duidelijk dat zij zich meer manifesteren dan vroeger. Dit kan men ook afleiden uit het gebruik van bestaande dienstverlening en de voortdurende uitbreiding daarvan met nieuwe vormen. Uit onderzoek blijkt dat er een gestaag groeiende cliëntenstroom is<sup>6</sup>. Het is verklaarbaar dat problemen pas aan de oppervlakte komen als zich nieuwe behandelingsmethoden aandienen waarvan men, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde, betere resultaten verwacht. In die zin roept het aanbod altijd de vraag op. Terwijl de vraag naar geestelijke gezondheidszorg groeit, is de doelstelling van het beleid om de intramurale zorg af te remmen. Beide tendensen doen de vraag naar extramurale zorg toenemen.

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg kan omschreven worden in termen van individuele behoeften, maar daarnaast is er een vraag vanuit de maatschappij om beschermd te worden tegen storend gedrag. Met name de intramurale zorg heeft vanouds die maatschappelijke functie. Momenteel keren patiënten in grotere getale dan voorheen terug in de maatschappij of worden daar zelfs niet zo gemakkelijk meer uit verwijderd. De maatschappij kan daar verschillend op reageren.

In de eerste helft van deze paragraaf zal nagegaan worden in hoeverre de beweging vanuit de psychiatrische inrichtingen terug naar de maatschappij al vorm heeft gekregen en welke vraag naar extramurale zorg deze beweging oproept. De tweede helft van de paragraaf gaat in op veranderingen in de privésfeer en arbeids sfeer die gerelateerd kunnen worden aan toeneming van de vraag als zodanig.

#### 4.2.2 Verschuivingen in de vraag naar zorg

Na 1972 is het aantal ontslagen van patiënten in inrichtingen hoger dan het aantal opnamen. Hoewel het aantal opnamen sinds 1967 sterk is gestegen, steeg het aantal ontslagen meer.

**Tabel 4.3 Aantal opnamen en ontslagen, 1967, 1972 en 1977<sup>a)</sup> en 1980<sup>b)</sup>**

Jaar	Opnamen	Ontslagen Excl. overlijden
1967	11.596	9.927
1972	14.882	13.446
1977	19.321	18.461
1980	24.390	24.221

Bron: — Vereniging Nationale Ziekenhuisraad/Staats toezicht op de Volksgezondheid, *Patiëntenregistratie Psychiatrische Instituten, 1977*; Leidschendam, 1977, tabel II.

— F. de Haen, op. cit., 1982.

a) De tabel heeft betrekking op: de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische universiteitsklinieken, de TBR-inrichtingen en 7 (van de ? 70) verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden.

b) Idem zonder de verpleeghuizen.

<sup>5</sup> R.E. Offerhaus, 'Van probleem tot psychiatrie'; *Medisch Contact*, 1978, 33e jaargang nr. 39 t/m 45, blz. 1201 e.v.

<sup>6</sup> T. van der Grinten en G.H. Klijnsma, *Uitbreiding van de extramurale geestelijke gezondheidszorg; een verkenning naar de mogelijkheden en wenselijkheden van de werkgelegenheidscreatie in de extramurale geestelijke gezondheidszorg*; Utrecht, NCGV, 1978.

Eind 1969 was in ons land slechts 20% van de patiënten korter dan een jaar opgenomen tegen 34% in Zweden en 30% in Tsjechoslowakije<sup>7</sup>. In 1977 is de situatie al drastisch gewijzigd en in 1980 is de trend nog iets versterkt (zie tabel 4.4). Er zijn wel grote verschillen tussen de typen inrichtingen. Zowel absoluut als relatief bevinden de patiënten met lange verblijfsduur zich vooral in algemene psychiatrische ziekenhuizen en de psycho-geriatrische verpleeghuizen. In relatieve aantallen wordt ook in kinder-, jeugd- en TBR-inrichtingen lang verbleven. In de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen daarentegen is het percentage patiënten met een verblijfsduur langer dan een jaar zeer gering.

**Tabel 4.4 In 1980 ontslagen patiënten en patiënten langer dan 1 jaar in behandeling op 31 december 1980 in de intramurale geestelijke gezondheidszorg.**

	Ontslagen in 1980 <sup>1</sup>	Verblijf 1 jaar op 31-12-1980 <sup>2</sup>	(2) in pro- centen van (1)
Algemene psychi- atrische zieken- huizen	21.206	14.484	68
Verpleeghuizen psycho-geriatrie	8.084	11.000 <sup>a)</sup>	136
Kinder- en jeugd- inrichtingen	187	170	91
TBR	405	211	52
Psychiatrische universiteitskli- nieken	2.610	17	0,7
Verslaving	3.661	21	0,6
Psychiatrische afdelingen alge- mene ziekenhuizen	17.000 <sup>a)</sup>	30 <sup>a)</sup>	0,2
Overige	845	61	7
Totaal 1980	54.000 <sup>a)</sup>	26.000 <sup>a)</sup>	48
Ter vergelijking totaal 1977	46.000 <sup>a)</sup>	24.000 <sup>a)</sup>	53

Bronnen: F. de Haen, op. cit., 1977, blz. 7; F. de Haen, op. cit., 1982.

a) Deze cijfers zijn schattingen.

Ook patiënten opgenomen met zeer ernstige ziekteverschijnselen verblijven over het algemeen korter in psychiatrische ziekenhuizen dan voor 1970 het geval was. Dat betekent niet zonder meer dat zij worden genezen, maar dat zij in een dusdanige toestand worden gebracht, dat verondersteld mag worden dat zij zich voorlopig in de maatschappij kunnen handhaven. Bij de grootste groep onder hen, de patiënten met de diagnose schizofrenie, verloopt het ziektebeeld over het algemeen zo dat zij afwisselend in de maatschappij en het ziekenhuis verblijven. Bij ernstige psychotische toestand worden zij opgenomen, na behandeling kunnen zij soms weer terugkomen in de maatschappij tot een mogelijk volgende inzinking. Kortere verblijfsduur gaat dan gepaard met een groter aantal

<sup>7</sup> Visiecommissie, *Van probleem tot psychiatrie*; Noordwijkerhout, Stichting Centrum St. Bavo, 1978, blz. 164.

heropnamen, omdat de ex-patiënt zich - zelfs met extramurale begeleiding — in de maatschappij niet kan handhaven. Heropnamen worden evenwel niet of niet systematisch geregistreerd. Uit een onderzoek in een gemeente in het noorden des lands bleek dat 1 op de 10 patiënten binnen een maand opnieuw werd opgenomen en 1 op de 5 binnen drie maanden<sup>8</sup>.

Resocialisatie vergt gedeeltelijk een andere wijze van aankijken tegen de patiënt dan bij therapie: het gaat dan niet zozeer om wat de patiënt niet kan, maar wat hij wel kan. Resocialisatieprogramma's zijn bovendien gericht op het aanleren van sociale vaardigheden die de betrokkene door zijn verblijf in de inrichting heeft verloren. Omgaan met geld, hygiëne en het herwinnen van eigen privacy zijn veelal de belangrijkste. Uit onderzoek blijkt overigens, dat de kans op heropname weliswaar samenhangt met de tijdsduur dat men in een inrichting heeft gezeten, maar sterker nog met de tijd dat men erin slaagt er buiten te blijven<sup>9</sup>.

Een lange verblijfsduur in een inrichting kan op een bepaalde wijze resocialisatie bemoeilijken en daardoor aanleiding zijn tot heropname. Voor patiënten met een gezin gaat het erom zich weer in te passen in het gezin. Dat kan bij langdurige afwezigheid van de patiënt ingrijpend veranderd zijn; zijn rol is door gezinsleden overgenomen en hij heeft niet langer een plaats. In steeds sterkere mate wordt in de geestelijke gezondheidszorg ervaren dat het niet alleen de patiënt in kwestie is die zorg behoeft, maar daarnaast ook zijn omgeving. Het samenspel tussen de direct betrokkene en zijn directe omgeving is inzet van diverse extramurale therapievormen. De intramurale zorg vormt juist door het verbreken van het primaire groepsverband een extra probleem. Anderzijds is het ook vaak onder druk van de directe omgeving dat een patiënt wordt opgenomen, vooral wanneer zijn gezin de situatie niet langer aankan. Naast de gezinssituatie spelen nog andere factoren een rol. Door langdurig verblijf in een inrichting kan men gemakkelijk zijn baan verliezen en een alleenstaande bovendien zijn kamer of woning. Naast de problemen die hernieuwde acceptatie door de maatschappij met zich meebrengt, zijn er dan ook een aantal essentiële materiële problemen op te lossen. In de periode na de Tweede Wereldoorlog, die gekenmerkt werd door een ruime werkgelegenheid, verliep de rehabilitatie van de psychiatrische patiënt gemakkelijker<sup>10</sup>. In de huidige periode met krappe werkgelegenheid zijn de moeilijkheden voor de ex-psychiatrische patiënten groter. De opname leidt tot een breuk tussen de patiënt en zijn werkomgeving. Anderzijds is het vaak ook weer deze werkomgeving die hem als storend ervaart en uitstoot. De behoefte aan intramurale zorg komt steeds ten dele voort uit de behoeften van het individu en ten dele uit de behoeften van zijn omgeving, de directe zowel als de wijdere.

Voor rust en orde in de maatschappij maakt het verschil of men te maken krijgt met groepen die als het ware tegen de maatschappij rebelleren of met groepen die die bedoeling in het geheel niet hebben. Maatschappelijk zeer problematisch zijn met name patiënten met delinquent gedrag. Ook deze groep keert thans in meerdere mate terug in de maatschappij dan voorheen. Delinquent gedrag komt vooral voor onder jongens en mannen en veel minder onder meisjes en vrouwen hoewel hier enige verschuiving in lijkt te komen. Deze maatschappelijk rebellerende groep is vrij jong en vooreerst nog overwegend mannelijk. Een andere groep die in meerdere mate in de maatschappij terugkeert is, zoals we gezien hebben die, welke tot op heden het patiëntenbestand van de psychiatrische inrichtingen uitmaakte. Oorspronkelijk was er hierbij een

<sup>8</sup> G.H.M.M. ten Horn, 'Wat gebeurt er na een korte psychiatrische opname'; *Tijdschrift voor psychiatrie*, september 1976, 18e jaargang nr. 9, blz. 632 e.v.

<sup>9</sup> Visiecommissie St. Bavo, op. cit., blz. 181.

<sup>10</sup> Ibid., blz. 186.

overschot aan vrouwen maar het verschil tussen man en vrouw is inmiddels verdwenen, omdat voor mannen het aantal opnamen in psychiatrische inrichtingen het meest stijgt<sup>11</sup>.

Uit een studie van Haveman blijkt dat een eenmaal opgenomen oudere patiënt grote kans heeft op langdurig verblijf in een inrichting<sup>12</sup>. Voor een deel van hen kan de gediagnosticeerde dementie waarschijnlijk worden toegeschreven aan gewone ouderdomsverschijnselen. Maar zelfs de bejaarden die zijn opgenomen in een toestand van grote verwarring na een traumatische ervaring, zoals het overlijden van hun partner, kunnen naderhand geestelijk voldoende gezond blijken voor een verblijf in de maatschappij. De terugkeer is dan echter — zeker bij degenen die hun partner hebben verloren — veelal geblokkeerd door gebrek aan extramurale verzorging. Ook zal een bejaardentehuis hen minder gemakkelijk opnemen omdat zij door het verblijf in de psychiatrische inrichting gestigmatiseerd zijn.

Concluderend kan gesteld worden dat de terugkeer van de patiënt in de maatschappij voorlopig vooral jongeren zal betreffen. Voor hen, maar ook voor de bejaarden, moet meer beroep gedaan worden op de extramurale zorg, om hun uitstoting uit de maatschappij tegen te gaan. Vooral de opvang van delinquenten zal door de stigmatisering door de maatschappij moeilijkheden opleveren.

#### 4.2.3 *Veranderingen in de privésfeer en de arbeidsfeer met betrekking tot geestelijke gezondheid*

##### *Enige maatschappelijke trends*

Vanaf de Franse revolutie heeft onze cultuur in het teken gestaan van vrijheid en gelijkheid, waarbij in de 19de eeuw de nadruk viel op vrijheid en in de 20ste eeuw meer op gelijkheid. Meer vrijheid en gelijkheid zijn mede gerealiseerd door de industrialisering, die de welvaart van velen deed toenemen. Anderzijds bracht deze de rationalisatie en bureaucratisering van het leven mee, die een gevolg zijn van de industriële produktiewijze en de massaliteit van de voorzieningen, en die leidden tot grotere discipline en reglementering, tot verzakelijking van persoonlijke betrekkingen en aantasting van de persoonlijke sfeer. Waarschijnlijk liggen hierin de belangrijkste oorzaken van de gevoelens van frustratie en vervreemding die zich van zo velen in onze samenleving lijken te hebben meester gemaakt<sup>13</sup>.

Gelijkheid ging onder andere betekenen dat geboorte en afkomst als beginsel van stratificatie werden vervangen door gelijke kansen voor iedereen. Verworven status wordt belangrijker dan toegeschreven status. In de praktijk betekent dit dat het prestatiebeginsel een grote plaats heeft gekregen, dit kan echter voor sommigen een ernstige onzekerheid betekenen. Voorts spiegelt het beginsel van gelijke kansen voor iedereen vaak mogelijkheden tot sociale stijging voor, die illusoir zijn.

De vrijheid uit zich onder andere als het losser worden van bindingen; territoriale, familiale, religieuze bindingen zijn in betekenis verzwakt of zelfs is de betekenis geheel verloren gegaan. Er is een grote groep personen, die op het eigen kleine privéwereldje moet steunen en dit niet meer weet te plaatsen binnen een grotere als eigen ervaren kring. Vrijheid, gelijkheid, en het wegvallen van normatieve en sociale integratiekaders hebben consequenties voor de wijze waarop mensen zich ten opzichte van elkaar gedragen. Deze weerspiegelt zich in de wetenschap van de psychologie die op zich dit gedrag dan ook weer beïnvloedt.

<sup>11</sup> Ibid., blz. 169.

<sup>12</sup> M.J. Haveman, 'Nieuwe langblijvers in psychiatrische ziekenhuizen'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, augustus 1980, 35e jaargang nr. 8.

<sup>13</sup> J.M.M. de Valk, 'Tendensen'; in: *Eindverslag congres 'welzijn op termijn'*, 's-Gravenhage, Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, 1978, blz. 75-76.

De 19e eeuw zag het ontstaan van de psychologie parallel aan het opkomen van de idee dat de persoonlijkheid per individu verschilt en uitdrukking is van het eigen innerlijk, waar men voordien slechts een 'menselijke natuur' had onderkend. Thans wordt met name in de privésfeer maar ook meer en meer in de arbeidssfeer de mens als individu gewaardeerd<sup>14</sup>. Men vraagt aandacht voor de eigen persoonlijkheid, in het bijzonder het eigen gevoelsleven, en de mogelijkheid om dit tot uitdrukking te brengen in de relatie met een levenspartner. De een verwacht dat de ander belangstelling voor zijn innerlijke roerselen kan opbrengen en daarmee rekening houdt. Daar komt bij dat de tweede helft van de 20e eeuw verandering heeft gebracht in tal van hiërarchische verhoudingen, ouderen en jongeren, mannen en vrouwen, bazen en ondergeschikten. De grotere gelijkheid versterkt de noodzaak om een ander als mens, dat wil zeggen rekening houdend met de eigen geaardheid van zijn persoon, te behandelen. Mensen die vroeger hun wil konden opleggen en mensen die vroeger slechts hadden te gehoorzamen, moeten nu met elkaar onderhandelen. Geëigende gedragscodes, zoals die in de 18e en 19e eeuw bestonden, ontbreken nog. Daarbij wordt de hele persoonlijkheid tot inzet van de relatie gemaakt. Het is niet mogelijk de eigen betrokkenheid te relativeren en toch de relatie ernstig te blijven opvatten; met andere woorden het spelelement (Huizinga) is geheel afwezig<sup>15</sup>. Men presenteert zich zelf als persoon en probeert de ander als persoon te zien en daarmee de grenzen van de rol die men op dat ogenblik vervult, te overschrijden. Dit kan enerzijds een verrijking van de relatie zijn maar anderzijds een bron van veel spanningen.

In de privésfeer leiden deze spanningen gemakkelijker dan voorheen tot het verbreken van de relatie, resulterend in scheiding tussen partners. Er is veel minder financiële noodzaak om bij elkaar te blijven; de Bijstand vangt de grootste financiële problemen op. De scheiding op zich leidt echter tot psychische (en materiële) nood die verder reikt dan de boven omschreven relatieproblemen en die zich kan uiten in een groter beroep op diverse vormen van hulpverlening. Ook kan de nood — met name bij kinderen en jongeren — leiden tot maatschappelijk dusdanig afwijkend gedrag dat de maatschappij daarop reageert met uitstoting. Dit verergert dan weer de problemen voor het individu, die zo terecht komt in een vicieuze cirkel.

Er is geen aanwijzing dat de pre-occupatie met het gevoelsleven, de persoonlijke ontplooiing in tussenmenselijke relaties, zich in de naaste toekomst niet zal voortzetten<sup>16</sup>. Integendeel, huidige sociale bewegingen (zoals stromingen in het feminisme) leggen hier grote nadruk op. In verband daarmee zal ook de hieraan inherente psycho-sociale problematiek toenemen.

Daarnaast zijn er demografische en economische trends die doen vrezen voor een groei van het aantal psychische noden en een groter beroep op de hulpverlening.

De toenemende vergrijzing van de samenleving houdt in dat een groter aantal mensen moet leren leven met de problemen van de oude dag en met het verlies van partner en vrienden.

De slechte economische situatie brengt steeds meer mensen in een toestand van inactiviteit en een gevoel van nutteloosheid. De uitstoot uit het werk heeft bovendien voor een niet onbelangrijk deel psychisch ziektegedrag tot gevolg.

<sup>14</sup> R. Sennett, *The fall of public man*; Cambridge-London-Melbourne, Cambridge University Press, 1976, blz. 4. Ook de boutades van Lasch over de hedendaagse narcistische persoonlijkheid zijn welbekend.

<sup>15</sup> *Ibid.*, blz. 317 e.v..

<sup>16</sup> Yankelovich wijst op de mogelijkheid van kentering in het zoeken naar wat hij noemt 'self-fulfilment' maar vooreerst is er weinig reden te veronderstellen dat hiermee ook de hulpvraag zal afnemen.

B. Yankelovich, *New rules rearching for selffulfilment in a world turned upside down*; New-York, Random House, 1981.

### De privésfeer

#### Gezins- en samenwoningsvormen

De kans dat een bestaand huwelijk eindigt door echtscheiding neemt toe van 1 op 5 in 1975 tot 1 op 3 in 2000. Weliswaar zullen velen hertrouwen, maar het kan haast niet anders of het aantal alleenstaanden zal toenemen<sup>17</sup>. Er is over de laatste decennia een toenemende samenhang te constateren tussen huwelijkstevredenheid en een algemeen gevoel van geluk<sup>18</sup>. Mensen die geen partner hebben, met name verzuimde en gescheiden personen, voelen zich vaker eenzaam dan mensen die met een partner samenleven<sup>19</sup>. In vergelijking tot gescheidenen en verzuimden blijken gehuwden en ongehuwden psychisch gezonder te zijn zoals te zien is in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Aantal opnamen per 100.000 personen van dezelfde burgerlijke staat en hetzelfde geslacht, 1974

Burgerlijke staat	mannen	vrouwen	totaal
gehuwd	107,8	126,5	117,1
gescheiden	1.049,8	645,7	809,8
weduwnaar/weduwe	289,1	232,0	244,3
ongehuwd	121,6	90,6	107,0
totaal	128,8	128,1	128,4

Bron: Visiecommissie, *Van probleem tot psychiatrie*; Noordwijkerhout, Stichting Centrum St. Bavo, 1978, blz. 157, tabel 3.

Niettemin geven het huwelijk en het gezin als samenlevingsvorm ook zelf problemen. Het gezin heeft functies afgestoten naar andere instituties binnen de maatschappij. De functie die overgebleven is, is die van het bieden van emotionele geborgenheid, maar daar verwacht men dan ook alles van. Er worden (te) hoge eisen aan de betrokkenen gesteld. Daar komt nog bij dat de partner die thuis blijft – de vrouw meestal – weinig uitwijkmogelijkheden heeft. De Jong-Gierveld merkte in haar onderzoek bij 300 gehuwden en 300 ongehuwden in Amsterdam dat getrouwd zijn de betreffende mannen zeer tevreden stemt, terwijl getrouwde vrouwen veelvuldiger uiting geven aan gevoelens van eenzaamheid en opgesloten zijn in hun gezin<sup>20</sup>. De situatie wordt problematisch zodra de kinderen het huis uit zijn en men weer met zijn tweeën is. Deze situatie doet zich veel eerder voor dan vroeger. Ook lichamelijk bevindt de vrouw zich dan vaak in een overgang. In extreme vorm uit zich dit in ziektegedrag waarbij de betrokkene wordt opgenomen. Voor vrouwen geldt dat het op een na hoogste aantal opnamen zich voordoet in de periode tussen de 45 en 55 jaar. (Het hoogste aantal opnamen komt voor na het 75e levensjaar. Zie tabel 4.9).

Twee recente verschijnselen kan men onder andere beschouwen als het zoeken naar soelaas voor de problemen die het huwelijk oplevert. Het eerste is de emancipatie van de vrouw, die de vrouw meer eigen levensruimte biedt, zij het dat de bestaande rolverdeling tussen man en vrouw vaak nog onveranderd blijft. Het andere is de vervanging van het

<sup>17</sup> WRR, *De komende vijftig jaar; Een toekomstverkenning voor Nederland*; Rapporten aan de Regering nr. 15, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 65-66.

<sup>18</sup> R. Veenhoven, *Psychological differentiation and the rise of the modern family*; Rotterdam, Preliminary draft, 1978.

<sup>19</sup> J. de Jong-Gierveld, 'Het missen van bepaalde relaties en eenzaamheid'; *Relaties; over de gevolgen van een nieuwe moraal*, Nijkerk, Intro, 1980, blz. 56.

<sup>20</sup> J. de Jong-Gierveld, *De ongehuwden; Een sociologisch onderzoek naar de levensomstandigheden van ongehuwde mannen en vrouwen tussen 30 en 55 jaar, wonende te Amsterdam*; Alphen aan de Rijn, Samsom, 1969.



huwelijk door een niet of minder geformaliseerde verbintenis (in 1977 in verhouding tot het aantal echtparen overigens niet veel meer dan 2%<sup>21</sup>). Bij geen van beide lijkt er echter veel verandering te komen in de verwachtingen die men heeft en de eisen die men stelt aan de emotioneel-affectieve relatie. Het uiteengaan na jaren van samenwonen blijkt een bijna even grote crisis te zijn als het ontbinden van een huwelijk. Kan men in de privésfeer ook nog steun en hulp voor dit soort problemen vinden, bij familie en vrienden? Deze hulp is er ongetwijfeld zij het dat er geen inzicht bestaat in aard, omvang en uitwerking daarvan<sup>22</sup>.

De instabiliteit van vele hedendaagse gezinnen wordt nog gecompliceerd door een veranderende houding ten opzichte van de kinderen. Het afzwakken van de autoritaire verhoudingen en de grotere openheid tussen ouders en kinderen geeft ongetwijfeld vaak grotere ont-plooiingsmogelijkheden voor de kinderen maar leidt ook nogal eens tot meer onzekerheid en soms tot een zodanige belasting van de ouders dat deze de verantwoordelijkheid afschuiven. Het hoeft hierbij niet te gaan om een permanente situatie, maar het kan ook de wens zijn een tijdelijke adempauze te hebben. Terwijl het aantal ontzettingen en ontheffingen uit de ouderlijke macht met vaak gedwongen uithuisplaatsing is afgenomen, neemt het aantal vrijwillige uithuisplaatsingen en verzoeken voor een tijdelijke opvang toe, zonder dat hieraan overigens voldoende voldaan kan worden bij gebrek aan plaatsingsmogelijkheden<sup>23</sup>.

Een dergelijke instabiele situatie kan gemakkelijk leiden tot afwijkend gedrag van de kinderen, waarbij de ouders ertoe kunnen komen hun kinderen als het ware in te leveren bij de hulpverlening. Dit verschijnsel is tamelijk milieugebonden en komt vooral voor bij de sociaal-economisch gezien lagere bevolkingsgroepen<sup>24</sup>.

Problematische gezinssituaties kunnen evenzeer leiden tot afwijkend gedrag van de ouders. Bij een onderzoek in 1970 kreeg men het vermoeden dat ongeveer 12.000 kinderen per jaar bloot staan aan min of meer ernstige vormen van mishandeling<sup>25</sup>. Aangezien het fenomeen nog steeds sterk in de taboesfeer ligt kunnen de werkelijke aantallen veel hoger zijn.

Sinds 1971 is het aantal echtparen zonder kinderen overigens toegenomen, vermoedelijk minder uit hoofde van een keuze tegen kinderen als wel van een keuze van de vrouw om zich meer te kunnen ontplooien. In gezinnen met kinderen waar de vrouw wil werken of een andere drukke bezigheid buitenshuis ambieert, komt dit veelal neer op een dubbele taak, aangezien een rolwisseling tussen man en vrouw tot de zeldzaamheden behoort. Dit geeft ongetwijfeld een extra belasting voor de vrouw.

**Tabel 4.6 Echtparen met kinderen, echtparen zonder kinderen, 1971 en 1977**

	1971 absoluut	%	1977 absoluut	%
Echtparen met kinderen	2.160.000	69	2.249.000	65
Echtparen zonder kinderen	926.000	31	1.176.000	35
<b>Totaal</b>	<b>3.086.000</b>	<b>100</b>	<b>3.425.000</b>	<b>100</b>

Bron: CBS, *Sociale maandstatistiek november 1980*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, 28e jaargang nr. 11, blz. 93, tabel 10.

<sup>21</sup> CBS, *Sociale Maandstatistiek november 1980*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, 28e jaargang nr. 11, blz. 92, tabel 9.

<sup>22</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1980*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 24.

<sup>23</sup> Mondelinge informatie Pleeggezincentrales.

<sup>24</sup> R. Lago-Kiemeney en F. van den Rijdt: 'Groepswerk met kinderen'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3 maart 1976, 31e jaargang nr. 3, blz. 141-150.

<sup>25</sup> Jubileumcongres Vereniging ter bestrijding van Kindermishandeling, 26 september 1980, 's-Gravenhage.

### *Eén-oudergezinnen, nieuwe partners en stiefouders*

Ten gevolge van het toenemend aantal scheidingen stijgt het aantal één-oudergezinnen (zie tabel 4.7).

**Tabel 4.7 Eén-oudergezinnen met gezinshoofd jonger dan 50 jaar, 1971 en 1977**

Gezinshoofd	1971	%	1977	%
	absoluut		absoluut	
man	14.000	13	22.000	14
vrouw	95.000	87	122.000	86
<b>totaal</b>	<b>109.000</b>	<b>100</b>	<b>144.000</b>	<b>100</b>

Bron: CBS, op.cit., tabel 14.

Uit het Bavo-onderzoek blijkt dat het percentage partnerlozen dat problemen heeft met betrekking tot de kinderen drie maal zo groot is als bij mensen met een partner<sup>26</sup>. Daarnaast heeft men nog zijn eigen problemen met de verwerking van de scheiding of het overlijden van de partner en de eenzaamheidsgevoelens die eigen zijn aan mensen zonder partner. De situatie waarin één-oudergezinnen verkeren, wordt gecompliceerd door praktische problemen van gezinsverzorging, waarbij naar verhouding mannen met kinderen gemakkelijker hulp krijgen van hulpinstanties dan vrouwen die in dezelfde situatie verkeren<sup>27</sup>.

In de periode na de scheiding hebben kinderen nogal eens te maken met tijdelijke partners van hun moeder of vader, een situatie die kan resulteren in een opvolgend huwelijk. Dit kan voor alle betrokkenen een bevredigende situatie zijn, maar het kan ook extra problemen geven. Een aanzienlijk aantal gevallen van weglopen van huis en vrijwillige uithuisplaatsing is op een dergelijke situatie terug te voeren<sup>28</sup>.

### *Eén-persoonshuishoudens*

Het aantal één-persoonshuishoudens is sinds 1971 gestegen (zie tabel 4.8). Er zijn meer alleenwonende ongehuwden, onder andere doordat jongeren vroeger uit huis gaan. Het aantal gescheidenen is toegenomen. De periode van scheiding van tafel en bed is echter verkort (de categorie gehuwd en toch alleenwonend). De toenemende vergrijzing uit zich vooral in een groot aantal oudere vrouwen, dat achterblijft na het overlijden van hun echtgenoot. Het aantal alleenstaande vrouwen is al vanaf vijftig jaar aanzienlijk. Ouderen zullen minder gemakkelijk een nieuwe partner vinden.

<sup>26</sup> Visiecommissie St. Bavo, op. cit., blz. 50 van de bijlagen.

<sup>27</sup> Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, *Huishouden in Holland*; 's-Gravenhage, Nimawo, 1980, blz. 58.

<sup>28</sup> Mondelinge informatie Pleeggezincentrales.

**Tabel 4.8 Eén-persoonshuishoudens naar burgerlijke staat, 1971 en 1977**

	1971	1977
ongetrouwd	306.000	378.000
getrouwd (gescheiden van tafel en bed)	68.000	12.000
gescheiden	43.000	62.000
widuwstaat	283.000	392.000
alleenstaande vrouwen 50 jaar	320.000	441.000
<b>totaal</b>	<b>700.000</b>	<b>843.000</b>

Bron: CBS, op.cit., blz. 93, tabel 13 en blz. 94, tabel 15.

Uit een CBS-onderzoek blijkt dat 45% van de ondervraagde alleenstaanden in de voorafgaande 2 à 3 jaar problemen heeft gehad in verband met het alleenstaand zijn<sup>29</sup>. Van deze groep heeft bijna een kwart de professionele zorg ingeschakeld. Voor de alleenwonende ongehuwden is het ongehuwd zijn vaak een problematische levenssituatie, aldus De Jong-Gierveld, met veel gevoelens van eenzaamheid zowel bij mannen als bij vrouwen<sup>30</sup>. Zij geeft aan dat dit het sterkst spreekt bij mannen, waarbij ze vooral ook duidt op de uitzonderlijk problematische situatie voor homoseksuele mannen.

Op jonge leeftijd bleek men vooral een partner te missen; op oudere leeftijd stelde men het belang van echte vrienden op de voorgrond. Het feit dat ongetrouwd — vooral ongetrouwde mannen — veel contacten hebben, vult een dergelijk gemis niet op. De Emancipatie-Kommissie heeft met name een lans gebroken voor de ongetrouwde oudere werkende vrouw die kampt met de handicaps van haar burgerlijke staat, leeftijd en minder gunstige werksituatie<sup>31</sup>. Toch leidt de problematische situatie van de ongetrouwde niet tot een groter aantal opnamen zoals tabel 4.5 liet zien.

Scheiding en psychische ziekte zijn gezien de opname-aantallen kennelijk sterk verweven. Hier is oorzaak en gevolg niet eenduidig. Opvallend is het aantal verslaafde mannen onder de gescheidenen (in 1974 van de 100.000 gescheiden mannen 265 opgenomen wegens verslaving; van de 100.000 gescheiden vrouwen 35)<sup>32</sup>. In hoeverre verslaving volgt op scheiding of scheiding juist het gevolg is van verslaving is niet bekend. In ieder geval vormt de verslaafde een ernstig probleem voor partner en kinderen vooral bij agressief gedrag en mishandeling.

Overlijden van de partner is een traumatische ervaring die zich uit in hogere opnamecijfers. Ook hier is oorzaak en gevolg niet eenduidig. De ziekte kan veroorzaakt worden door de ervaring maar er kan ook sprake zijn van een ziekte die tijdens het leven van de partner niet resulteerde in opname omdat deze partner de nodige zorg verleende. Het verschil tussen mannen en vrouwen is opvallend. Bij bejaarde verweduwd mannen is er veelvuldiger sprake van een opname in verband met dementie (in 1974 van de 100.000 verweduwd mannen 135 opnamen) dan bij bejaarde

<sup>29</sup> CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1977*; deel 1, Kerncijfers, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978.

<sup>30</sup> J. de Jong-Gierveld, op. cit., 1969.

<sup>31</sup> Emancipatie-Kommissie, *Advies verbetering levensomstandigheden oudere ongetrouwde vrouw*; Rijswijk, 1979.

<sup>32</sup> Visiecommissie St. Bavo, op. cit., blz. 171, tabel 15.

verweduwde vrouwen (in 1974 van de 100.000 verweduwde vrouwen 82 opnamen)<sup>33</sup>.

Behalve op zeer hoge leeftijd is overigens de oude dag voor vrouwen belastender dan voor mannen gezien de opnamecijfers (zie tabel 4.9).

#### *De arbeidsfeer*

Voor mannen zowel als voor vrouwen geldt dat de grootste belasting in hun bestaan, die zelfs leidt tot een verhoogd aantal opnamen, ligt in de periode tussen de 35 en 55 jaar (en daarna boven de 75 jaar). Voor een deel zal deze psychische belasting toegeschreven kunnen worden aan de situatie op het werk of juist aan het ontbreken van werk.

**Tabel 4.9 Aantal opnamen per 100.000 personen van dezelfde leeftijdsklasse naar geslacht, 1974**

Leeftijdsklasse	mannen	vrouwen	totaal
0 – 14 jaar	0,7	0,8	0,7
15 – 19 jaar	64,0	46,4	55,4
20 – 24 jaar	188,8	131,9	160,9
25 – 34 jaar	199,1	167,3	183,8
35 – 44 jaar	213,1	204,2	208,7
45 – 54 jaar	181,1	212,3	197,0
55 – 64 jaar	152,3	176,6	165,1
65 – 69 jaar	135,7	182,2	161,3
70 – 74 jaar	157,0	178,9	169,5
75 +	263,4	256,5	259,3
totaal			
(incl. 0-14 jr.)	128,8	128,1	128,4
(excl. 0-14 jr.)	174,5	170,4	172,4

Bron: Visiecommissie St. Bavo, op.cit., blz. 156, tabel 2b.

In een eerder rapport van de Raad bleek dat er twee hoofdgroepen van oorzaken zijn, die in een bedrijf spanning veroorzaken, namelijk onzekerheid zoals bij dreigende bedrijfssluitingen en tegenstrijdigheid in rolverwachtingen<sup>34</sup>. De spanning behoeft niet zonder meer te leiden tot ziektegedrag. Mensen verschillen in de mate waarin zij spanning kunnen beheersen en te boven komen. Het zijn vooral middelgrote bedrijven die gekenmerkt worden door een relatief hoge werkbelasting en toekomstonzekerheid, veel rolconflict en weinig steun van de chef. Bij werknemers uit deze bedrijven constateert men meer psychische klachten, een hogere bloeddruk en een hoger cholesterolgehalte dan bij werknemers van bijvoorbeeld zeer grote bedrijven.

Er zijn verschillende manieren om de spanning zonder ziek te worden op te lossen, maar niet ieder heeft daar evenveel mogelijkheden toe. Ongeschoolden hebben over het algemeen weinig eigen handelingsruimte en bovendien een lage dunk van zich zelf. Zij verzinken gemakkelijk in een apathische rolvervulling. Een andere reactiemogelijkheid is die van opportunistische rolvervulling. De aspiraties worden daarbij verlegd van het werk naar de vrijetijdsbesteding.

Voor een deel leidt spanning echter tot ziekte. Over het algemeen blijken jongeren en vrouwen vaker maar wel korter te verzuimen, terwijl ouderen en mannen minder vaak maar wel langdurig verzuimen. Het langdurig verzuim wordt overigens grotendeels bepaald door objectieve fysieke aandoeningen. Niettemin kunnen betere fysieke werkomstandigheden maar een deel van de verschillen in het verzuim tussen bedrijven

<sup>33</sup> Ibid., blz. 171, tabel 15.

<sup>34</sup> WRR, *Vernieuwingen in het arbeidsbestel*; Rapporten aan de Regering nr. 21, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 136-140.

verklaren en moet 50 tot 80% van de verschillen in ziekteverzuim verklaard worden uit organisatiekenmerken. Het psychische aspect ook bij fysieke aandoeningen die leiden tot langdurig verzuim, kan dan ook niet ontkend worden.

Langdurige ziekte die overgaat in arbeidsongeschiktheid, komt in explosief groeiende mate voor. Een belangrijk aandeel daarvan vormt de diagnosecategorie psychische ziekten. Opvallend is dat deze categorie bij arbeidsongeschikte jongeren vrij groot is. Het zijn echter de ouderen bij wie zich veelal nog extra complicaties voordoen. Vaak verkeert de partner van de arbeidsongeschikte in een analoge situatie. Nieuwenburg en Siegers stellen dat de kans op arbeidsongeschiktheid (somatische en geestelijke) waarbij beide huwelijkspartners ongeschikt zijn, groter is naarmate de leeftijd hoger ligt en het opleidingsniveau lager<sup>35</sup>. Een opeenhoping van problematische situaties doet zich dan voor.

### 4.3 Ontwikkelingen in het aanbod

#### 4.3.1 Inleiding

Het zoeken naar nieuwe vormen van met elkaar omgaan heeft een nog steeds groeiende veelheid van vormen van hulpverlening doen ontstaan, binnen en buiten de gesubsidieerde welzijnszorg, die te boek staan als therapieën, cursussen, trainingen, praatgroepen, enzovoort. De populaire wetenschappelijke literatuur verspreidt de ideeën uit de geestelijke gezondheidszorg in snel tempo en ook andere media dragen daartoe bij. De popularisering van denkbeelden biedt mede een aangrijpingspunt voor onderling hulpverleners. Vaak is er geen scherpe grens te trekken tussen psychotherapie omschreven als de behandeling door een daartoe opgeleide deskundige en andere vormen van psychische hulpverlening<sup>36</sup>.

In deze paragraaf zal in 4.3.2 een overzicht gegeven worden van de voorzieningen in de extramurale geestelijke gezondheidszorg, geordend naar mate van specialisatie. Bij de opsomming wordt onderscheid gemaakt tussen voorzieningen die zich richten op het lenigen van nood en die bedoeld zijn als positieve gezondheidsbevordering. Het gebrek aan samenwerking tussen voorzieningen komt in 4.3.3 aan de orde en ook de oplossing die voor dit probleem gezocht wordt in de oprichting van Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. De financiering van de diverse voorzieningen is het onderwerp van 4.3.4. Hierbij zal de diversiteit van financieringsbronnen in vooral de eerste en nulde lijn aan de orde komen. Voor een regionaal samenwerkingsverband is een dergelijke diversiteit een hinderpaal. De laatste subparagraaf 4.3.5 behandelt de regionalisatie en de decentralisatie van het overheidsbeleid ten aanzien van het veld van extramurale geestelijke gezondheidszorg.

#### 4.3.2 De voorzieningen

##### *Semimuraal*

Beschermende woonvormen, ook wel psychiatrische tussenvoorzieningen genoemd, bieden een vorm van begeleide kamerbewoning voor mensen die zich op grond van een geestelijke stoornis nog niet of niet meer zonder hulp in de maatschappij kunnen handhaven<sup>37</sup>. Dit is in

<sup>35</sup> C. Nieuwenburg en J. Siegers, 'Arbeidsongeschiktheid bij gehuwden', *Economisch Statistische Berichten*, 22 juli 1981, 66e jaargang nr. 3314, blz. 700-703.

<sup>36</sup> C. Brinkgreve, J.H. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf; Sociologie van de psychotherapie 1*; Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1979, blz. 140.

<sup>37</sup> *Rapport van de Werkgroep Beschermende Woonvormen*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981. Uitgegeven voor het Ministerie van CRM en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

zekere zin intramurale zorg maar dan op kleine schaal en in een zo groot mogelijk direct contact met de maatschappij. Deze woonvormen bevinden zich dan ook vaak in de woonbuurten. Er bestaat een diversiteit van beschermende woonvormen met verschillende mate van psychiatrische begeleiding. Bij de lichtste begeleiding is het verschil met andere vormen van beschut wonen, die geen psychiatrische betekenis hebben, vrij klein. Onder dak brengen van psychiatrische (ex)patiënten gebeurt ook met behulp van alternatieve voorzieningen. Naast JAC, Release, Sosjale Joenit, zijn dat vooral de zogeheten wegloophuizen die met name bedoeld zijn voor psychiatrische patiënten<sup>38</sup>.

Dag-, avond- en nachtbehandeling houdt in dat de patiënt thuis woont en bijna dagelijks voor een dagdeel voor behandeling komt. Men onderscheidt secundaire en primaire behandeling waarbij de secundaire een overgang vormt van de inrichting naar de maatschappij en de primaire gericht is op die patiënten die niet (direct) uit een inrichting komen. De meeste psychiatrische ziekenhuizen hebben een vorm van secundaire dagbehandeling na afloop waarvan de nazorg veelal geboden wordt door de eigen polikliniek. De primaire behandeling daarentegen is nog in opkomst.

#### *Tweede lijn: de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*

Poliklinieken behoren bij een psychiatrisch ziekenhuis of bij een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. In 1920 ontstond de eerste buitendienst van een psychiatrisch ziekenhuis (een soort polikliniek) en daarna kwamen er tot de Tweede Wereldoorlog nog enige bij, die zich verzelfstandigden (los van het ziekenhuis) tot de huidige Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD). Pas na 1970 versnelde de ontwikkeling rond de poliklinieken zich in die mate dat nu bijna elke inrichting er een heeft. Inmiddels nam ook het aantal SPD's toe. Poliklinieken en SPD's vervullen gelijksoortige functies en ook is er niet veel verschil in behandeling, al maken de poliklinieken (meer) gebruik van medicijnen. Die gelijksoortigheid maakt dat zij zich als concurrenten op de markt van potentiële cliënten gedragen. Beide bieden zij nazorg aan patiënten die uit een inrichting worden ontslagen en daarnaast geven zij hulp aan cliënten met ernstige problemen, die moeilijk elders terecht kunnen. Per regio bestaan er afspraken tussen de SPD en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen voor korte opname van patiënten, onder andere in acute situaties of om de familie van de patiënt een tijdlang rust te gunnen (hotelfunctie)<sup>39</sup>. Een aantal SPD's heeft een Jeugd Psychiatrische Dienst. Sociaal Geriatrie Diensten zijn nog maar bij enkele SPD's in opkomst. Een zestal grote gemeenten heeft een gemeentelijke SPD.

Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB) waren van oorsprong (vanaf 1928) consultatiebureaus voor moeilijke kinderen<sup>40</sup>. Zij kregen vooral veel kinderen uit de kinderbeschermingshoek verwezen. Het medisch denkmodel stond - zoals de naamgeving laat zien - voorop. Intussen is de benadering van het MOB gewijzigd naar een meer sociaal denkmodel (het kind in relatie tot zijn omgeving). De MOB's behandelen gedragsmoeilijkheden en psychosomatische klachten van diverse zwaarte. De eerder genoemde Jeugd Psychiatrische Diensten zijn na 1931 vooral ontstaan als een reactie op de moeilijke bereikbaarheid van sommige MOB's in het verleden<sup>41</sup>.

<sup>38</sup> Werkgroep Tussenvoorzieningen, *Opzet en verloop van begeleide kamerbewoningsproject Stichting Stijn Buijsstraat, 1978 en 1979*; Nijmegen, 1980.

<sup>39</sup> T. van der Grinten, directeur NCGV, Utrecht, Mondelinge informatie.

<sup>40</sup> Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), *Kuratieve activiteiten op het MOB; eindnota van de werkgroep kwaliteitsbevordering*, Utrecht, NVAGG, 1980.

<sup>41</sup> Historische gegevens betreffende de instellingen van de AGGZ zijn ontleend aan: M.A.J. Romme, *Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg; een gids voor consument en hulpverlener*; Alphen aan de Rijn/Brussel, Samson, 1978, hoofdstuk 3.

Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen (LGV) kwamen sinds 1935 op vanuit de kerken als steun voor gezinnen bij (dreigende) werkloosheid<sup>42</sup>. Zij houden zich momenteel vooral bezig met gezins- en relatieproblemen. In vergelijking tot dagbehandeling, polikliniek, SPD en voor een deel ook MOB richten zij zich op cliënten met minder ernstige klachten. De bureaus doen soms ook aan preventie met name op het terrein van seksuele voorlichting en van persoonlijke relaties. Zij richten zich daarbij vooral op jonge volwassenen.

Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) ontstonden onder die naam in de tweede helft van de jaren zestig en dateren vooral van de laatste vijf jaar. Onder de oude naam, Instituten voor Medische Psychologie, bestonden zij al in de Tweede Wereldoorlog en dienden toen voor behandeling van oorlogsschokken. Nu richten zij zich op mensen met ernstige emotionele en relatieproblemen en geven over het algemeen langdurige behandelingen. Tevens fungeren de instituten als opleidingsinstituut voor psychotherapie<sup>43</sup>.

Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD) zijn ontstaan na de Tweede Wereldoorlog. Daarvoor waren er drankbestrijdingsverenigingen. De CAD's krijgen een specifiek soort cliënten dat gemakkelijk herkenbaar is. Verslaving is één van de criteria waarop bijna alle andere ambulante, semi- en intramurale instellingen cliënten afwijzen en doorverwijzen ook al erkent men dat verslaving een uiting is of kan zijn van een onderliggend probleem. Van de verwijzingen neemt justitie ongeveer de helft in beslag. De consultatiebureaus treden tevens op als reclasseringsinstelling<sup>44</sup>.

Vrijgevestigde psychiaters hebben naast hun eigen praktijk vaak een part-time werkverband met instellingen, zowel extramuraal als intramuraal. In hun eigen praktijk opereren zij los van andere extramuraalvoorzieningen in de tweede lijn. Zij krijgen hun patiënten op verwijzing van de huisarts. Het overgrote deel van hen zien zij kort op hun spreekuur eventueel met een aantal herhalingen. Aan een klein deel van hun patiënten geven zij psychotherapie.

### *Eerste lijn*

De huisarts en de wijkverpleging zijn op twee manieren in de extramuraal geestelijke gezondheidszorg van belang:

- als behandelaars;
- als belangrijkste verwijzers naar de tweede- en derdelijnsvoorzieningen.

Als behandelaars bieden zij mogelijk een vervanging voor die hulpverleningscontacten in de tweede lijn die weinig specialistisch zijn en kort duren. Voorts geven zij soms nazorg aan de minder problematische patiënten die ontslagen worden uit de psychiatrische inrichtingen.

Het algemeen maatschappelijk werk is in toenemende mate oog gaan krijgen voor psychische nood en heeft zich technieken eigen gemaakt ontleend aan de geestelijke gezondheidszorg, namelijk relatie-, gezins- en groepstherapieën en vooral ook behandeling van fobieën<sup>45</sup>. De hogere status van het therapeutische werk heeft soms zelfs een verschuiving ten nadele van de aandacht voor materiële noden bewerkstelligd. Recent is ook het maatschappelijk werk in het kader van de sociale bijstand zich om psychosociale problemen gaan bekommeren.

<sup>42</sup> NVAGG, *Het LGV-werk nu en in RIAGG-verband; Notà van de sectie LGV*; Utrecht, NVAGG, 1980.

<sup>43</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Eindrapport van de werkgroep Psychotherapie* (Commissie Verhagen); Leidschendam, 1980.

<sup>44</sup> F.F. van Ham, 'De ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland'; *Inzet-plus*, Speciale uitgave van het maandblad *Inzet* van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, voorjaar 1981.

<sup>45</sup> J. Beljon en K. Geelen, *Maatschappelijk werk in de eerste lijn*; Tilburg, IVA/Katholieke Hogeschool Tilburg, 1979.

Crisiscentra of crisisinterventiecentra bieden een eerste opvang in crisissituaties en vullen aldus een lacune in de zorgverlening, die anders wordt opgevuld door de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis of door het politiebureau met de daarbij behorende stigmatisering. Het onderscheid tussen crisiscentra die mensen in psychische nood opvangen en alle overige vormen van opvang in acute situaties — zoals Blijf-van-mijn-Lijfhuizen, tehuizen voor onthoemden, JAC, Release, Sosjale Joenit en dergelijke — is onder andere van belang in verband met de financiering (hierover nader in 4.3.4). Een crisiscentrum volledig bemand met een professionele staf is kostbaar. Er zijn er dan ook maar vier in Nederland. Een alternatief is een 7 x 24 uur bereikbare telefoondienst met een achterwacht die zo nodig de cliënt kan opzoeken — iets wat men niet bij alle centra doet. Een dergelijke 7 x 24 uren bereikbaarheid behoort tot het toekomstige takenpakket van de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg<sup>46</sup>. In grotere gemeenten wordt de functie momenteel vervuld door de GG en GD en wel met name in die gemeenten waar deze een SPD heeft.

### *Nulde lijn*

Vrijwilligers komen in de geestelijke gezondheidszorg in diverse vormen voor. Men moet hierbij onderscheid maken tussen die vrijwilligers die niet behoren tot dezelfde groepering als de hulpvrager en vrijwilligers bij wie dit wel het geval is. De laatsten ontlenu hun ervaring aan het feit dat zij in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben als de hulpvrager.

In het eerste geval (zorg voor anderen) is er nog verschil tussen de officiële hulpverlening en de alternatieve hulpverlening. Opvang in gezinnen komt voor in een officiële vorm (de therapeutische gezinsverpleging) en in een alternatieve vorm (in de opvanggezinnen aangesloten bij JAC, Release en dergelijke). Daarnaast heeft de alternatieve hulpverlening soms ook eigen huizen waar mensen gedurende enige tijd kunnen wonen zoals de Blijf-van-mijn-lijf-huizen, de wegloophuizen enzovoort. In dergelijke huizen worden door vrijwilligers allerlei diensten verleend, waarbij de bewoners in grote mate ingeschakeld worden. In de alternatieve hulpverlening meent men dat veel problemen waar de hulpvragers mee komen, veroorzaakt worden door het disfunctioneren van de maatschappij.

In die gevallen waarbij hulpgever en hulpvrager als het ware aan elkaar verwant zijn omdat de hulpverlener in een zelfde situatie verkeert of heeft verkeerd, spreekt men van zelfhulp. In de extramurale zorg bestaat een heel scala van zelfhulpgroepen<sup>47</sup>. Een aantal hiervan is niet zozeer gericht op de cliënten zelf maar op hun partner of ouders.

(Ex)patiënten groeperen zich soms in patiëntenbewegingen; dit geldt met name voor jongeren. De grootste vereniging van ex-psychiatrische en psychiatrische patiënten is de Cliëntenbond. Deze streeft naar acceptatie van de ex-patiënt in de maatschappij. De bond geeft ook adviezen voor de opvang van ex-patiënten met name aan de alternatieve hulpverlening. In het beleid van de overheid en de Ziekenfondsraad wordt hij nogal eens gehoord. De Cliëntenbond richt zich voor een belangrijk deel op veranderingen in de intramurale zorg. Hij sluit dan aan bij een stroming binnen de psychiatrie, die streeft naar een afbreken van grootschalige en vooral gesloten inrichtingen. Deze stroming richt zich ook tegen een louter medisch-technische aanpak. Overigens is men inmiddels in veel inrichtingen bezig met veranderingen die aansluiten bij de ideeën van deze beweging.

<sup>46</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Rapport van de werkgroep Regionalisatie van de Gemengde commissie voor de Ambulante geestelijke Gezondheidszorg* (Commissie van Londen); Leidschendam, 1979.

<sup>47</sup> L. Hoekendijk, *Werkboek Zelfhulp*; Bussum, Landelijke Stichting Werkwinkel, 1979.



Uit het voorgaande overzicht blijkt dat er elkaar overlappende voorzieningen bestaan. Een globale indeling van de voorzieningen naar zwaarte van de stoornis van de patiënten levert het volgende beeld. Voor ernstige of chronische patiënten bestaan naast inrichtingen nu ook de dag-, avond en nachtbehandeling en de beschutte woonvormen. (Beide vallen bovendien binnen de 'beddennorm' van de psychiatrische ziekenhuizen. Er is dus sprake van substitutie. Bij de overige voorzieningen gelden dergelijke substituties niet.) Nazorg voor ex-patiënten uit inrichtingen wordt geboden door de eigen poliklinieken en door de SPD's. In een aantal gevallen functioneren beschermende woonvormen, zowel de officiële als de alternatieve, als sluis die terugvoert naar de maatschappij. Ook gezinsverpleging heeft soms die functie. Langdurige extramurale behandelingen kan men ontvangen bij de poliklinieken, de vrij gevestigde psychiaters, de IMP's, de SPD's en de MOB's. Kort durende behandelingen en ongedifferentieerde aanmeldingen worden opgevangen door SPD, MOB en LGV, de huisarts, het maatschappelijk werk, terwijl er voor acute situaties crisisinterventie en andere crisisopvang (vrijwillige) is.

Naast de bovenstaande curatieve voorzieningen moeten die ten behoeve van preventie genoemd worden.

Openbare gezondheidszorg is die zorg die zich richt op collectiviteiten en niet op individuen (public health model). Belangrijke pijlers van deze zorg zijn:

- het epidemiologisch onderzoek;
- vroegtijdige opsporing van bestaande ziekten;
- het op grote schaal voorkomen van ziekten.

Grotere gemeenten hebben hiertoe een GG en GD, in een aantal versterkt met een gemeentelijke SPD. In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg geldt de openbare gezondheidszorg expliciet als taak voor de gemeente.

Het voorkomen van risicogedrag is het doel van diverse preventieprojecten. In de tweede lijn zijn het vooral de LGV-bureaus die daar mee bezig zijn. Per 1 november 1978 waren er overigens slechts 57 preventiewerkers werkzaam (aangevuld met drie maal zoveel parttimers, vrijwilligers en stagiaires)<sup>48</sup>. In 1975 waren er 16 preventie-afdelingen die zich bezighielden met de volgende projecten:

- |  |              |
|--|--------------|
| — seksuele voorlichting en opvoeding                                       | 12 projecten |
| — relationele problemen  | 14 projecten |
| — eerste-lijnsgezondheidszorg (excl. de onderwijsprojecten op dit terrein) | 7 projecten  |
| — de onderwijssituatie   | 5 projecten  |
| — het aanleren van sociale vaardigheden aan sleutelfiguren                 | 6 projecten  |
| — drugsvoorlichting  | 3 projecten  |
| — WAO-problematiek   | 3 projecten  |

In feite blijken de projecten niet direct gerelateerd te kunnen worden aan het vermijden van risicogedrag. Zij gaan veel verder en benadrukken veeleer de positieve bevordering van gezondheid. In hun verlengde liggen diverse (ongesubsidieerde) groepen, sensitivity- en relatietrainingen e.d..

#### 4.3.3 Samenwerking tussen de voorzieningen en de vorming van regionale instituten

Wat betreft samenwerking tussen de voorzieningen werd in een onderzoek, verricht in een drietal wijken, het volgende geconstateerd: 'Kenmerkend voor het hulpverleningssysteem in de drie onderzochte

<sup>48</sup> Alleen die AGGZ-instellingen die geregistreerd zijn bij de betrokken koepelorganisatie NVAGG. Informatie ontleend aan: T. van der Grinten, 'Preventie in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg'; *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, januari 1979, 34e jaargang nr. 1.

wijken bleek het gebrek aan overleg en organisatie. Vele hulpverleners werken puur op zich zelf, zonder een schijn van notie van wat anderen in de wijk of daarbuiten doen. Er wordt nauwelijks doorverwezen; ook als men ergens niet uitkomt zoekt men geen contact met andere hulpverleners. Men kent een paar systemen die algemeen en effectief functioneren — crisiscentrum, acute opname — maar overheersend is het gevoel dat er geen adequate hulpverleningsmogelijkheden zijn. Er heerst veel onzekerheid over taak en rol opvatting van andere hulpverleners. Dit verschijnsel wordt in de hand gewerkt doordat in bepaalde gevallen de opvattingen over eigen taak en rol voor anderen niet herkenbaar zijn c.q. binnen de groep verschillen. Het maatschappelijk werk bijvoorbeeld is zich geleidelijk aan meer gaan richten op de relationele hulpverlening in plaats van op de materiële hulpverlening; in de eerste plaats is dat bij sommige anderen helemaal niet bekend, in de tweede plaats blijken binnen één team soms de standpunten uiteen te lopen over wat de juiste taakstelling zou moeten zijn<sup>49</sup>.

Cliënten blijken veelvuldig van de ene instelling naar de ander te gaan of gestuurd te worden<sup>50</sup>. Dit verschijnsel wordt vanuit hulpverleningskringen terecht verklaard met:

- onduidelijkheid en onvindbaarheid van het hulpaanbod;
- niet aangepast zijn of ontbreken van het hulpaanbod.

De oplossing wordt gezocht in de instelling van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Daarbij worden de taken van verschillende werkvormen op elkaar afgestemd en de samenwerking met de eerste lijn bevorderd onder andere door het geven van consultatie aan de huisarts. Onder het RIAGG vallen Sociaal Psychiatrische Diensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en Instellingen voor Multidisciplinaire Psychotherapie. De poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters vallen hier vooralsnog buiten. Ook de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs zullen voorlopig nog buiten de RIAGG's blijven. Dit heeft te maken met de sterke binding van de CAD's met justitie. Het RIAGG moet op den duur één rechtspersoon worden. Een pijler van de RIAGGvorming is de gezamenlijke 'intake' om te zorgen dat de cliënt de juiste hulpverlener krijgt. Als voorloper van het RIAGG kunnen de multifunctionele instellingen gelden, een samengaan van diverse werkvormen.

Het RIAGG wordt gepland voor een gebied van ongeveer 200.000 inwoners. Dit gebied wordt dan weer opgesplitst in kleinere gebieden, de wijken, waar intake teams gesitueerd zijn. RIAGG's sluiten soms aan op intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en zijn daar dan als het ware in meegegroeid. De RIAGG's zullen in de toekomst mogelijk opgaan in Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG), die intramurale, semimurale en ambulante geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen bundelen. Een experiment wordt in 1982 uitgevoerd. Het werkgebied van een RIGG zal dat van een aantal RIAGG's bestrijken.

Concluderend kan gesteld worden dat de RIAGGvorming een poging is om een deel van de extramurale geestelijke gezondheidszorg te bundelen en tot samenwerking te brengen. Zolang het ruimere RIGG-verband niet bestaat is de samenwerking met de semimurale en intramurale zorg niet geregeld. Binnen het RIAGG blijft de positie van en de samenwerking met de vrij gevestigde psychiaters en de poliklinieken ongeregeld evenals die met de alternatieve voorzieningen en de vrijwillige hulpverlening. Alleen het contact met de huisarts, de wijkverpleegkundige en het algemeen maatschappelijk werk is in ogenschouw genomen, wat de laatste twee betreft voor zover zij functioneren in een samenwerkingsverband met de huisarts.

<sup>49</sup> R.E. Offerhaus, op. cit., blz. 1201 e.v.

<sup>50</sup> E. Serno, *Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg: een onderzoek naar haar legitimering*; Groningen, Instituut voor ontwikkelingspsychologie, 1980, blz. 33.

#### 4.3.4 De financiering van de voorzieningen

Een aantal voorzieningen in de extramurale geestelijke gezondheidszorg wordt gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en naar verwachting zullen dat er in de toekomst meer zijn. Hieronder wordt eerst ingegaan op het systeem van de AWBZ en daarna wordt een overzicht gegeven van de voorzieningen waarop de AWBZ van toepassing is.

Bij de AWBZ-verzekering zijn evenals bij de ziekenfondsverzekering drie elementen van de verzekering van belang, namelijk:

- de verstrekking;
- de erkenning van de hulpverlener;
- de overeenkomst met de hulpverlener.

De 'polis' van de AWBZ-verzekering is te vinden in artikel 6 AWBZ; deze bepaalt de verstrekking. Deze polis kan uitgebreid worden door middel van een wet of een AMvB.

Om de zorg daadwerkelijk tot stand te brengen is een hulpverlener nodig die zijn diensten aanbiedt. In het algemeen is dit een kwestie van particulier initiatief maar als dat uitblijft, neemt de overheid, de centrale of de lagere, soms het voortouw. Een voorbeeld is een gemeentelijke SPD zoals die in een voorgaande paragraaf genoemd is. Neemt het particulier initiatief de hulpverlening op zich dan kan de overheid nog invloed uitoefenen door middel van haar erkenningsbevoegdheden. De hulpverlener (resp. hulpverleningsinstelling) moet namelijk erkend zijn, wil hij zijn diensten aan kunnen bieden en ervoor betaald worden. Bij die erkenning kan de overheid nadere eisen stellen.

Ten slotte wordt er tussen de hulpverlener en het plaatselijk ziekenfonds of een verbindingskantoor nog een overeenkomst gesloten, waarbij de hulpverlener of een instelling een bepaalde dienstverlening garandeert en het ziekenfonds een daarvoor afgesproken vergoeding. Het ziekenfonds is daarbij wel gebonden aan bepaalde regels van centrale organen waaronder de Ziekenfondsraad. Is de dienstverlening geen kwestie van particulier initiatief maar neemt de overheid het op zich, dan doet zich de enigszins uitzonderlijke situatie voor, dat het ziekenfonds (een particuliere instantie) diensten bedingt die de overheid moet leveren.

De diensten die de hulpverlener verricht worden over het algemeen in de gezondheidszorg betaald per verrichting en wel per verrichting gedaan aan een individuele cliënt. Bij de RIAGG's echter geschiedt de financiering per budget. De AWBZ-verzekering garandeert in principe een onbeperkt recht op die gezondheidszorg die in het verstrekkingenbesluit staat omschreven. Er is dan geen grens gesteld aan de hulpverlening. Financiering per budget stelt wel zo'n grens. Toch is het verschil tussen budgetfinanciering en verrichtingenfinanciering minder groot dan op het eerste gezicht lijkt. De diverse normen van de minister stellen nu ook bij het verrichtingensysteem grenzen aan een ongehinderde groei. Deze normstelling resulteert soms in wachtlijsten, hoewel regelingen worden getroffen voor hulp in de meest acute gevallen.

Tabel 4.10 geeft zowel een overzicht van voorzieningen die nu al onder de AWBZ vallen (of waarbij de minister zich zo positief heeft uitgelaten dat een AWBZfinanciering als zeker gesteld mag heten) als van voorzieningen die niet onder de AWBZ vallen. Ook komt het voor dat sommige instellingen van dezelfde werkvorm wel en andere niet onder de AWBZ vallen.

Tabel 4.10 AWBZ-financiering in de extramurale geestelijke gezondheidszorg

Werksoort	voorzieningen gefinancierd via AWBZ		
	alle	sommige	geen
<b>Derde lijn</b>			
Intramuraal	X		
Semimuraal:			
– beschermende woonvormen	X <sup>a)</sup>		
– dag-, avond-, nachtbehandeling			X
<b>Tweede lijn</b>			
Poliklinieken		X	
SPD	} RIAGG		
MOB		X <sup>b)</sup>	
LGV			
IMP			
CAD		X	
Vrijgevestigde psychiater (psychotherapie)			X
<b>Eerste lijn</b>			
Huisarts		X	
Gezondheidscentra		X	
Wijkverpleegkundige	X		
Algemeen maatsch. werk			X
Crisiscentra		X	
<b>Nulde lijn</b>			
Alternatieve voorzieningen			X
Overig vrijwilligerswerk			X

Bron: WRR.

a) *Rapport van de Werkgroep Beschermende Woonvormen*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981. Uitgegeven door de ministeries van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De werkgroep adviseert om alle beschermende woonvormen, die nu nog verschillende financieringsbronnen hebben, onder de AWBZ te laten vallen. Het voorlopige regeringsstandpunt is positief.

b) Het verstrekkingenbesluit van de minister ten aanzien van deze werkvormen werd van kracht per 1 januari 1982. Voordien gold een subsidie op basis van de AWBZ.

De intramurale voorzieningen worden gefinancierd via de AWBZ, de dag-, avond- en nachtbehandeling door de ziekenfondsverzekeringen en de particuliere ziektekostenverzekeringen. Een achttal poliklinieken is omgezet in IMP's en gaat op in het RIAGG. Zij worden gefinancierd via de AWBZ, maar het merendeel wordt momenteel betaald uit de post die een ziekenhuis heeft voor de verpleging van opgenomen patiënten. De beschermende woonvormen, die nu nog uiteenlopende financieringsbronnen hebben, zullen volgens het voorstel van de Werkgroep Beschermende Woonvormen onder de AWBZ vallen. De regering heeft in haar voorlopig standpunt op het voorstel positief gereageerd. Binnen de Ziekenfondsraad verwacht men dat de minister de AWBZ-financiering naar alle instellingen van toekomstige RIGG-verbanden - samenbundeling van ambulante geestelijke gezondheidszorg met intramurale en semimurale voorzieningen – zal uitbreiden, zodat het opbouwen van een samenhangend geheel niet belemmerd wordt door het bestaan van verschillende financieringsstelsels<sup>51</sup>.

<sup>51</sup> Mondelinge informatie Ziekenfondsraad.

Sinds 1971 zijn overigens achtereenvolgens SPD, MOB, LGV en IMP onder een bijzondere AWBZ-financiering gebracht, namelijk onder de werking van artikel 52 d. Dit artikel geeft een autonome bevoegdheid aan de Ziekenfondsraad om gelden te besteden in de vorm van een subsidie. Per 1 januari 1982 zijn deze vier werksoorten echter een verstrekking geworden. Dat betekent dat de burger dan recht heeft op die voorzieningen en niet meer afhankelijk is van de goedgunstigheid van de subsidiegever. Tevens wordt de overeenkomst met de hulpverleningsinstelling niet langer centraal, namelijk door de Ziekenfondsraad, gesloten, maar door het plaatselijk ziekenfonds. Dit is van belang in verband met de in de volgende subparagraaf te behandelen decentralisatie en regionalisatie. De Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs worden voor 100% gesubsidieerd door de ministeries van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Justitie. De financiering blijft voorlopig nog afwijkend van de vier hiervoor genoemde werkvormen vanwege de bijzondere positie die de CAD's hebben, zoals in de vorige subparagraaf is uiteengezet. De positie van de vrij gevestigde psychiater is nog onbepaald. Over de mogelijkheid om de psychotherapie die de vrij gevestigde psychiater geeft, te doen financieren via de AWBZ wordt momenteel tussen de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Ziekenfondsraad gediscussieerd<sup>52</sup>. De aantrekkelijkheid van de AWBZ-financiering wordt door de LSV afgewogen tegen de eventuele beperkingen die een samenwerking met de instellingen binnen RIAGG-verband oplegt, met name op het stuk van een mogelijk gezamenlijke intake.

In de eerste lijn kennen de kruisverenigingen (wijkverpleegkundige) en ook sommige gezondheidscentra een AWBZ-financiering. De zelfstandig werkende huisarts wordt echter betaald via het ziekenfonds (of door particulieren rechtstreeks). Het maatschappelijk werk wordt gefinancierd met een rijksbijdrageregeling van CRM in het kader van het streven naar decentralisatie. De crisiscentra worden gefinancierd uit diverse bronnen. Van de vier die specifiek bedoeld zijn voor opvang in psychische nood, wordt er één gefinancierd via de AWBZ en worden de andere drie rechtstreeks gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Overigens valt crisisinterventie binnen het takenpakket van het RIAGG; de burger heeft er recht op, maar niet per se via een crisiscentrum.

De nulde lijn kent, voor zover er gesubsidieerd wordt, bescheiden bijdragen uit diverse bronnen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de tweede en derde lijn van de geestelijke gezondheidszorg in de toekomst volgens de plannen onder één systeem van AWBZ-financiering zullen vallen, terwijl de eerste en nulde lijn een divers patroon van financiering blijven houden.

#### 4.3.5 Regionalisatie en decentralisatie

In 1974 pleitte de Structuurnota Gezondheidszorg<sup>53</sup> voor herstructurering van de gezondheidszorgvoorzieningen die vooral op plaatselijk particulier of overheidsinitiatief tot stand waren gekomen. Hoewel de erkenningsbevoegdheid van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de controle door met name de Ziekenfondsraad wel enige beleidssturing hadden geboden, was het aanbod van deze gezondheidsvoorzieningen niettemin onevenwichtig verdeeld over de verschillende delen van Nederland, met sterke concentratie van (specialistische) zorg in sommige gebieden en witte vlekken in andere. De nota introduceerde het begrip echelonnering als een functioneel geordende opbouw van voorzieningen gekoppeld aan het begrip regionalisering. In deze visie

<sup>52</sup> Briefwisseling Landelijke Specialisten Vereniging en Ziekenfondsraad, dd. 11 maart 1981 en 8 mei 1981.

<sup>53</sup> Ministerie van Volkshuisvesting en Milieuhygiëne, Structuurnota Gezondheidszorg; Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012.

heeft een meer specialistische voorziening een groter bereik dan een minder specialistische. De meer specialistische voorziening voorziet dus een grotere regio, waarbinnen de minder specialistische zijn regio heeft en zo met een steeds kleiner bereik tot de eerste-lijnsvoorzieningen die gericht zijn op de wijk. Met regionalisatie wordt een gelijkmatig en voor ieder goed bereikbaar aanbod van voorzieningen over heel Nederland nagestreefd. In de extramurale geestelijke gezondheidszorg heeft deze regionalisatiegedachte vorm gekregen in het denkbeeld van de RIAGG- en de RIGG-vorming. De plaatselijke ziekenfondsen spelen op deze structuur in door zich van hun kant te regionaliseren. Er zijn 33 verbindingskantoren ingesteld. Deze zullen met het RIAGG (en met het eventuele RIGG) onderhandelen. Er zullen ongeveer 60 RIAGG's komen: voor ieder verbindingskantoor gemiddeld twee om contact mee te hebben. Van het aantal RIGG's is nog weinig te zeggen.

De geestelijke gezondheidszorg heeft — zoals hiervoor meerdere malen is aangetoond — diverse raakvlakken met de somatische gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, soms zelfs in die mate dat een grens nauwelijks te trekken is. De somatische en geestelijke gezondheidszorg vallen beide onder het beleid van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; de maatschappelijke dienstverlening valt onder CRM. Beide ministeries zijn bezig met decentralisatie.

In de Kaderwet speelt de gemeente de hoofdrol in de decentralisatie. In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is de zorg voor de intramurale dienstverlening toegeschoven aan de provincie en heeft de gemeente de zorg gekregen voor de eerste lijn en de openbare gezondheidszorg. Voor de somatische gezondheidszorg is daarmee het veld nagenoeg verdeeld. In de geestelijke gezondheidszorg is er echter een groot aantal voorzieningen tussen de eerste lijn en de intramurale zorg. Deze zijn nog niet aan een plaatselijke overheid, provincie of gemeente, toegedeeld.

In praktijk bestaan er zowel in de gezondheidszorgsfeer als in de CRM-sfeer aanzienlijke verschillen in activiteiten tussen provincies onderling, en met name ook tussen gemeenten. Daarbij hebben centrumgemeenten een verzorgende functie voor omliggende gemeenten, terwijl er soms een gemeentelijk samenwerkingsverband is ontstaan. De grotere gemeenten hebben voor de gezondheidszorg een GG en GD, die soms vorengenoemde centrumfunctie vervult. De bemoeienis van gemeenten met de eerste lijn is heel verschillend. Onafhankelijk hiervan heeft de grotere gemeente soms wel bemoeienis met de tweede en derde lijn; men denke aan gemeentelijke ziekenhuizen (naast provinciale en particuliere ziekenhuizen). Ook bestaan er in zes gemeenten SPD's. Overigens kan de plaatselijke overheid (gemeente zowel als provincie) naast het zelf ter hand nemen van voorzieningen, invloed hebben via subsidies en via deelname aan besturen van de voorzieningen respectievelijk aan overlegorganen.

Door het opdragen van eerste-lijns- en openbare gezondheidszorg aan gemeenten, wordt vooral van die gemeenten die op deze terreinen nog geen of weinig activiteiten hebben ontplooid, extra inspanning gevraagd; het betekent geenszins dat de 'voorlopers' afbouwen. Experimenten wat betreft afstemming van hogere en lagere echelons in de gezondheidszorg zullen bovendien uitgevoerd worden in die gebieden waar de plaatselijke overheid al blijk heeft gegeven van voortvarendheid in de zorgverlening; een betrekkelijk breed scala van voorzieningen strekt dan via deze experimenten andere minder vooruitstrevende gebieden tot voorbeeld. De uitbouw op plaatselijk niveau wordt vooreerst nog nauwlettend gevolgd en begeleid door de centrale overheid. Op deze wijze uitgevoerd is de decentralisatie ook vrij kostbaar.

Op het punt van de financiering is er een opvallend verschil tussen decentralisatie van CRM-voorzieningen en van voorzieningen die onder het ministerie van Volksgezondheid ressorteren. CRM-voorzieningen worden uit de algemene middelen betaald. Hier worden, althans in principe, ook de financiële middelen aan de lagere overheid toegekend. Wie beleid bepaalt, betaalt. Bij Volksgezondheid gaat het daarentegen om

sociale verzekeringsgelden en er is ook op centraal niveau een scheiding tussen algemene beleidsbepaling enerzijds en de financiering anderzijds. Deze scheiding zet zich bij decentralisatie op plaatselijk niveau voort. In het sociale verzekeringssysteem wordt zoals gezegd onderscheid gemaakt tussen:

- de bepaling tot verstrekking;
- de erkenning;
- de overeenkomst.

De bepaling tot verstrekking door middel van een Verstrekkingbesluit blijft op centraal niveau. De erkenning van de hulpverleningsactiviteit echter met de daarbij behorende mogelijkheid tot het stellen van normen en nadere eisen, is het element dat gedecentraliseerd wordt naar de lagere overheid: de provincie en de gemeente. De beleidsvrijheid van de lagere overheid is daarbij afhankelijk van de mate waarin de verstrekking is gedetailleerd. Bij grote detaillering krijgt het gelijkheidsprincipe meer nadruk dan de mogelijkheid in te spelen op plaatselijke behoeften. De nadere eisen bij de erkenning vormen de grenzen waarbinnen de overeenkomst gesloten kan worden door het plaatselijk ziekenfonds respectievelijk de verbindingskantoren van de plaatselijke ziekenfondsen. Deze hebben tot op heden weinig contact gehad met de plaatselijke overheid behoudens in die gevallen waarin de lagere overheid diensten verleent.

#### 4.4 Evaluatie

##### 4.4.1 Ontwikkelingen in de effecten

Over het algemeen zijn effecten in de geestelijke gezondheidszorg moeilijk te meten. Hierop bestaan wel enkele uitzonderingen. Deze betreffen zowel de behandeling met geneesmiddelen als de psychosociale therapieën. In een aantal gevallen zijn goede resultaten geboekt met de toepassing van geneesmiddelen. Er kunnen echter bijverschijnselen optreden die voor de patiënt een aanzienlijke belasting kunnen vormen. Het is dus telkens een kwestie van afweging tussen de ernst van de klacht en de belasting van de bijwerking. Veel kritiek op het gebruik van geneesmiddelen vindt zijn grond in verkeerde toepassing ervan, die ten dele weer gebaseerd kan zijn op een verkeerde beoordeling van het probleem. Wanneer bijvoorbeeld iedere neerslachtige stemming of iedere angst als een met geneesmiddelen te behandelen aandoening wordt gezien, kan dit leiden tot een groot oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen, terwijl een minder riskante behandeling of zelfs alleen een goed gesprek verbetering teweeg hadden kunnen brengen. Al met al heerst er een zekere onvrede bij artsen en patiënten over het onvolmaakte karakter van de huidige psychofarmaca. Wetenschappelijke onderzoekers op dit terrein verwachten een beperkt aantal doorbraken in de nabije toekomst. Zo is er in Nederland belangrijk onderzoek gaande naar de zogeheten lichaamseigen producten, stoffen in de hersenen die in relatie staan met de bestudeerde ziekte en die een oplossing kunnen bieden voor het probleem van de bijwerkingen. Over het algemeen echter tast men momenteel over de organische oorzaken van geestesziekten nog in het duister<sup>54</sup>.

Succes met de gedragstherapeutische benadering heeft men bij de bestrijding van fobieën. Het zijn behandelingen die niet alleen binnen instellingen van geestelijke gezondheidszorg worden gegeven, maar bijvoorbeeld ook binnen het algemeen maatschappelijk werk. Het effect is bovendien goed te meten, omdat de aard van het probleem en dus ook de doelstelling van de behandeling duidelijk vast te stellen zijn. Ook bij verslavingen is het probleem goed zichtbaar en de doelstelling helder,

<sup>54</sup> De informatie betreffende de psychofarmaca is mondeling ingebracht door H. Rigter, stafmedewerker bij de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid.

namelijk het verdwijnen van de verslaving, al ligt het voor de hand te veronderstellen dat de verslaving achterliggende oorzaken heeft. Maar de verslaving vormt op zich in ieder geval een belangrijke complicatie bij oplossing van dit achterliggende probleem. Met name bij verslavingen vormt de mogelijke terugval in de oude kwaal een groot probleem; het recidivisme bij verslaving is hoog.

Bij de meeste psychosociale therapieën is echter het effect moeilijk vast te stellen. Het brengt sommige onderzoekers er toe te veronderstellen dat er in het geheel geen effect is, maar het feit dat effecten moeilijk meetbaar zijn mag niet zonder meer worden vereenzelvigd met een gebrekkige effectiviteit<sup>55</sup>.

De effecten worden overigens niet alleen bepaald door de therapievorm maar ook door de persoonlijkheid en inzet van de therapeut en trouwens ook van de hulpvrager. Meer dan waar ook in de gezondheidszorg is in de geestelijke gezondheidszorg het relationele aspect van de behandeling van grote invloed op het resultaat. Een deel van het proces van doorverwijzen en overstappen naar een andere hulpverlener moet dan ook gezien worden als een niet te vermijden zoekproces. Soms lopen de doelstellingen van de hulpvrager en de hulpverlener niet parallel en beoogen zij met de behandeling een verschillend effect te bereiken. Uit explorierend onderzoek blijkt dat de hulpverlener slechts in beperkte mate aan de doelstelling van de cliënt voldoet<sup>56</sup>.

Over het algemeen geeft het onderzoek naar effecten van de geestelijke gezondheidszorg een weinig hoopvol beeld<sup>57</sup>. De effecten zijn zelden spectaculair niettegenstaande de inzet van zowel therapeut als cliënt. Steeds dreigt de mogelijkheid van een zekere verslaving aan de behandeling en de rol van patiënt. En ook is het niet onmogelijk dat de hulpverlener zelf te zeer gehecht raakt aan zijn hulpverleningsrol. Iedere behandeling zou dan ook bij de aanvang een gedegen afweging vergen omtrent de noodzaak en de te verwachten positieve en negatieve effecten.

De verschillende vormen van hulpverlening die bestaan, zouden elkaar beter moeten aanvullen. De gebrekkige effectiviteit wordt niet zelden mede veroorzaakt door onvoldoende samenhang tussen de werkvormen. Voor een deel komt dat omdat men elkaars mogelijkheden niet kent en voor een deel omdat men elkaar niet serieus neemt of elkaars benadering zelfs funest vindt. Er liggen mogelijkheden opgesloten in de hulpverlening, die pas volledig benut kunnen worden bij een hechte samenwerking waarbij geen enkele benadering bij voorbaat wordt uitgesloten. Ook de verwijzers spelen hier een rol. Bij de belangrijkste verwijzer — de huisarts — is de opleiding nog weinig ingesteld op psychische noden en de behandeling daarvan. Dit kan resulteren in een gebrekkige behandeling door de huisarts zelf. Het resulteert vaak ook in een gebrekkige verwijzing<sup>58</sup>. Ten slotte worden de capaciteiten van de cliënt soms onderschat en wordt hij door diverse hulpverleners, professionele zowel als niet-professionele, verleid zich in te passen in hun hulppatroon.

Een neveneffect van de behandelingen uit de geestelijke gezondheidszorg is de zogeheten protoprofessionalisering, het binnendringen van

<sup>55</sup> R. Aarsen, *Evaluatie en effectmeting van psychotherapie; een inventarisatie van lopend onderzoek*; NCGV-reeks nr. 18, Utrecht, 1980.

R. Aarsen, 'Methoden van evaluatie en effectmeting'; *Jaarverslag 1980 Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid*, NCGV-reeks nr. 32, Utrecht, 1980, blz. 41-43.

<sup>56</sup> J. Hagemann-Smit, *De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart; Een onderzoek naar de positie van de cliënt in de geestelijke gezondheidszorg*; Alphen aan de Rijn, Samson, 1976. W. Scheffer en T. van den Hout, op. cit., blz. 18.

<sup>57</sup> H.J. van Daal, *Mensen in nood en hun gedrag; verslag van een literatuurstudie, concept 1981*.

E. Serno, op. cit.

C. Brinkgreve, J.H. Onland, A. de Swaan, op. cit., blz. 23.

<sup>58</sup> D. Goossen, P. Muller, F. Nijhout, *Pillen of praten*; Amsterdam, Huisartseninstituut van de Vrije Universiteit, 1981.



ideeën en gebruiken van professionals in de denkwereld en het gedrag van leken. Dit effect voltrekt zich sneller en verder in kringen die de professionele beroepskring nader staan, zoals die van mensen met een aanverwante opleiding<sup>59</sup>. Het zijn echter cliënten en ex-clieënten die het meest met het doen en denken uit de therapeutische wereld vertrouwd zijn en veelvuldig anderen daarheen verwijzen. Ook de media dragen bij tot de verspreiding van dit effect. Zij treden ook in zekere mate op als verwijzers zoals bijvoorbeeld blijkt uit een inhoudsanalyse van de 'Margriet Weet Raad' rubriek, een adviesrubriek voor levensproblemen in Margriet<sup>60</sup>. In de rubriek worden sinds de jaren zestig degenen die om raad vragen, veelvuldig verwezen naar Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen, Medisch Opvoedkundige Bureaus en dergelijke, terwijl zij daarvoor eerder verwezen werden naar de dokter of naar de pastorale zorg. De protoprofessionalisering, die gezien kan worden als een bij-effect van de hulpverlening, leidt zodoende tot meer vraag naar die hulpverlening.

Psychische problemen houden soms nauw verband met problematische maatschappelijke achtergronden. Degenen die in een achterstandpositie verkeren, lopen de meeste risico's, die bovendien vaker resulteren in opname<sup>61</sup>. Als deze langdurig is, kan dat een nieuw element aan de achterstand toevoegen: de patiënt heeft bepaalde sociale vaardigheden afgeleerd. Ook als de opname niet langdurig is, bestaat het gevaar dat een zekere versterking van het probleem optreedt.

In het beleid ten aanzien van de extramurale geestelijke gezondheidszorg heeft het streven naar sociale gelijkheid veel aandacht gekregen. Daarbij zijn van belang:

- gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen, ongeacht de inkomenspositie en de omvang en de aard van de behoefte;
- de beschikbaarheid van instellingen en therapieën van gelijkwaardig niveau voor uiteenlopende problemen;
- de wijze waarop cliënten door de hulpverleners worden geselecteerd.

In principe zijn bijna alle hulpverlenende instellingen in de extramurale geestelijke gezondheidszorg voor iedereen direct toegankelijk. Men heeft alleen voor de vrijgevestigde psychiater en de poliklinieken een verwijzing van de huisarts nodig. Bij de overige instellingen kan men zichzelf aanmelden.

Het zijn alleen de IMP's — de kleinste werkvorm binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg — die een ongelijke verdeling in het gebruik te zien geven ten gunste van de midden- en hogere milieus<sup>62</sup>. De oorzaak hiervan moet gezocht worden in het soms sterk verbale karakter van de behandelingsmethoden die in de IMP's worden gebezigd. Overigens is men in de hele geestelijke gezondheidszorg bezig minder verbaal georiënteerde technieken te ontwikkelen. De meeste instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn weinig ingesteld op bejaarde cliënten. Er zijn wel speciale voorzieningen voor kinderen of jeugdigen maar slechts weinige voor ouderen. Zo kennen de meeste Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD) wel een afdeling Jeugd-Psychiatrische Dienst maar geen Sociaal-Geriatrie Dienst. De huidige therapieën slaan ook minder aan bij ouderen dan bij jongeren. Voor de eersten wordt dan ook veelvuldiger een toevlucht genomen tot overwegend medicamenteuze behandeling. Bij gebrek aan extramurale opvang worden veel bejaarden op weinig terechte gronden voorgoed opgenomen in een inrichting, terwijl dat gezien hun psychische validiteit niet zelden een

<sup>59</sup> C. Brinkgreve, J.H. Onland, A. de Swaan, op. cit., blz. 21.

<sup>60</sup> Ibid., blz. 128.

<sup>61</sup> A. de Swaan, R. van Gelderen en V. Kense, *Sociologie van de psychotherapie; deel 2, Het spreekuur als opgave*, Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1979, blz. 23.

W. Scheffer en T. van den Hout, op. cit., blz. 26-42.

<sup>62</sup> C. Brinkgreve, J.H. Onland, A. de Swaan, op. cit., blz. 149-150.

(nog) te rigoureuze oplossing is. Een zelfde onbedoelde selectie, soms naar milieu maar vooral naar leeftijd, ziet men ook optreden bij de semimurale voorzieningen, met name in de primaire dagbehandeling<sup>63</sup>.

In tegenstelling tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de semimurale voorzieningen kennen de huisarts en wijkverpleegkundige maar ook het maatschappelijk werk geen barrière voor bejaarden en lagere inkomens-, beroeps- of opleidingsgroepen, integendeel. Het maatschappelijk werk trekt in verhouding tot de totale bevolking meer cliënten uit werkersmilieu, uit de categorie bejaarden en de groep onvolledige en grote gezinnen, die ook weer in de lagere beroeps- en inkomensgroepen oververtegenwoordigd zijn<sup>64</sup>. Bij de huisarts ligt de frequentie van contacten met bejaarden ruim anderhalf maal zo hoog als met patiënten van jongere leeftijd<sup>65</sup>. De huisarts draagt overigens vaak bij aan een zekere ongelijke verdeling van zorg over patiënten met psychische problemen. Degenen die hun problemen slecht kunnen verwoorden - en met name oudere patiënten hebben daar tegenover een jonge huisarts moeite mee - worden gemakkelijker doorgestuurd naar instellingen die een behandeling met medicijnen vooropstellen<sup>66</sup>. Uit het weinige evaluerende onderzoek blijkt echter dat ook deze mensen met gesprekstherapieën vaak veel meer gebaat zijn.

Voor kinderen die uitgestoten worden uit een gezin of daar slecht functioneren, kon in 1973 worden opgemerkt, dat zij bij de bestaande organisatiestructuur op betrekkelijk willekeurige gronden nu eens aangewezen zijn op medische en dan weer op justitiële, maatschappelijke of therapeutische hulpverlening<sup>67</sup>. Inmiddels is wel de aandacht voor het kind toegenomen, het begrip voor zijn rechten, het belang van zijn relatie met zijn ouders ook al wordt hij uit huis geplaatst, maar de organisatiestructuur laat niet minder willekeur in de verwijzing zien. Het gebrek aan samenwerking tussen hulpverleners wordt met name schrijnend als het gaat om zeer ernstige zaken als kindermishandeling<sup>68</sup>. Het feit dat dit onderwerp bovendien nog voor een belangrijk deel in een taboesfeer ligt, bemoeilijkt de hulpverlening nog meer.

Bijna elke instelling probeert zijn succes met de behandeling te verhogen door patiënten te selecteren en onbehandelbaar geachte patiënten af te wijzen of naar elders te verwijzen. Zelfs in het algemeen maatschappelijk werk dat weinig drempels heeft, gebeurt dat. De cliënten komen dan terecht bij de Gemeentelijke Sociale Dienst als zij al ergens terecht komen<sup>69</sup>. Voor verslaafden bestaat op beperkte schaal dan een aparte hulpverlening, maar met zeer agressieve cliënten weet men weinig weg.

Resumerend kan gezegd worden dat de extramuraal zorg weinig hulp te bieden heeft aan:

- ouderen;
- kinderen die uitgestoten worden uit het gezin of daar slecht functioneren;
- in een aantal gevallen ook aan personen uit lagere sociale milieus;
- zeer agressieve patiënten.

Het is bovendien uit deze categorieën dat de cliënten voortkomen die door de hulpverlener als ongemotiveerd worden ervaren en waar hij dan weinig mee weet te doen.

Het hulpverleningsbeleid is er thans op gericht om patiënten in grotere getale terug te laten komen in de maatschappij, maar vooral ook om hen

<sup>63</sup> W. Scheffer en T. van den Hout, op. cit., blz. 26-42.

<sup>64</sup> J. Beljon, K. Geelen, op. cit., blz. 37.

<sup>65</sup> Zie tabel 5.1 in het hoofdstuk 'Zorg voor Ouderen'.

<sup>66</sup> D. Goossen, P. Muller, F. Nijhout, op. cit..

<sup>67</sup> Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Nota betreffende de Geestelijke gezondheidszorg; Tweede Kamer, zitting 1973-1974 nr. 11 059, blz. 8.

<sup>68</sup> Jubileumcongres Vereniging tegen Kindermishandeling, 26 september 1980, 's-Gravenhage.

<sup>69</sup> J. Beljon, K. Geelen, op. cit., blz. 41.

minder vanzelfsprekend te laten opnemen. Dit effect van de hulpverlening is een opgave voor de maatschappij, die zich juist pleegt te verzetten tegen afwijkend gedrag door de patiënt buiten te sluiten. Tolerantie voor diverse gradaties van afwijkend gedrag wordt meer en meer bepleit vanuit de patiëntenbonden, maar vooral ook vanuit de kringen van hulpverleners, zowel de alternatieve als de professionele.

#### 4.4.2 Globale evaluatie van doelstellingen en middelen

Instellingen voor extramurale hulpverlening hebben te maken met een groeiende stroom patiënten c.q. cliënten met psychische en psychosociale problemen. De groei manifesteert zich in de huisartsenpraktijk, in de intramurale en ambulante geestelijke gezondheidszorg, in het algemeen maatschappelijke werk en in andere werkvormen. Afgemeten naar de groei van het gebruik voorziet de hulpverlening in een behoefte. De groei kan echter wijzen op:

- een toeneming van de 'echte' vraag, dus van serieuze kwalen en problemen;
- een verschuiving van de vraag, bijvoorbeeld van het pastorale werk naar de psychosociale hulpverlening;
- het manifest worden van een al dan niet 'echte' vraag onder invloed van de proto-professionalisering;
- een combinatie van deze drie<sup>70</sup>.

Het is erg moeilijk de werkelijke behoefte aan hulpverlening vast te stellen en begrenzingen aan te geven voor vragen die wel en niet gehonoreerd zouden moeten worden. Dit probleem van de onbegrensde van de vraag komt niet alleen tot uiting in gebruikscijfers maar blijkt evenzeer uit behoeftenonderzoek (zie paragraaf 4.2). In een tijdperk van bezuinigingen is het meer dan ooit nodig te selecteren welk hulpverleningsaanbod (nog) wel gedaan moet worden en welk niet. Het probleem wordt complexer gemaakt doordat er nogal wat twijfels geuit worden over de resultaten van de zorg. Een aantal van deze kritische argumenten luidt als volgt.

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat een veelheid van opvattingen en methoden, die echter geen zware wetenschappelijke beproeving volgens de gebruikelijke, aan de exacte wetenschappen ontleende methoden hebben ondergaan en doorstaan. De theorieën zijn van globale aard en fungeren meer als achtergrond voor uiteenlopende behandelingsmethoden dan dat er stringente verbindingen bestaan tussen theorie en therapie. Ook is er nooit uitgewezen dat de ene theorie of methode bij een bepaald soort klachten beter voldoet dan de andere. Er zijn onderzoekers op dit gebied die beweren dat het zelfs onzeker is of iemand met therapie wel sneller van zijn problemen afkomt dan zonder<sup>71</sup>. Wat de deskundigheid betreft, zijn er onderzoeken die aantonen dat niet zozeer de opleiding maar vooral de persoonlijkheid van de therapeut bepalend is voor de resultaten die hij met zijn cliënt behaalt<sup>72</sup>. Daartegenover stelt bijvoorbeeld Van Dantzig dat hulpverlening speciale deskundigheid vereist, al acht hij het niet onmogelijk dat wat nu nog een therapeutische relatie wordt genoemd, tot de omgangsvormen gaat behoren<sup>73</sup>. Ook als men in aanmerking neemt dat het evaluatieonderzoek op dit gebied niet zonder feilen is, lijkt de conclusie gerecht-

<sup>70</sup> P. Schnabel, *Probleem van vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg*; Paper voor de studiedag 'Oneindige behoefte, oneindige zorg' van NCGV, Utrecht, 1978, blz. 4.

<sup>71</sup> M. de Haan, 'Psychotherapie in Nederland'; *Intermediair*, 24 augustus 1975, 15e jaargang nr. 34, blz. 5.

<sup>72</sup> M.P. Dupont, 'Self-help treatment programs'; *The American Journal of Psychiatry*, juni 1974, 131e jaargang nr. 6, blz. 631-635.

<sup>73</sup> A. van Dantzig, 'Menselijkheid als professie?'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, augustus 1979, 34e jaargang nr. 8/9, blz. 563. In dergelijke zin ook: M.A.J. Romme, 'Oneindige behoefte — oneindige zorg'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, november 1979, 34e jaargang nr. 11, blz. 733.

vaardigd dat de deskundigheid in hoge mate gegrond is op ervaring, ondersteund door een in de opleiding verkregen kritisch-wetenschappelijke attitude<sup>74</sup>.

Echter ook de somatische gezondheidszorg berust voor een belangrijk deel op ervaring met behandelingen die blijkbaar helpen zonder dat daar veel theorie aan ten grondslag ligt. In welke mate de patiënt beter geworden zou zijn zonder medische ingreep, blijft ook daar soms een open vraag<sup>75</sup>. Bovendien is het verschil in benadering en interpretatie van het ziektebeeld per arts zeer verschillend, vooral op het terrein van de wat vage klachten, die in feite het grootste deel van de klachten beslaan.

In de achter ons liggende decennia zijn vooral de medisch georiënteerde psychiaters sterk onder vuur genomen, niet het minst omdat zij sterk geassocieerd worden met gedwongen behandeling. Toch zijn er, zoals reeds gezegd, op medisch-biologisch terrein resultaten geboekt. De psychotherapeutische kennis is eveneens in belangrijke mate toegenomen onder andere met behulp van interactionele concepten. Van sommige sociale strategieën, zoals bijvoorbeeld de netwerkbenadering, kunnen eveneens belangrijke doorbraken verwacht worden<sup>76</sup>. Wel gaan in de eigen kringen stemmen op die voor terughoudendheid bepleiten: de werkelijke behoefte aan zorg is niet zonder meer identiek aan de aanwezigheid van problemen, waarvan de deskundige zegt dat ze behandeld moeten worden; hiermee wordt veeleer de behoefte om hulp te verlenen gemeten; de hulpverlener dient zijn eigen grenzen te kennen; te weinig stelt men zich binnen de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg de vraag of men wel over methoden beschikt om bepaalde problemen te behandelen<sup>77</sup>. Het probleem dat de hulpverlener zich terughoudend dient op te stellen als er geen adequate behandelingsmethoden zijn, is overigens niet uitsluitend eigen aan de geestelijke gezondheidszorg, maar komt in de hele gezondheidszorg voor. In de paragraaf over de somatische gezondheidszorg is in dit verband al gewezen op de uitgebreidheid van onderzoek waar patiënten soms aan onderworpen worden, zonder dat de kosten in materiële en immateriële zin aanwijsbare gezondheids-winst opleveren.

In het algemeen is de afweging van positieve en negatieve effecten in de gezondheidszorg van eminent belang. Op dit punt zouden de hulpverleners in de diverse echelons meer training behoeven. Hulpverlening schept een afhankelijkheid, die soms meer nadelige effecten heeft dan de kwaal zelf. Illich stelde dit voor de gezondheidszorg aan de orde<sup>78</sup>. Ten onzent betrok later Achterhuis in een gedocumenteerde studie dit bezwaar op vormen van psychosociale hulpverlening<sup>79</sup>. In de hulpverlening worden de problemen vaak geïndividualiseerd. Zij worden geweten aan individuele oorzaken terwijl zij in werkelijkheid maatschappelijke oorzaken zouden hebben. Hoewel men korte tijd gemeend heeft dat de hulpverlening ook deze maatschappelijke oorzaken

<sup>74</sup> Volgens Freidson geldt ook in de somatische geneeskunde dat klinische ervaring tot op zekere hoogte een substituuat is voor wetenschappelijke kennis. E. Freidson, *The profession of medicine*; New York, Dodd, Mead, 1970, blz. 165-166.

<sup>75</sup> Vergelijk bijvoorbeeld de discussies rond het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker waarbij spontane regressie in de eerste stadia van de ziekte tot de mogelijkheden hoort.

J.D.F. Habema, G.A. de Jong, P.J. van der Maas, G.J. van Oortmarssen, 'Besluitvorming over bevolkingsonderzoek'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1978, 56e jaargang nr. 56, blz. 33-43.

<sup>76</sup> Informatie schriftelijk uitgebracht door M.A.J. Romme, Hoogleraar sociale psychiatrie, Rijksuniversiteit Limburg.

<sup>77</sup> M.A.J. Romme, op. cit., blz. 730. Ook: E. Leemans en F. Lammertijn, *Sociologie van de welzijnszorg*; Leuven, Acco, 1978, blz. 152. Eveneens stellen zich gereserveerd op: T. van der Grinten en G.H. Klijnsma, op. cit., bijlage 1, blz. 2.

<sup>78</sup> I. Illich, *Het medisch bedrijf; een bedreiging voor de gezondheid*; Baarn, Het Wereldvenster, 1979.

<sup>79</sup> H. Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk; een kritiek van de andragogie*; Baarn, Ambo, 1979.

zou kunnen aanvatten, is men hier snel van teruggekomen. Wat de hulpverlening in ieder geval zou kunnen en moeten doen, menen deze critici, is de individuele cliënt bewust maken van de maatschappelijke bepaaldheid van zijn moeilijkheden in plaats van zijn aanpassing aan de omstandigheden na te streven.

Wanneer het hulpverleningsaanbod zich toe zou leggen op het wegwerken van de relatieve achterstanden die het vertoont ten aanzien van sommige sociale categorieën, en tegelijkertijd op alle overige hulpvragen in zou gaan, dan zou het aanbod voortdurend moeten blijven groeien.

Daartegenover zal zeker geen evenredige toeneming van de geldmiddelen staan. De vraag is dan of op ieder verzoek om hulp een positief antwoord dient te komen. Zo in het algemeen gesteld is deze vraag niet te beantwoorden. Dat weer is het gevolg van de onduidelijkheid van het hele veld, zowel wat de behoefte als de effecten van de hulpverlening betreft. Het is dan ook onmogelijk te zeggen welk aanbod wellicht overbodig is en welk aanbod gehandhaafd moet blijven of uitgebreid worden. De opgave in een dergelijke situatie is met een vrij beperkte capaciteit een zo groot mogelijk positief effect te boeken. Twee wegen staan daartoe open, die ook gecombineerd kunnen worden, namelijk selectie en preventie. Selectie speelt in de politieke discussies een ondergeschikte rol, omdat dit bij uitstek gezien wordt als behorend tot de specifieke deskundigheid van de hulpverlener. Er worden ook geen speciale maatregelen voorgesteld om hem daartoe te stimuleren.

Met preventie ligt dat anders. In de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 werd voor het eerst aangegeven dat herstructurering van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zou moeten leiden tot een accentverschuiving van curatieve zorg naar preventie; van intramurale naar extramurale zorg. In dit verband wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie is het voorkomen van ziekten, secundaire preventie is het opsporen en genezen in een vroeg stadium, tertiaire preventie is het beperken van de gevolgen van een reeds aanwezige ziekte. Preventie is dus een breed begrip; in elk stadium gaat het om het voorkomen van erger. Zo zal het hier ook gebruikt worden.

Onder andere McKeown<sup>80</sup> is op grond van daarnaar ingesteld onderzoek van mening dat de primaire preventie een van de voornaamste redenen is geweest voor de verbetering van de lichamelijke gezondheidstoestand van de bevolking en wel door verbetering van de voeding, de hygiëne, de immunisering, de geboorteregeling en de bescherming tegen ongelukken. De primaire preventie is veel belangrijker geweest dan de invloed van de curatieve geneeskunde. Opgemerkt zij dat de preventie in de somatische gezondheidszorg niet heeft bijgedragen tot een algemene vermindering van de vraag; de vraag is verschoven. Bij de preventie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg kan overigens niet zonder meer een voorbeeld genomen worden aan de somatische gezondheidszorg, omdat men nog minder weet van de oorzaken van geestesziekten en -problemen dan van lichamelijke.

Voor het aanpakken van de preventie zijn drie benaderingen te onderscheiden, die aangeduid kunnen worden als het 'public health' model, het 'leermodel' en het 'sociale model'.

Het 'public health' model past de methoden toe van de somatische gezondheidszorg, en de geschiktheid daarvan voor de geestelijke gezondheidszorg is een omstreden zaak. Deze methode is gebaseerd op afbakening van risicogroepen, vroegtijdige onderkenning door middel van screening en bevolkingsonderzoek van afwijkingen en voorkoming

<sup>80</sup> Th. McKeown, *The role of medicine: dream, mirage or remesis?*; London, Nuffield provincial hospitals trust, 1976.

van de ontwikkeling van ziekteprocessen. Wat is echter psychische ongezondheid, welke zijn de risicofactoren en -groepen? Er bestaat hieromtrent geen epidemiologie. Genoemd worden bijvoorbeeld dreigende bedrijfssluitingen, sociale isolatie, discriminatie, een geboortetrauma of het verlies van een levenspartner<sup>81</sup>. Dergelijke risicofactoren kunnen echter evenzeer positief als negatief uitwerken. Indien als risicogroepen worden aangemerkt immigranten, ongehuwde moeders, homofielen, bejaarden, alleenstaanden en in het algemeen groepen die buiten de algemene normen vallen, dan komt iedereen ten minste eens in zijn leven in een risicogroep terecht<sup>82</sup>. Evenals bij het preventiebeleid ten aanzien van lichamelijke ziekten dient men te bedenken dat sommige kwalen vanzelf genezen. In de geestelijke gezondheidszorg geldt bovendien de overweging dat als negatief beschouwde invloeden (stress, onrecht, falen, enz.) evenzeer een positief als een negatief effect kunnen hebben op een persoon. Er wordt bovendien voor gepleit een onderscheid te maken tussen psychische ziekte en geestelijke onvolwassenheid; de eerste vergt genezing, de tweede opvoeding<sup>83</sup>. Het public health model biedt dan ook in de geestelijke gezondheidszorg slechts een zeer beperkt bruikbare benadering.

Een andere mogelijke preventieve werkwijze ligt in het 'leermodel' of 'emancipatiemodel': als men ongunstige maatschappelijke invloeden niet kan uitschakelen, dan moet men het individu daar zo goed mogelijk tegen bestand maken<sup>84</sup>. Methodes zijn dan gevarieerd: gespreksgroepen, vaardigheidstrainingen, consultatie, groepstherapie, psychotherapie, enzovoort<sup>85</sup>.

Als laatste grondslag voor de preventie is het 'sociale model' te noemen (dat gecombineerd met het leermodel wordt toegepast), dat het individu en zijn problemen in relatie ziet tot zijn directe sociale omgeving. Caplan heeft hiervoor een theorie geformuleerd die teruggrijpt op het werk van de epidemioloog Cassel<sup>86</sup>. Deze theorie houdt in dat de mens ondersteuning nodig heeft van een groep of een netwerk waarin hij is opgenomen, en waarvan hij duidelijke mededelingen krijgt over wat er van hem verwacht wordt, steun daarbij ontvangt en beloning ('support systems'). Hij onderscheidt drie soorten steunsystemen: de spontane of natuurlijke (gezin, familie, vrienden), de georganiseerde, niet-professionele en de georganiseerde professionele. In aansluiting hierop wordt de professionele hulpverleners de taak toebedeeld op uitgebreide schaal over te gaan tot het gebruiken, mobiliseren en organiseren van dergelijke ondersteuningssystemen en tot advisering van leiders en organisatoren van bestaande hulpverleningssystemen<sup>87</sup>. Daarbij wordt ook voor een actieve, naar buiten gerichte opstelling van de dienstverlener gepleit: hij wacht niet af tot de cliënt komt, maar gaat erop uit om zijn diensten aan de man te brengen<sup>88</sup>. Tot zover de opvattingen die teruggaan op Cassel, en die plausibel zijn wat betreft de functie van de steunsystemen. Maar de 'outreaching'opstelling van hulpverleners kan de aldus verleende zorg een zekere opdringerigheid geven, die de doel-

<sup>81</sup> C.M.H. Hosman, 'Signalering en doelgroepkeuze in de ambulante geestelijke gezondheidszorg'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 58e jaargang nr. 2, blz. 42.

<sup>82</sup> A. Hilberink, 'Preventie, Knutselen aan de maatschappij'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, april 1975, 30e jaargang nr. 4, blz. 230.

<sup>83</sup> M.J.H.M. Wertenbroek, 'Gezondheid, Volwassenheid, Welzijn, Heil'; *Metamedica*, juli/augustus 1979, 58e jaargang nr. 7/8, blz. 139-154.

<sup>84</sup> C.J.B.J. Trimbos, 'Preventie in de geestelijke gezondheidszorg'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 58e jaargang nr. 2, blz. 49.

<sup>85</sup> F.M. Gerards, 'Psychosociale hulpverlening als een vorm van edukatie'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, april 1979, 34e jaargang nr. 4, blz. 297-305.

<sup>86</sup> G. Caplan, *Support systems and community mental health*; New York, Behavioral Publications, 1974.

<sup>87</sup> M.A.J. Romme, 'Mogelijkheden voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, september 1974, 30e jaargang nr. 9 blz. 405-406.

<sup>88</sup> T. van den Berg, *Preventieve psychosociale dienstverlening; een terreinafbakening*; Bloemendaal, Nelissen, 1977, blz. 58-65.

treffendheid twijfelachtig maakt, nog afgezien van de ethische aanvaardbaarheid van een dergelijke opstelling. Een ander punt is dat als deze zorg aan zijn doel wil beantwoorden er een immens apparaat nodig is. Dit blijkt ook uit het boek van Caplan: professionele begeleiding is het hele leven door nodig en zal op allerlei punten moeten aangrijpen daar de risico's en de risicogroepen vele zijn en de ene zus en de andere zo bereikt moet worden. Men kan dit zonder omhaal afdoen als 'preventieve almachtsfantasieën', maar met de aanstelling van preventiewerkers is er in principe voor een dergelijke ontwikkeling een aanzet gegeven, al zijn zij door hun geringe aantal in hun feitelijke werkzaamheid beperkt<sup>89</sup>.

De twee laatstgenoemde modellen zijn van zo algemene aard dat hun toepassing niet gebonden is aan de specifieke deskundigheid van professionele hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Zo worden de in het 'leermodel' bedoelde leerprocessen ook welbewust op gang gebracht in tal van activiteiten daarbuiten, zoals oudercursussen en -gespreksgroepen, relatietrainingen, groepswerk in het kader van de vrouwenemancipatie en van het sociaal-cultureel werk, als ook binnen het volwassenenonderwijs. Hier zijn professionele werkers van andere signatuur en ook wel niet-professionelen bij ingeschakeld. Een objectieve grond om de absolute voorkeur aan het een of het ander te geven ontbreekt.

Ook kan de amateuristische kunstbeoefening een preventieve, of gezondheidsbevorderende functie hebben. Dat is het geval als kunstbeoefening tot ervaringen leidt, die nieuwe uitzichten bieden op eigen problemen. Binnen het institutionele kader van de amateuristische toneelwereld zijn in de laatste tien jaar vernieuwende werkvormen ontstaan die niet gericht zijn op een imitatie van het beroepstoneel, maar hun betekenis ontleen aan de mate waarin de spelers geconfronteerd worden met zichzelf en hun gedrag. Daardoor worden hun inzichten aangereikt die tot heroriëntatie kunnen leiden. In samenhang met ontwikkelingen in de professie worden op het gebied van de beweging werkvormen aangeboden die vooral door hun non-verbale karakter voor veel mensen een goede uitdrukkingmogelijkheid blijken te zijn. Bewustwording van de mate waarin het eigen bewegen tal van oneigenlijke slordigheden heeft opgenomen, kan ook tot andere geestelijke attitudes leiden. Op beeldend gebied gaat het dikwijls om meer dan alleen de z.g. vrije expressie uit de jaren '50, maar eveneens om oefeningen in waarnemen, inzicht in eigen conditioneringen.

Ook is te wijzen op de activiteiten van een aantal professionele theatergroepen die sinds 1970 zijn ontstaan. Deze groepen richten zich op de problematiek van specifieke doelgroepen of op bepaalde thema's die vervolgens hetzij op de vrije markt, hetzij eveneens aan doelgroepen werden aangeboden. Een bekend voorbeeld is het Werktheater met bijv. voorstellingen over het ouder worden (Avondrood) en over ongeneeslijke ziekten (Opname), die in zeer brede kring aandacht hebben getrokken en discussies hebben losgemaakt, zowel onder het vrij toegestroomde publiek als in ziekenhuizen, inrichtingen e.d.. Zo wordt tevens gewerkt naar vergroting van de tolerantie en het begrip van de 'gezonde' omgeving. Er zijn op het ogenblik enige tientallen gezelschappen in de verschillende regio's en het ziet ernaar uit dat dit aantal zal groeien. Dit theater valt geheel buiten het geijkte toneelleven, wordt buiten de schouwburg (ook op straat) gespeeld voor mensen die nooit naar een toneelvoorstelling gaan en streeft naar activering van zijn publiek. Ook zijn er televisieprogramma's die van niet te miskennen belang zijn voor de geestelijke volksgezondheid. Dit soort produkties verdient grote aandacht van de overheid. Dergelijke vormen van preventie zijn te prefereren boven preventieprojecten vanuit de professionele hulpverlening. In

---

<sup>89</sup> A. van Oosten, 'Vluchtpsychiatrie, luxe-hulp en psycho-hobby'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, maart 1980, 35e jaargang nr. 3, blz. 219.

dit opzicht moet een verdere medicalisering van de samenleving vermeden worden en moet gebruik worden gemaakt van initiatieven die buiten de sfeer van de gezondheidszorg opkomen.

Binnen de hulpverlening heeft preventie minder de betekenis van het voorkomen van kwalen dan van de zorg voor het niet escaleren van de hulpvraag. Dit houdt in:

- dat de hulpzoeker zo snel mogelijk op het punt komt waar hij het meest effectief geholpen kan worden en dat dat punt bij voorkeur zo dicht mogelijk bij huis moet liggen;
  - de betrokkene niet langer dan strikt nodig in een gespecialiseerde hulpsoort wordt gehouden en zo snel mogelijk terugverwezen wordt naar een lager echelon of — nog beter — op eigen benen leert staan.
- Preventie in deze betekenis is vooral gericht op het voorkomen van een spiraalwerking van de interactie tussen vraag en aanbod. In de volgende paragraaf zal nagegaan worden in hoeverre de huidige structuur van de extramurale geestelijke gezondheidszorg hierop aansluit, dan wel zou kunnen aansluiten. Speciale aandacht krijgt de in gang gezette RIAGG-vorming.

De overheid heeft de preventie-doelstelling tot de hare gemaakt. Het huidige en voorgenomen beleid met betrekking tot het RIAGG en het RIGG is een orderingsbeleid. De overheid onthoudt zich in principe van inmenging in de wijze van hulpverlening, maar heeft daar toch wel degelijk invloed op door stimulerende of remmende financiële en organisatorische maatregelen, door het stellen van bekwaamheidseisen en dergelijke. De overheid heeft eigen opvattingen over de aanwending van middelen. Voor het ministerie van Volksgezondheid is vergroting van de samenhang in de gezondheidszorg, te bereiken door regionalisering en echelonnering, een belangrijk uitgangspunt. Ook bij CRM staat vergroting van de samenhang hoog op de lijst en mede in verband daarmee decentralisatie en democratisering. Beide ministeries achten hiermee het belang van de gebruiker van de dienstverlening gediend.

De vraag die hier gesteld wordt, is of een op selectie en preventie gericht beleid hiermee strookt en zo nee, hoe die institutionele vormgeving van zorg voor, en hulpverlening bij, psychische en psycho-sociale problemen dan aangepast kan worden.

## **4.5 Nadere uitwerking**

### **4.5.1 *Selectie binnen de beroepsmatige en niet-beroepsmatige hulpverlening***

In het volgende komen achtereenvolgens aan de orde de selectie in:

- de ambulante geestelijke gezondheidszorg,
- de eerste lijn, met name huisarts, wijkverpleegkundige en algemeen maatschappelijk werk,
- de nulde lijn, met name de zelfhulp en de alternatieve hulpverlening.

Selectie houdt een drietal elementen in:

- bepalen welke cliënten men het best zelf kan behandelen,
- het hebben van een overzicht over de hulpverleningsmogelijkheden elders in verband met een adequate doorverwijzing,
- een doeltreffende samenwerking met die andere hulpverleningsvormen met verbruik van zo min mogelijk tijd.

Het laatste houdt vooral in dat er goed overleg bestaat bij zich aandienende gevallen en dat de tijd bestemd voor vergaderingen over samenwerking in het algemeen tot het minimum beperkt blijft. De overheid is ten aanzien van de inhoud van de hulpverlening terughoudend en dat heeft ook betrekking op de selectie. Het is dus niet aan de overheid om uit te maken welke cliënten waar geholpen moeten worden. Wel kan zij in haar normstelling en financiering bevorderen dat er geselecteerd wordt. Zij moet aan de kwaliteit van de selectie eisen stellen en dient



daarbij van de volgende overwegingen uit te gaan.

De financiering van de gespecialiseerde hulpverlening geschiedt voor een belangrijk deel via sociale verzekeringsgelden. Het recht op de hulp die opgenomen is in het verstrekkingenpakket, geldt voor ieder ongeacht de ernst van de klacht. De hulpverlener heeft ook de neiging om zich over die ernst niet uit te spreken, want wat voor de een een zwaarwegend probleem, is hoeft dat voor de ander niet te zijn. De financieringsstructuur nodigt dus niet uit tot beperking, maar de capaciteitsnormen van de overheid leggen die beperking wel op. Zo werkt het RIAGG met vaste budgetten waarbinnen het aantal uren besteed aan hulpverlening is vastgelegd. Naast deze capaciteitsbeperking geldt bovendien een systeem van indicatie. Conform artikel 4.1 van het Besluit hulp door of vanwege een RIAGG wordt een indicatie voor hulp aanwezig geacht:

'indien van ambulante psychosociale hulp, waarbij aan het sociaalpsychische, het intrapsychische en het somatisch-biologische aspect door verschillende disciplines aandacht wordt besteed, voor de verzekerde verbetering van het psychosociaal functioneren kan worden verwacht, daaronder begrepen handhaving van een gelijk niveau van psychosociaal functioneren in gevallen waarbij zonder deze hulp achteruitgang zou optreden'<sup>90</sup>.

De wet rept niet over een prioriteitenstelling, maar sluit die prioriteitenstelling ook niet uit. Weliswaar heeft ieder die baat heeft bij de geboden hulp recht op die hulp, maar binnen de gegeven capaciteit zullen de ernstige klachten voor moeten gaan. Anderen komen daardoor (langer) op een wachtlijst te staan. Er zal bij de behandelende instelling op aangedrongen moeten worden om voor die anderen uit te zien naar mogelijke alternatieven.

Voor iedere behandeling is (artikel 5.1) schriftelijk toestemming nodig van het uitvoeringsorgaan i.c. het verbindingskantoor van het ziekenfonds. De wet omschrijft niet hoe dit verbindingskantoor dient te beoordelen. Het beschikt daartoe over een adviserend geneeskundige. Er is nogal wat verzet tegen deze constructie. Gevreesd wordt dat deze of leidt tot een verregaande bureaucratisering zonder een selecterende uitwerking, of tot werkelijk effect maar dan wel met een sterke inbreuk op de privacy van de cliënt<sup>91</sup>. Belangrijker dan een controle per cliënt is het, dat het verbindingskantoor een inzicht krijgt in de wijze waarop de behandelende instantie selecteert ten aanzien van hulpaanvragen in het algemeen. Een overzicht over een langere periode is dus nodig, waarbij uiteraard aan de waarborgen voor de privacy van de cliënt de nodige aandacht moet worden besteed. Het gaat erom dat de controlerende instantie de behandelende instelling ertoe brengt een prioriteitenstelling te maken. Deze prioriteitenstelling dient onderwerp te zijn van overleg tussen het verbindingskantoor en de instelling. De controle die het verbindingskantoor daarna dan nog houdt, dient slechts om ervoor te zorgen, dat de selectie ook werkelijk conform de afgesproken prioriteitenstelling verloopt.

De behandelende instelling staat tevens onder het toezicht van de Geneeskundig Inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid. De noodzaak tot selectie en waar mogelijk doorverwijzing houdt in dat de toezichthoudende instellingen er bij de behandelende instelling op aandringen, dat de laatste niet alleen aannemelijk maakt dat er geselecteerd wordt en op welke gronden, maar ook dat er doorverwezen wordt en op welke wijze. Publieke verantwoording van het hulpverleningsbeleid door de instelling is een tweede vereiste; hierop wordt in paragraaf 4.5.6 nader ingegaan.

<sup>90</sup> 'Besluit hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg Bijzondere Ziektekostenverzekering'; *Nederlandse Staatscourant*, 30 december 1981, nr. 251, blz. 13 e.v..

<sup>91</sup> J. Bensing, 'Huisarts, je staat ervoor!'; Verslag van het jubileumcongres van het Nederlands Huisartsengenootschap; *Maandblad voor geestelijke volksgezondheid*, februari 1982, 37e jaargang nr. 2, blz. 168-172.

Preventiebevordering vereist dat zo dicht mogelijk bij de cliënt, dus in de eerste lijn, adequate intake-mogelijkheden aanwezig zijn, waar in overleg met de cliënt wordt vastgesteld waar verdere hulp het best gegeven kan worden. De huisarts is nog altijd het meest toegankelijk; dat zoveel niet-lichamelijke klachten bij hem terecht komen is daaraan te danken, hij woont vaak in de buurt, geniet vertrouwen en werkt niet in een bureaucratische context. Ook de ambulante wijkverpleegster staat heel dicht bij de patiënt en zou daardoor een belangrijke rol in de eerste opvang van noden kunnen vervullen. De directe toegankelijkheid van zowel algemeen maatschappelijk werk als RIAGG zijn in de praktijk vaak geringer.

Het Besluit voorlopige erkenning RIAGG's (artikel III A.2) eist dat cliënten verwezen worden door de huisarts, dan wel de wijkverpleegkundige of de maatschappelijk werkende voor zover de twee laatsten functioneren in een overleg- of samenwerkingsverband met de huisarts. Cliënten kunnen nog wel zonder verwijzing komen als dat in hun belang blijkt te zijn, maar dan wordt wel teruggerapporteerd aan de huisarts, tenzij dat op onoverkomelijke bezwaren stuit van de betrokkene. De huisarts is daarmee tot spil in het verwijzingspatroon geworden.

Over de rol van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg bestaat een uitgebreide discussie. Moet hij zelf tot behandeling van lichtere problematiek overgaan met consultatie van gespecialiseerde zorg of moet hij zich beperken tot verwijzen? Voorstanders van behandeling wijzen erop dat met de in het RIAGG beschikbare capaciteit aan de stroom aan hulpvragen niet tegemoet gekomen kan worden. Tegenstanders vrezen dat de eigenlijke taak van de huisarts met een dergelijke forse uitbreiding in het nauw komt. Of de huisarts door zelf te behandelen de stroom hulpvragen zal stuiten valt te betwijfelen. Hij kan hem ook juist oproepen. Ook hoeft een dergelijke consultatiestructuur niet goedkoper te zijn dan een korte behandeling in de tweede lijn. De conclusie moet zijn dat het niet zinvol is in de eerste lijn een tweede-lijnsbehandeling uit te voeren onder supervisie van die tweede lijn. Daarmee wil niet gezegd zijn dat eerste-lijnswerkers zich zouden moeten onthouden van iedere behandeling, ook de eenvoudige, maar daartoe moet wel aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, die in 4.5.2 aan de orde komen.

Van belang blijft dat de huisarts adequaat verwijst; enerzijds geen cliënten in de eerste lijn houdt die dringend specialistische hulp behoeven en anderzijds oog heeft voor eenvoudige alternatieven bij minder zwaarwegende problemen. In die zin is het ook van belang dat hij bij cliënten die na behandeling terug worden verwezen, niet alleen nauw contact houdt met de tweede lijn, maar ook met de andere werkers in de eerste lijn, die mogelijk met deze cliënten een nauwer contact hebben dan hij. Voor het presenteren van eenvoudige alternatieven zal hij oog moeten hebben voor de mogelijkheden die nog braak liggen bij de cliënt zelf en zijn directe omgeving en voor beide kan hij overwegen of er steun te vinden is in de verschillende zelfhulpgroepen, sociaal-educatieve projecten of (andere) alternatieve hulpverlening. Deze taakverzwaring van de huisarts wordt bemoeilijkt door de thans nogal eens voorkomende overbelasting van huisartsen. Het aantal huisartsen zal echter naar verwachting tot het jaar 2000 met 75% stijgen<sup>92</sup>. Verkleining van praktijken ligt in de lijn van deze ontwikkeling, waardoor meer aandacht geschonken zou kunnen worden aan psychische problemen. Een reden voor een centrale positie van de huisarts in deze is ook dat psychische problemen vaak een biologisch substraat hebben. De te verwachten ontwikkeling op het gebied van de psychofarmaca zal in de toekomst sterker nopen tot een adequate afweging tussen medicatie en een verbale of gedragstherapeutische behandeling, wat ook gevolgen heeft voor de verwijzing.

---

<sup>92</sup> Rapport Adviescommissie opleidingen geneeskundigen, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 105-119.

In de nulde lijn zijn het diverse zelfhulpgroepen in verschillende vormen van alternatieve hulpverlening, die zich op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg bewegen. Zelfhulp verwijst naar het vermogen van de mens (en derhalve de wenselijkheid) om zelf vorm te geven aan zijn leven. Zelfhulpgroepen zijn op vrijwillige basis ontstane groepen voor wederkerige hulp. Meestal worden ze gevormd door personen die een zelfde behoefte of probleem hebben en die de oplossing daarvan niet kunnen vinden bij bestaande instellingen. De zelfhulp-ideologie is tot ontplooiing gekomen aan het eind van de jaren zestig als reactie op de dominerende rol van de professionals. Zelfhulp is vaak meer dan een aanvulling van de tekortkomingen van de verzorgingsstaat. Zij kan gedragen worden door een sociale beweging. Zelfhulp in het kader van het feminisme is daar een duidelijk voorbeeld van. Zij is dan ook uitdrukking van het zoeken naar nieuwe verhoudingen en nieuwe waardebeoordelingen, van een nieuwe zingeving.

Zelfhulp doet geen beroep op wetenschappelijke kennis, maar maakt gebruik van ervaringskennis. Door uitwisseling van de ervaringen van een aantal mensen ontdekt men de gemeenschappelijke elementen van het probleem, terwijl ook mogelijke oplossingen worden aangedragen. Tegelijk wordt ook het unieke in ieders situatie belicht. Dit dwingt de leden ertoe kennis selectief te gebruiken en aan te passen aan de eisen van de situatie<sup>93</sup>. Er is geen sprake van morele neutraliteit, de sociale controle binnen de groep impliceert een moreel oordeel. De groep steunt niet alleen door begrip en troost, zij beoordeelt, beloont en straft. In plaats van de eenzijdige afhankelijkheid in de relatie tussen professionele hulpverlener en cliënt treedt de onderlinge afhankelijkheid en gelijkheid op. Zelfhulpgroepen beperken zich ook niet tot de vastgestelde sessies, de leden hebben ook informele contacten. Zelfhulp is dus ook een reactie op en een zeker tegengewicht tegen de individualisering in de professionele hulpverlening. De groepen bewegen zich op terreinen waarbij het belang van eigen ervaring duidelijk spreekt zoals<sup>94</sup>:

- lichamelijke problemen met een psychische component, met name bij chronische ziekten, ziekten met een vroege sterfte, ziekten met een crisiskarakter zoals amputatie, brandwonden, hartinfarct;
- partner of ouder zijn van iemand met een dergelijk probleem waaronder met name ouders van gehandicapte kinderen;
- psychische problemen als verslavingen variërend van alcohol- en drugsverslaving tot te veel eten of roken, angsten, crises, waaronder rouwverwerking en verkrachting;
- partner of ouder zijn van een verslaafde, gedetineerde, agressieve, homofiele man of vrouw;
- maatschappelijke problemen van minderheidsgroepen, emancipatiebewegingen, 'bewoners' van inrichtingen en gevangenissen.

De zelfhulpgroepen ondervinden wel kritiek wegens hun gebrek aan deskundigheid. Merkwaardige kritiek waar toch zelfhulp die deskundigheid juist afwijst. Dergelijke kritiek lijkt het recht van mensen om elkaar te helpen te miskennen. Ook als de groep vanuit het gezichtspunt van de deskundige schromelijke fouten maakt, past hier geen oordeel zolang de groep zelf geen noodzaak ziet om professionele maatstaven aan te leggen. Dat sluit niet uit dat iemand in voorkomende gevallen niet beter af geweest zou zijn met professionele hulp, maar het is niet mogelijk in algemene zin vast te stellen in welke gevallen. Zelfhulpgroepen voor psychische problemen houden overigens vaak nauw contact met de professionele hulpverlening. In die zin is de aanpak in praktijk minder antagonistisch ten opzichte van de professionele hulpverlening dan de ideologie zou doen vermoeden.

<sup>93</sup> Th. Borkman, 'Ervaringskennis: een nieuw begrip voor het analyseren van zelfhulpgroepen'; *Zelfhulp: een nieuwe vorm van hulpverlening?*, op. cit., blz. 100-112. Borkman meent dat ervaringskennis in opkomst is, ook buiten de zelfhulpgroep.

<sup>94</sup> L. Hoekendijk, *Werkboek Zelfhulp*; Bussum, Landelijke Stichting Werkwinkel, 1979.

De alternatieve hulpverlening daarentegen zet zich wel degelijk af tegen de professionele en ontleent daar ook zijn bestaansrecht aan. Hij biedt een alternatief voor de intra- en semimurale zorg voor zover het gaat om meest jonge mensen die weglopen uit een inrichting en geen gezin of familie hebben om op terug te vallen, omdat zij uit deze kring zijn uitgestoten of door verblijf in een inrichting of tehuis daarvan zijn vervreemd. Over het algemeen onttrekken deze vormen van hulpverlening zich aan iedere verwijzing, wat niet wegneemt dat er vaak overleg is met de inrichting waaruit is weggelopen, de politie, de sociale dienst en soms ook de huisarts van de betrokkene (voor zover hij er een heeft). Deze instellingen (JAC, Release, Sosjale Joenit) geven hulp in acute situaties, zoals ook de Blijf-van-mijnlijf-huizen voor mishandelde vrouwen en hun kinderen. Een belangrijk aspect van deze hulpverlening is het bieden van onderdak. In feite gaat het bij dergelijke hulpverlening om vervangende mantelzorg. Vervangende mantelzorg biedt zich soms ook aan vanuit de maatschappij in de vorm van gezinsverpleging of incidentele vormen (weekend- en vakantiegezinnen).

Het is echter ook mogelijk dat het eigen gezin of de familie van de cliënt zich op intensieve wijze inzet maar soms een pauze nodig heeft om op krachten te komen. De pauze zou gerealiseerd kunnen worden als een hulpverlener aan huis zorg komt bieden of wanneer de intramurale zorg een tijdelijke opname mogelijk maakt of in de semimurale zorg een tijdelijke dag- en nachtopvang te verwezenlijken is. In feite zijn dergelijke aanvullingen op de mantelzorg nog nauwelijks gerealiseerd en werken capaciteitsnormen deze vaak tegen. In paragraaf 4.5.5 wordt hierop teruggekomen. Hier is van belang dat de verwijzer zich de eventuele belemmeringen van de mantelzorg realiseert en waar dit aan de orde is eerder zijn activiteit richt op het vinden van een goede aanvulling op de mantelzorg, dan dat hij de cliënt verwijst naar een hoger echelon.

De professionals in de tweede lijn zouden een grotere bereidheid aan de dag moeten leggen tot overleg met deze anderssoortige hulpverleningsvormen, wanneer hierom door deze instellingen wordt verzocht. De soms wat afwijzende houding van de alternatieve hulpverlener moet men daarbij maar voor lief nemen, wanneer blijkt dat het vrijwillige aanbod van onderdak door het gebaar van solidariteit met het lot van de hulpvrager een steun biedt die de professionele zorg niet kan geven. Voor de verwijzers in de eerste lijn is het van belang een overzicht te hebben van zelfhulp en alternatieve hulpverlening. Per regio zullen de verschillende verwijsmogelijkheden bekend moeten zijn bij een centraal punt, bijvoorbeeld bij een Maatschappelijk Advies- en Informatiebureau of een gemeentelijk informatiecentrum.

#### *4.5.2 Preventie als de-escalatie; speerpunten in de samenwerking*

Waar in het voorgaande een consultatiestructuur van de tweede ten opzichte van de eerste lijn met name voor de huisarts is afgewezen, is daarmee bedoeld te zeggen dat het weinig zinvol is in de eerste lijn onder supervisie een tweede-lijnsfunctie uit te oefenen. Een tijdige doorverwijzing is dan veel meer op zijn plaats. Er is niet bedoeld te zeggen dat werkers in de eerste lijn zich geheel van de behandeling van psychosociale problematiek zouden moeten onthouden en alleen zouden moeten doorverwijzen. Een aantal voorwaarden dienen daartoe vervuld te zijn.

Natuurlijk moet de tweede lijn de eerste lijn informeren, zeker als een cliënt wordt terugverwezen naar de eerste lijn, maar dit geldt niet alleen voor de huisarts. Er zijn nog andere werkers in de eerste lijn die mogelijk veel meer contact met de cliënt hebben gehad, zoals de wijkverpleegkundige of de algemeen maatschappelijk werker. In een aantal gevallen zullen het ook andere hulpverleners zijn. Het ligt voor de hand dat de informatie zich dan op deze hulpverleners moet richten. Een tweede punt is dat consultatie geen eenzijdig gebeuren is; het is niet de tweede lijn die de wijsheid in pacht heeft. Kennis van zaken van het soort problemen

dat zich in een lager echelon aandient, is voor de tweede lijn van belang. Inzicht in de specifieke situatie waarin een cliënt verkeert, is juist over het algemeen op dit lagere niveau aanwezig. Tweezijdige communicatie dient zoveel mogelijk betrekking te hebben op afzonderlijke cliënten en alleen waar nodig de vorm aan te nemen van algemene vergaderingen ter ondersteuning van de samenwerking. Een derde voorwaarde is dat alle eerste-lijnswerkers voldoende opleiding krijgen om psychosociale problematiek te onderkennen, om gericht naar hogere of lagere echelons door te verwijzen en waar nodig en mogelijk zelf te behandelen. Hierbij hoeft niet alleen gedacht te worden aan initiële opleidingen waarbij al snel overlading dreigt en waarbij degene die in opleiding is, het geleerde nog moeilijk kan plaatsen. Korte en af en toe herhaalde opleidingen voor degenen die al in het veld aan het werk zijn, kunnen vaak veel beter werken. Ten slotte is het van belang dat de eerste-lijnswerkers onderling een goede overlegstructuur hebben.

Psychische problemen kunnen tot uitbarsting komen in een crisis, waarbij de situatie gemakkelijk kan escaleren en ten slotte kan resulteren in een soms onnodige opname. Preventie in de betekenis van de-escalatie houdt een adequate crisisinterventie in. De recente wetgeving met betrekking tot het RIAGG stelt crisisinterventie uitdrukkelijk als taak voor deze regionale instellingen. Dat betekent niet dat er in een regio een crisiscentrum moet zijn, maar wel dat er een 7 x 24 uur bereikbare hulp in een voor de regio aangepaste vorm voorhanden moet zijn. Over de vorm laat de wet zich overigens niet uit. Voor crisisinterventie is ook een nauw contact met de politie nodig, die veelvuldig met dergelijke situaties geconfronteerd wordt, maar daar niet toe is opgeleid. Informatie vanuit de tweede lijn is een vereiste, maar ook hier geldt dat de communicatie wederzijds is. Zo kan de gespecialiseerde hulpverlening onder meer via de politie een beter beeld krijgen van het soort crisis dat zich aandient en ook van de problemen die dat geeft voor de directe omgeving van de cliënt.

Bij de wijze waarop aan crisisinterventie vorm gegeven zal moeten worden, dient ook gelet te worden op het potentieel aan 7 x 24 uursdiensten die al in de regio aanwezig zijn. Aan de vrijwilligerskant kunnen dat de telefonische hulpdiensten zijn, maar ook onderdakadressen zoals Blijf-van-mijn-Lijf-huizen; aan de professionele kant is dat de intramurale zorg. Van belang is voorts dat er binnen de intramurale zorg een potentieel beschikbaar is voor kortstondige opvang in een dergelijke crisis, zonder dat dat inhoudt dat cliënten, waar dat niet nodig is, blijven hangen. Kortstondige opvang is ook nodig in verband met verlichting van de directe omgeving van de cliënt (mantelzorg).

Een nijpend probleem vormt ten slotte het ontbreken van extramurale zorg voor chronische patiënten die niet (meer) zijn opgenomen. Zij komen er vaak niet toe naar de hulpverlener toe te gaan. Hun toestand kan zonder periodieke hulp gemakkelijk verslechteren zowel ten nadele van henzelf als hun directe omgeving. De ambulante zorg waarbij de hulpverlener naar de patiënt toe gaat, bestond oorspronkelijk wel als functie van de SPD'en, maar is verdwenen. Chronische patiënten zijn de zorg geworden van de intra- en semimurale instellingen. Het is noodzakelijk dat de intra- en extramurale instellingen bij hun erkenning tot taak krijgen in gezamenlijk overleg zorg te dragen voor extramurale hulp aan chronische patiënten.

#### 4.5.3 RIAGG en preventie

Doorwerking van de preventiegedachte in de curatieve zorg moet leiden tot zo min mogelijk noodzaak van doorverwijzingen naar niveaus van meer gespecialiseerde behandeling. Veel hangt af van een goede intake en adequate verwijzing. Daarvoor is nodig dat hulpverleners over en weer goed geïnformeerd zijn en dat er een onderling aansluitende taakverdeling is. In het voorgaande bleek dat de situatie wat dit betreft

gebreken vertoont. Een oplossing is gezocht door een deel van het terrein te herstructureren door bundeling van een aantal instellingen in RIAGG's. Deze instellingen vertonen een overlapping in taken en cliëntèle en een zekere verwantschap in aanpak. De RIAGG's zijn opgezet omwille van een duidelijker ordening binnen aanverwante hulpverlening, zodat enerzijds geen overlapping zou bestaan en anderzijds een zekere gelijkmatige verdeling van zorg over het land gegarandeerd zou zijn. Uit een oogpunt van preventie zou men eerder verwacht hebben dat aansluiting wordt bewerkstelligd tussen de verschillende echelons. Echter een toestand veranderen die zo gecompliceerd is en waarin zo vele belangen een rol spelen, is moeilijk. Dat men dan daar aanvangt waar men een mogelijkheid ziet iets te verschuiven, is begrijpelijk. Dat neemt niet weg, dat een dergelijke aanpak toch op zijn doeltreffendheid bekeken moet worden. Uit een oogpunt van preventiebevordering zijn hier een aantal vraagtekens te zetten.

In de eerste plaats vereist preventiebevordering dat zo dicht mogelijk bij de cliënt, dus in de eerste en nulde lijn, adequate hulp-intake aanwezig is, die in overleg met de cliënt vaststelt of verdere hulp daar of elders gegeven moet worden. Een versterking van de eerste lijn is derhalve noodzakelijk (opleiding, kleinere praktijken met name voor de huisarts). Ook een summiere ondersteuning van de nulde lijn is noodzakelijk om deze van de grond te krijgen (overlegplatformen op regionaal niveau, enige opleiding, kosten van de vrijwillige hulpverlening). De RIAGG-vorming versterkt vooral de tweede lijn en binnen die tweede lijn een bepaald stuk namelijk de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Iedere samenbundeling in één structuur bergt steeds het gevaar in zich van een afsnijding van aangrenzende instellingen. Op de noodzaak van overleg zowel met de eerste- als de nulde-lijnsvoorzieningen vanuit het RIAGG is in het voorgaande in extenso geweest. Versterking van de eerste lijn wordt door de overheid al zeer lang als voornemen beleden. In het kader van preventie van psychische kwalen is het in ieder geval noodzakelijk dat niet uitsluitend de tweede lijn versterkt wordt.

In de tweede plaats vraagt preventiebevordering om een zekere afstemming van alle eerste-, tweede-, en derde-lijnsvoorzieningen. De bedoeling is wel, dat de RIAGG's opgenomen worden in grotere verbanden, de RIGG's, die overigens ook niet alomvattend zijn (zie 4.3.3.3). Nu is een zekere relativering van het streven naar samenhang hier wel op zijn plaats. Elke structuur zal gaten vertonen. Een keten van precies op elkaar aansluitende voorzieningen is een onhaalbare zaak en ook een miskennis van zowel de geschakeerdheid en wisseling van de problemen waarvoor men hulp zoekt, als van de schakeringen en beperkingen in het vermogen om hulp te bieden. Extreem gesteld is het zo dat de aard van de benodigde samenhang van geval tot geval verschilt. Een uniforme, gerationaliseerde organisatie moge de beheersbaarheid vergroten, verbetering van de dienstverlening zal daar zeker niet altijd mee samengaan. De onoverzichtelijkheid van het terrein voor zowel hulpverlener als cliënt is wel een bezwaar dat zoveel mogelijk onderwerpen moet worden, maar niet ten koste van de mogelijkheid daar hulp te zoeken waar die effectief geboden kan worden.

Niettemin zou een geïsoleerde ontwikkeling van de RIAGG's bezwaren hebben. De huidige situatie is namelijk zo dat zij enerzijds overlapping vertonen met diverse instellingen buiten dit verband, anderzijds niet de taak vervullen die hen in principe als tweede echelon zou toevallen. 'In onze visie heeft de aggz in de Nederlandse situatie (.....) een belangrijke rol te vervullen. De aggz vormt als het ware de verbindingsschakel in een keten die verder nog bestaat uit de eerstelijns, de beschutte woonvormen en de intramurale geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. (....) De

aggz zal juist het samenbindend element moeten vertegenwoordigen<sup>95</sup>. De feitelijke situatie beantwoordt niet aan dit citaat, de huidige functie van de RIAGG's ten opzichte van de intramurale zorg is zeer beperkt. De cliëntèle van de RIAGG-instellingen bestaat hoofdzakelijk uit personen die niet voor opname in aanmerking komen. De functie die de SPD — onderdeel van het RIAGG — in de nazorg had, is ten dele overgenomen door de poliklinieken. Zo blijken er twee hulpverleningscircuits te zijn ontstaan, die als zodanig ook weer niet duidelijk onderscheiden zijn, gezien de neiging van de poliklinieken om ook lichtere gevallen (geen potentiële opnamepatiënten) te behandelen.

Een landelijk uniforme structurering zoals in de huidige opzet is op een aantal punten te star. Het patroon van voorzieningen verschilt per plaats of regio, de specialisatie daarbinnen ook. In het ene geval zal men het algemeen maatschappelijk werk eerder tot de primaire hulpverlening rekenen, in het andere geval is het meer specialistisch. Het is beter de formele geleiding te laten aansluiten op bestaande vormen van hulpverlening dan omgekeerd. Duidelijkheid in het aanbod wordt alleen gediend met uniforme, structureel-organisatorische maatregelen, als er op ruime schaal aanvaarde ideeën bestaan over taken, taakafbakening en taakverdeling. Wat taken zijn voor een RIAGG kan, gezien de huidige onbestemde situatie, zowel afhankelijk gemaakt worden van de aard van een in een RIAGG beschikbare deskundigheid als van het in een regio aanwezige voorzieningenpatroon. RIAGG's zullen daarom niet in elke regio precies dezelfde taken vervullen. Als het beleid ten aanzien van de RIAGG's deel uitmaakt van een ruim omschreven op preventie gericht beleid, kan dat bijdragen tot een duidelijker identiteit. Gezien de lokale gevarieerdheid van behoeften en aanbod zal dat een lokaal of regionaal beleid moeten zijn. Aangezien ook de poliklinieken zich op het terrein van de ambulante zorg hebben begeven, kunnen zij niet buiten het beleid blijven.

Ten slotte moeten er uit een oogpunt van preventie geen oneigenlijke redenen zijn voor verwijzing naar een bepaalde voorziening. De RIAGG-hulp echter is een verstrekking ingevolge de AWBZ. Als eerste-lijnshulp (en mogelijk ook ingebouwde hulpverlening in school-begeleidingsdiensten, ziekenhuizen e.d.) onder invloed van ongunstige economische omstandigheden eer beknot dan uitgebreid wordt, zal afschuiven naar een RIAGG bevorderd worden. Dit wordt vergemakkelijkt door de geringe profilering van het aanbod van RIAGG-instellingen.

Twijfels aan de effectiviteit van de RIAGG-vorming worden minder als de RIAGG-vorming in een breder beleid zou worden opgenomen. Dit zou een onderlinge afstemming van meer instellingen dan alleen de RIAGG-instellingen moeten behelzen, alsmede aandacht voor informatie en regeling van een publieke verantwoording door de instellingen van hun werk.

Profilering van het aanbod en groei naar een zekere mate van samenhang zijn processen die niet op centraal overheidsniveau kunnen worden afgedwongen. Gedetailleerde centrale afspraken tussen landelijke overheid en centrale organisaties van het particulier initiatief, die vervolgens normatief worden voor plaatselijke en regionale voorzieningen, gaan in tegen het wezen van wat beoogd wordt. Afspraken moeten gemaakt worden met en tussen de individuele instellingen. Dat maakt ook aansluiting mogelijk bij het lokaal bestaande patroon van voorzieningen en bij de plaatselijke behoeften.

Reeds werd gezegd dat samenhang op dit terrein altijd gebreken zal vertonen, te meer omdat er verschuivingen in behoeften optreden. Maar het is ook de gebrekkige kennis van het voorzieningenpatroon, die zowel

---

<sup>95</sup> J. van Londen en S.P. Banga, 'De ambulante geestelijke gezondheidszorg in herconstructie'; *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, april 1981, 36e jaargang nr. 4, biz. 307.

cliënten als hulpverleners hebben, die onjuiste verwijzingen ten gevolge heeft. Daarom zou een voorziening moeten worden geschapen die als informatiepunt voor burgers kan fungeren en voor hulpverleners als centraal punt voor informatie die zij zelf verder moeten aanvullen.

#### 4.5.4 *Decentralisatie van de extramurale geestelijke gezondheidszorg*

In de vorige paragraaf is al gewezen op de noodzaak van een territoriaal gedecentraliseerd beleid. Afwegingen moeten gemaakt worden met inachtneming van de plaatselijke situatie. De taak van de centrale overheid zal dan ook bij voorkeur beperkt moeten blijven tot globale richtlijnen.

De verschuivingen die daartoe moeten plaats hebben, vergen in eerste instantie een probleemgerichte planning. Uitgangspunt daarbij zijn te onderkennen problemen, problematische groepen en taken die daarvoor vervuld moeten worden. Het plan wordt geconcretiseerd in afspraken omtrent taken die instellingen op zich nemen. Deze zullen uitgewerkt moeten worden in de door instellingen in te dienen begrotingen. Het plan zal in hoge mate een resultaat van onderhandeling tussen betrokken partijen moeten zijn. Het gaat hier om de verschaffing van diensten die niet vastliggen en waarover een grote mate van onzekerheid en onduidelijkheid bestaat. Beoordeling van buitenaf is moeilijk. Evenmin als dat bij het landelijk beleid het geval is, zal ook bij gemeentelijk beleid de beleidsvoorbereiding derhalve een zaak kunnen zijn van hoofdzakelijk ambtelijke planningsactiviteit. In het voorgaande is trouwens al gebleken dat om samenhang te bewerkstelligen die niet alleen op het plan figureert, maar ook een basis in de realiteit heeft, de planning in belangrijke mate zal moeten voortkomen uit overleg en afspraken tussen de uitvoerende instellingen zelf, zowel binnen als tussen de echelons, tussen de professionele en de niet-professionele zorg.

Het is de taak van de overheid in deze beleidsvoorbereiding een zodanig machtsevenwicht te bewaken dat niet één of enkele partijen ten eigen bate de dienst uitmaken. De belangrijkste input in de beleidsvoorbereiding moet het resultaat van het overleg tussen de uitvoerende instellingen zijn. Het bereiken van een zo bruikbaar mogelijk resultaat met behulp van een functionaris die overleg en onderhandeling tussen instellingen stimuleert en begeleidt, is een andere taak voor de overheid. Deze beleidsvoorbereiding, die tot een advies aan de beslissende organen moet leiden, kan op verschillende manieren georganiseerd worden. Eén van de mogelijkheden is een commissie, zoals de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) die omschrijft en die is samengesteld uit:

- verschillende groeperingen van het particulier initiatief;
- consumentenorganisaties;
- verzekeringsinstellingen op het gebied van de gezondheidszorg;
- de overheid;
- deskundigen.

In die planning worden ook de eerste en de nulde lijn betrokken, de laatste eventueel alleen in het informatieve deel van het plan. In het plan kunnen de bestaande RIAGG's worden opgenomen. Er is nog niet beslist of de ambulante geestelijke gezondheidszorg, waaronder de RIAGG's vallen, naar provincie of gemeente wordt gedecentraliseerd. De decentralisatie volgens de WVG gaat uit van de volgende toedeling:

- de intra- en semimurale voorzieningen naar de provincie;
- de eerste lijn en de openbare gezondheidszorg naar de gemeente.

De nulde lijn waar potentiële mogelijkheden voorhanden zijn, zoals hierboven besproken is, komt in het beeld van voorzieningen dat deze wet geeft, niet aan de orde. Het RIAGG is daarmee nog niet ingedeeld. Een RIAGG wordt gerekend een gebied van circa 200.000 zielen te bestrijken en overschrijdt meestal de gemeentegrenzen. In Groningen, Friesland, Drenthe en Zeeland vallen de RIAGG-grenzen nagenoeg samen met die van de provincie. Rond de grote steden is het patroon ingewikkelder. Soms valt het RIAGG samen met het gemeentelijk grondgebied maar



soms ook worden de gemeentegrenzen doorsneden.

Voor de decentralisatie van het RIAGG naar de gemeente pleit de noodzaak samenwerking en samenhang tot stand te brengen met voorzieningen die een gemeentelijk bereik hebben en voorwerp van gemeentelijk beleid zijn. Gewezen is op het belang van de eerste-lijnsgezondheidszorg. Tegen decentralisatie naar gemeentelijk niveau pleit dat veel van de gemeente wordt gevergd. Een bezwaar kan voorts zijn, dat gezien het regionale bereik van verschillende voorzieningen, intergemeentelijke samenwerking nodig is en dat dit voor kleine gemeenten een te zware belasting is. Een oplossing zou kunnen zijn de centrumgemeente te belasten met de beleidsvoorbereiding, en de beleidsuitvoering in overleg met de betrokken gemeenten aan de centrumgemeente te delegeren. Een andere mogelijkheid is om niet te streven naar een uniforme regeling, maar recht te doen aan wat reeds is gegroeid. De bemoeienis van de decentrale overheid met de geestelijke gezondheidszorg is in het verleden zeer verschillend geweest. Zo hebben sommige grote gemeenten zich intensief beziggehouden met de geestelijke gezondheidszorg in de vorm van eigen ziekenhuizen of via de GG en GD, met name als daar een SPD aan verbonden was. Ook sommige provincies zijn vrij ver in hun oriëntatie op het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Zij kennen de provinciale raden voor de geestelijke gezondheidszorg, waarbinnen vaak een territoriale splitsing in districten bestaat. Dergelijke raden en districten vormen een overleg-platform voor de betrokken gemeenten, de sociale-verzekeringsinstellingen en de hulpverleners.

Het beleid ten aanzien van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zou aldus een taak moeten zijn van:

- de provincie waar het territoir van het RIAGG nagenoeg samenvalt met dat van de provincie;
- de gemeente waar deze al een vergaande invloed heeft op dit terrein met name door een eigen SPD; doorsnijding van de gemeentegrenzen door de RIAGG's is dan ongewenst;
- in alle overige gevallen waar RIAGG's een kleiner gebied bedienen dan de provincie, maar wel een groter dan dat van een gemeente, zouden de desbetreffende gemeenten een samenwerkingsverband moeten aangaan. Eventueel zou de provincie tijdelijk belast kunnen worden met het beleid, zolang deze samenwerking nog geen vorm gevonden heeft. Waar districten samenvallen met het werkingsgebied van een RIAGG zouden deze districten, nu of mettertijd, omgezet kunnen worden in een samenwerkingsverband.

De ruimte die de lagere overheid krijgt om beleid te voeren, wordt niet alleen bepaald door de WVG, maar ook door de financieringsstructuur. Met name is de AWBZ van belang, waaruit onder andere het RIAGG gefinancierd wordt. Hierop wordt in de volgende paragraaf ingegaan.

#### 4.5.5 *Financiering*

Een belemmering voor een op preventie gericht beleid is het bestaan van verschillende financieringsbronnen voor de betreffende voorzieningen. In de eerste plaats gaat het daarbij om het tot stand brengen van verschuivingen. Dit zijn de verschuivingen die per regio mogelijk zijn tussen de werkvormen binnen het RIAGG enerzijds en het aanwezige hulp-potentieel van de eerste lijn anderzijds. De huidige wetgeving met betrekking tot de RIAGG's sluit dergelijke verschuivingen volledig uit. Het opgebouwde potentieel buiten het RIAGG kan, indien gefinancierd uit algemene middelen, onder druk van de huidige bezuinigingen gemakkelijk verdwijnen, terwijl tegelijkertijd de zeker gestelde hulpverlening binnen het RIAGG zich mogelijk zal uitbreiden. Dit wil overigens niet zeggen dat al het bestaande behouden moet blijven. Integendeel, vermeden moet worden dat instellingen worden gesubsidieerd 'omdat ze er nu eenmaal zijn'.

Voorts hebben de in vorige paragrafen gedane aanbevelingen finan-

ciële consequenties. Te noemen zijn:

- bij alle betrokken hulpverleners het up-to-date houden van ver-  
wijzingsmogelijkheden gevoed vanuit een centraal punt in de regio;
- de nodige tijd voor overleg met betrekking tot individuele cliënten  
en enig algemeen overleg tussen de 'lijnen';
- aanvullende opleidingen voor hulpverleners in de eerste lijn;
- ondersteuning van de zelfhulp-activiteiten (bijv. met bepaalde faci-  
liteiten);
- ondersteuning van de alternatieve hulpverlening (bijv. door tege-  
moetkoming in de door de vrijwilligers gemaakte kosten).

Omdat het hier gaat om aanvullende voorzieningen die nodig zijn om de extramuraal hulpverlening doelmatig te laten functioneren, is één budget gewenst waarbinnen de noodzakelijke afwegingen gemaakt kunnen worden. Blijft de RIAGGhulpverlening financieel los van de aanvullende voor-  
zieningen, dan bestaat een kans dat de laatste verwaarloosd worden of  
minstens niet in samenhang met de hulpverlening bekeken worden.

In de WVG en in de decentralisatie van de uitvoering van de AWBZ  
liggen onvoldoende waarborgen dat de lagere overheden voldoende  
'armslag' krijgen om een op samenhang gericht beleid tot stand te bren-  
gen. Dit zou vereisen dat de verstrekking die is vastgesteld door de  
minister, zeer ruim wordt omschreven. Hiermee is strijdig het opnemen  
in de omschrijving van specifieke aanduidingen van instellingen of insti-  
tuten, zoals gebeurd is in de wettelijke regeling van de ambulante  
geestelijke gezondheidszorg, waar de hulpverlening wordt gedefinieerd  
als die, gegeven door het RIAGG, in casu SPD, MOB, LGV en IMP.  
Erkenningen worden volgens de WVG verleend door de lagere overheid,  
maar de normen en voorwaarden worden centraal vastgesteld. Overeen-  
komsten worden thans door de ziekenfondsen gesloten met personen en  
instellingen die verstrekkingen verlenen. De kans bestaat dat de zieken-  
fondsen een eigen beleid gaan voeren, dat onder omstandigheden dat  
van de gemeente kan doorkruisen. Voor een beleid dat gericht is op  
meer samenhang, is een combinatie van geldstromen tot één finan-  
cieringsbron aanbevelenswaardig. Eén mogelijkheid daartoe is alle extra-  
murale hulpverlening onder de AWBZ te brengen. Een andere is de  
betreffende AWBZ-gelden in de gemeentelijke kas te laten vloeien.  
Vanuit het standpunt dat hier ingenomen wordt, bestaan er tegen de  
eerste mogelijkheid overwegende bezwaren. Reeds genoemd is het punt  
van formulering als AWBZ-verstrekking en de vraag welke beleidsruimte  
er dan voor de lagere overheid overblijft. Een ander bezwaar is dat niet  
alle in het beleid te betrekken voorzieningen onder het ministerie van  
Volksgesondheid en Milieuhygiëne vallen. Hoewel de AWBZ al aanzienlijk  
'opgerekt' is, is het toch de vraag of de betreffende voorzieningen daar  
ondergebracht zouden kunnen worden. Ten slotte is een bezwaar, dat  
een dergelijke incorporering in de gezondheidszorg een verdere medica-  
lisering van de samenleving slechts versterkt.

De voorkeur gaat uit naar de tweede mogelijkheid. Ook de Harmonisa-  
tieraad Welzijnsbeleid (HRWB) heeft in zijn advies inzake AWBZ-  
financiering de mogelijkheid geopperd van het toekennen van budgets  
aan provinciale en gemeentelijke besturen ten laste van de ABWZ voor  
de financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg<sup>96</sup>. Inha-  
kend op deze gedachte zou hieraan vorm kunnen worden gegeven door  
een deel van de AWBZ-gelden (bijv. een bepaald percentage) als een  
doeluitkering aan de gemeenten respectievelijk de provincies toe te ken-  
nen. Een argument tegen dit voorstel zou kunnen zijn, dat zo premies die  
krachtens de AWBZ worden geheven via de gemeenten en de provincies  
hun uiteindelijke bestemming vinden. Gezien echter de ontwikkeling van  
de AWBZ sedert het van kracht worden ervan, is er geen reden om aan

<sup>96</sup> Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *AWBZ-financiering: advies over de financiering van de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen*; advies nr. 16, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 43.

te nemen dat de bepalingen in de wet zich zouden verzetten tegen de essentie van het hier gedane voorstel. Er zijn reeds vele zaken op een op het eerste gezicht oneigenlijke manier onder de werkingssfeer van de AWBZ gebracht. Bovendien is hier van oneigenlijkheid nauwelijks sprake, omdat het gaat om een stuk gezondheidszorg dat alleen via een andere weg dan de tot nu toe gebruikelijke, gefinancierd zou gaan worden. Bovendien wordt de AWBZ al voor een substantieel gedeelte aangevuld met algemene middelen. Hiervan zou men een deel rechtstreeks naar de gemeenten kunnen leiden. De AWBZ zou dan gewijzigd moeten worden, omdat gezien het recht op verstrekking het wel noodzakelijk is dat deze nieuwe mogelijkheid genoemd wordt (al laat de wet ook de weg van AMvB open).

Wat betreft het sluiten van de overeenkomst met de instellingen staan twee wegen open. De eerste mogelijkheid is dat het plaatselijk ziekenfonds (respectievelijk het verbindingskantoor van de plaatselijke ziekenfondsen), de overeenkomst sluit maar nu in overleg met de gemeente of provincie. De tweede en verdergaande mogelijkheid is dat de gemeente deze taak zelf ter hand neemt. Dit zou dan zo geregeld kunnen worden dat de gemeente/provincie middels goedkeuring van begroting en erkenning wordt geacht een overeenkomst met de instelling te hebben gesloten.

De kwestie van potentiële verschuivingen is ook aan de orde ten aanzien van het circuit van de intra- en semimurale voorzieningen, zoals bijvoorbeeld van intramurale naar gezinsverpleging. Een beter functioneren van eventueel aanwezige mantelzorg vergt een aanpassing van de professionele hulpverlening. In 4.5.1 is gewezen op het belang van een hotelfunctie van de intramurale zorg en eveneens een flexibeler inzet van dag- of nachtopvang. Dat betekent dat de bezettingsnormen die gelden ten aanzien van deze voorzieningen, met een dergelijke tijdelijke inzet rekening hebben te houden. Het openstaan van plaatsen of bedden dient niet te leiden tot inperking van het plaatsen- of beddenbestand, als aangetoond kan worden dat zij ook werkelijk functioneren voor tijdelijke opvang en bovendien tot gewenste resultaten voor de instandhouding van de mantelzorg leiden.

Hiertoe is ook samenwerking nodig tussen gemeente en provincie, omdat de laatste volgens de WVG de zorg voor de intramurale voorzieningen tot taak heeft. Indien de geldstromen niet gecoördineerd worden, bestaat het gevaar dat gemeenten hun budgetproblemen, die in de toekomst ongetwijfeld zullen aanhouden, zullen verlichten door de behoefte aan hulp af te wentelen op de voorzieningen die niet ten laste komen van de gemeentebegroting. In het meest vergaande alternatief zouden ook deze vormen van hulpverlening onder het gemeentelijk budget kunnen worden gebracht. Een meer gematigd alternatief is het maken van samenwerkingsafspraken betreffende intake-beleid, onderlinge verwijzing en dergelijke.

#### 4.5.6 *Toetsingsinstrumenten*

De onduidelijkheid die er bestaat omtrent de effectiviteit van de extramurale geestelijke gezondheidszorg, maakt voor de toekomst een gedegen kwaliteitsbewaking nodig. Naast vormen van intercollegiale toetsing, zoals die zijn bepleit in hoofdstuk 3, is een vorm van publieke controle op de resultaten gewenst. Daarvoor wordt wel gedacht aan een informatiesysteem waarin kerngetallen over de samenstelling en intensiteit van de dienstverlening zijn opgeslagen. Sinds 1977 is men binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg bezig met het opzetten van een registratiesysteem. Op een dergelijke wijze kan een beeld worden verkregen van de vraag en het aanbod van alle in een regio van één of meer gemeenten voorhanden extramurale voorzieningen. Hoewel zo'n registratie voor het beleid van de instellingen van nut kan zijn, moet men het belang voor

externe toetsing en daarop gebaseerde besluitvorming van de overheid niet hoog waarden, vanwege de grote methodologische moeilijkheden en vanwege de beperking tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een toetsing van behandelingen zal in hoge mate een zaak van de professionele hulpverleners zelf moeten zijn, maar zij zal in alle openheid moeten geschieden. Daarbij dienen hulpverleners aan te geven welke veranderingen zij beogen teweeg te brengen, in hoeverre zij hierover met hun cliënt overeenstemming hebben gevonden, hoe zij menen dat die veranderingen ook geconstateerd kunnen worden, en wie — anders dan zijzelf — zij tot oordelen bevoegd achten. Er moet een forum worden geschapen voor een voortdurende verantwoording door professionele hulpverleners van hun organisatie, financiering en werkwijze. Dat houdt in dat hulpverleners voor een kritisch, onafhankelijk en deskundig gehoor dienen te rechtvaardigen, zoveel mogelijk met verwijzing naar geconstateerde feiten, waarom zij optreden zoals zij doen, of waarom zij bepaalde aanspraken indienen. Gevestigde praktijken als bijvoorbeeld uitgebreid vooronderzoek door een instituutstaf, teamoverleg, het inzetten van hoog gekwalificeerde medewerkers in werkzaamheden die blijkbaar ook door anderen verricht worden, over- of ondervertegenwoordiging van cliënten van bepaalde sociale kom-af, van dat alles dient verantwoording te worden afgelegd aan dit forum. Het forum zou uit van het beroep onafhankelijke, maar ter zake kundige personen moeten bestaan, waaronder ook vertegenwoordigers van cliënten of doelgroepen<sup>97</sup>.

#### 4.6 Samenvatting en conclusies

Instellingen voor extramurale geestelijke gezondheidszorg hebben te maken met een groeiende stroom patiënten of cliënten. De groei manifesteert zich in alle voorzieningen waarin de geestelijke gezondheid centraal staat dan wel als aspect van of naast andere problemen aandacht krijgt. Afgemeten naar de groei van het gebruik voorziet de hulpverlening in een behoefte. Moeilijker blijkt het de doeltreffendheid van de hulpverlening in meer directe zin aan de hand van de resultaten te bepalen. Duidelijk is wel dat de hulpverlening voor sommige categorieën van cliënten onvoldoende toegankelijk is of weinig te bieden heeft. Voorts vertonen de voorzieningen enerzijds overlappingsen en anderzijds een gebrek aan contact en samenwerking die de doeltreffendheid en doelmatigheid nadelig beïnvloedt. Deze problemen worden ernstiger in het licht van de uitdijning van de vraag, die zich in de toekomst waarschijnlijk zal voortzetten.

##### *Preventie*

Een antwoord op het steeds stijgende gebruik wordt, ook van overheidswege, gezocht in grotere nadruk op preventie. In dit rapport wordt het begrip preventie gebruikt in een zeer brede betekenis: het in elk stadium voorkomen van erger. De theoretische benaderingen en empirische kennis van psychische en psychosociale problemen en stoornissen lenen zich slecht voor toepassing van methoden die bekend zijn uit de somatische gezondheidszorg. Theoretische preventiemodellen bieden kaders voor preventieve activiteiten die ook aangetroffen worden buiten de professionele hulpverlening. Er zijn in de maatschappij allerlei spontane initiatieven die het zoeken naar zingeving, bewustwording en groei naar nieuwe vormen van tussenmenselijke relaties beogen: in de kunst en de kunstzinnige vorming, in de volwasseneneducatie, in sociale bewegingen. Deze kunnen mogelijk ook bijdragen tot een grotere maatschappelijke tolerantie en een betere kans bieden afwijkend gedrag te integreren. In het kader van een preventief overheidsbeleid verdienen dergelijke

---

<sup>97</sup> A. de Swaan, 'Bestuurders en geleerden: ditmaal in psychotherapie'; *Socialisme en democratie*, april 1980, 37e jaargang nr. 4, blz. 175 e.v.

initiatieven steun. Een preventief beleid dient aan te sluiten op wat de maatschappij zelf aan preventie voortbrengt. Er moet gebruik gemaakt worden van initiatieven die buiten de curatieve sfeer opkomen.

Binnen de hulpverlening heeft preventie niet zozeer de betekenis van voorkomen van kwalen als wel van de zorg voor het niet escaleren van de hulpvraag. Dit houdt in een adequate selectie, zowel in de tweede lijn als in de eerste lijn, zodat:

- de hulpvrager zo snel mogelijk op het punt komt waar hij het meest effectief geholpen wordt;

- de betrokkene niet langer dan strikt nodig is in de gespecialiseerde hulpsoort wordt gehouden en zo snel mogelijk terugverwezen wordt naar een lager echelon of — nog beter — op eigen benen leert staan.

Selectie wordt in het algemeen gezien als bij uitstek behorend tot het domein van de hulpverlener. Wel dient er controle te zijn op het plaats hebben van een adequate selectie.

Selectie moet onder omstandigheden leiden tot verwijzing naar andere hulpverleners. Dit vergt een zekere mate van samenhang in dienstverlening en beleid.

### *Samenhang in beleid en voorzieningen*

De overheid streeft preventie na onder andere door het bewerkstelligen van meer samenhang in een deel van de hulpverlening door middel van het onderbrengen van een aantal instellingen in één verband, het RIAGG. In aansluiting op de feitelijke situatie moeten bij een preventief beleid echter veel meer instellingen worden betrokken. Daarin past het de hulpverlening geografisch en sociaal zo dicht mogelijk bij de mensen te situeren. Versterking van de belangrijke functie die de huisarts reeds heeft, vooral in samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn, wordt dan ook aanbevolen, evenals inschakeling van allerlei vormen van alternatieve en niet-professionele hulpverlening.

Het functioneren van het RIAGG kan niet losgemaakt worden van het functioneren van deze hulpvormen. Het patroon van voorzieningen verschilt per plaats of regio, de specialisatie daarbinnen ook. Een landelijk uniforme structurering zoals in de RIAGG-opzet, heeft het gevaar van onvoldoende flexibiliteit. Per regio moet kunnen worden gezien of er verschuivingen mogelijk zijn tussen de werkvormen binnen het RIAGG enerzijds en het aanwezige hulp-potentieel daarbuiten, zoals bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk en alternatieve hulpverlening. Gezien de lokale gevarieerdheid van behoeften en aanbod dient het beleid ten aanzien van de extramurale geestelijke gezondheidszorg voornamelijk een lokaal of regionaal beleid te zijn. Een regionale gevarieerdheid in voorzieningen binnen door de centrale overheid te stellen grenzen valt positief te waarderen. De aard van de materie vraagt om een probleemgerichte planning met aanzienlijke inbreng van betrokken instellingen. De overheid dient daarbij een zodanig machtsevenwicht te bewaken, dat niet a priori partijen worden uitgeschakeld.

### *Decentralisatie*

Een tweetal alternatieve modellen voor decentralisatie zijn voorgesteld. Eén model staat voor decentralisatie naar de gemeente. Waar vanwege het regionale bereik van verschillende voorzieningen intergemeentelijke samenwerking nodig is, kan een centrumgemeente belast worden met de beleidsvoorbereiding, in nauw overleg met de betrokken gemeenten. Een ander model staat voor een gedifferentieerde structuur, in aansluiting op de ervaring die sommige gemeenten en sommige provincies al hebben met de geestelijke gezondheidszorg en eveneens in aansluiting op het bereik van de RIAGG's:

- een provinciale taak waar RIAGG- en provinciegrenzen samenvallen;

- een gemeentelijke taak bij die gemeenten die al een vergaande invloed op de ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben met name door een eigen SPD;

— een intergemeentelijke samenwerking in alle overige gevallen, waarbij de provincie tijdelijk belast wordt met het beleid zolang de samenwerking nog geen vorm heeft gekregen.

Een beleid zoals hier voorgesteld, heeft ten doel grotere duidelijkheid te doen ontstaan omtrent taken van en taakafbakening tussen de voorzieningen, zodat op een doeltreffende wijze preventief gewerkt kan worden. Een dergelijke beleid vraagt om één financieringsbron voor alle daarin te betrekken vormen en instellingen van hulpverlening. Hier gaat de voorkeur uit naar een doeluitkering aan gemeenten respectievelijk provincies, mede uit AWBZ-gelden. Dit wordt niet in strijd geacht met het karakter van de AWBZ.

Preventie en de daarmee gepaard gaande selectie hebben ook consequenties voor de betrekkingen tussen extramurale, intramurale en semimurale voorzieningen. Bij decentralisatie van de gehele extramurale zorg naar de gemeente is samenwerking nodig tussen gemeenten en provincies. De laatste hebben volgens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de zorg voor intramurale voorzieningen tot taak. Hier dienen op zijn minst samenwerkingsafspraken te worden gemaakt.

#### *Toetsing*

Een doeltreffende taakverdeling tussen instellingen kan slechts tot stand komen als die instellingen een duidelijke identiteit ontwikkelen. Het voorgestelde beleid moet daarvoor de voorwaarden scheppen. Daarin past wat de professionele zorg betreft, kwaliteitsbevordering door middel van toetsing. Hulpverleners zouden periodiek verantwoording dienen af te leggen voor een forum samengesteld uit van het beroep onafhankelijke, ter zake ingevoerde personen, mede afkomstig uit de kringen van gebruikers van de hulpverlening.

#### *Informatie*

Preventie is gediend met een goede wederzijdse bekendheid van verwijzer en instelling waarnaar wordt verwezen. De bekendheid met het aanbod bij met name cliënten moet door een organisatorische voorziening ten behoeve van de informatie worden bevorderd. Nodig is een centraal informatiepunt waar ook hulpverleners hun kennis omtrent verwijzingsmogelijkheden periodiek dienen aan te vullen.

## 5. ZORG VOOR OUDEREN

### 5.1 Inleiding

Een belangrijk deel van de welzijnssector is gericht op de oudere bevolking en bovendien maakt deze groep ook vaak gebruik van algemene voorzieningen. Met het ouder worden neemt het gebruik van verschillende vormen van dienstverlening toe. Toch is het goed hier meteen aan toe te voegen, dat veel ouderen *geen* gebruik maken van dienstverlening, en dat het geven van een beeld van ouderen als verzorgingsbehoevend een onjuiste generalisatie is. In deze paragraaf komen de achtergronden van het gebruik van voorzieningen door ouderen aan de orde.

Het beleid van de overheid ten aanzien van de zorg voor ouderen is gericht op de volgende terreinen:

- inkomen (AOW, pensioen)
- huisvesting (aangepaste woningen, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen)
- gezondheidszorg
- veiligheid (telefooncirkel, alarmsystemen)
- openbaar vervoer (pas 65)
- sociaal-culturele voorzieningen (pas 65)
- informatie en voorlichting (inkomen, huisvesting, voorbereiding op pensioen)
- democratisering dienstverlenende instellingen.

Tabel 5.1 Gebruiksindicatoren naar leeftijd, 1977

	Leeftijd				
	18-24	25-34	35-54	55-64	65 jaar en ouder
Percentage personen met gezinsverzorging in een jaar	0,4	2	2,5	2,2	11,8
gemiddeld aantal contacten met huisarts in 3 maanden	0,89	0,89	1,01	1,32	1,50
percentage personen met minimaal één contact in 3 maanden met een specialist	16,5	20,0	24,7	30,3	26,4
percentage dat minimaal één maal per jaar in een ziekenhuis is opgenomen	7,0	9,9	10,4	10,4	12,5
percentage zonder kinderen jonger dan 5 jaar met contact met kruiswerk (minimaal één maal per jaar)	4,6	5,7	8,7	10,5	14,3

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1980*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 324-336.

Het is niet de bedoeling om hier uitvoerig in te gaan op alle genoemde voorzieningen, die trouwens ook van uiteenlopend belang zijn. Volstaan wordt met enkele indicaties voor de invloed van het ouder worden op het gebruik, zoals deze onder andere afgeleid kunnen worden uit tabel 5.1.

Uit de tabel komt naar voren dat zowel het gebruik van extramurale voorzieningen toeneemt met het ouder worden als ook het gebruik van intramurale voorzieningen, zoals ziekenhuizen. Een belangrijke intramurale voorziening is het verzorgingstehuis, dat ook wel bejaardenoord wordt genoemd. Hiervan wordt vooral gebruik gemaakt door mensen met een hoge leeftijd. Dit blijkt onder andere uit een in 1976 gehouden enquête, waarin vragen zijn gesteld over de woonsituatie (zie tabel 5.2).

**Tabel 5.2 Aard van de huisvesting naar leeftijdsklasse en geslacht, 1976**

	mannen 65-79 jaar	80 +	vrouwen 65-79 jaar	80 +
Zelfstandig wonend in woning zonder ingebouwde dienst- verlening	86	65	77	49
Inwonend/inwoning gevend in woning zonder ingebouwde dienstverlening	2	3	3	3
Wonend in een woning met ingebouwde dienstverlening, zoals aanwezigheid huismeester, dienstencentrum of verzorgingstehuis bij het complex	5	7	9	6
Wonend in een ver- zorgingstehuis	5	24	8	40
Overige (bijv. woonboot)	2	1	3	2
Totaal	100%	100%	100%	100%
absoluut	1243	389	1721	494

Bron: CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, deel 1, kerncijfers*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 39.

Het toenemen van het gebruik van dienstverlening bij het ouder worden heeft zeker te maken met de afnemende validiteit, lichamelijk, geestelijk en sociaal. De validiteit is echter niet de enige factor die het gebruik van dienstverlening beïnvloedt. Een aanwijzing hiervoor is het grote verschil dat er bij internationale vergelijking blijkt te zijn in opname van ouderen in verzorgingstehuizen. Tabel 5.3 verschaft hierover gegevens, die evenwel met enig voorbehoud worden verstrekt, aangezien verzorgingstehuizen in andere landen niet volledig vergelijkbaar zijn met de Nederlandse verzorgingstehuizen.



Tabel 5.3 Bevolking in bejaardenoorden in een aantal Europese landen

			Percentage van de leeftijdscategorie dat in de voorziening woont	
			65 jaar en ouder	80 jaar en ouder
België	1966	Bejaardenoorden	3,2	-
Denemarken	1965	Bejaardenoorden en verpleeghuizen	5,6	20,6
Duitsland	1970	Inrichtingen en tehuizen	3,7	-
		Bejaardenoorden en verpleeghuizen	2,7	-
Frankrijk	1976	Bejaardenoorden en verpleeghuizen	3,8	11,6
Nederland	1977	Bejaardenoorden	8,6	30,0
Zweden	1976	Bejaardenoorden	-a)	16,4

Bronnen:

- G. Dooghe, *De bejaarden in België; II. Huisvesting*; Brussel, Ministerie van Volksgezondheid en van het gezin, 1968.
  - H. Olsen, *Aeldre pa pleje og alderdomshjem? Old People living in nursing and old age homes?*; Kopenhagen, Teknisk forlag, 1973.
  - Volkszählung von 27. Mai 1970, Heft 12, *Ältere Mitbürger*; Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 1970.
  - Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, *Les personnes âgées vivant en institution, caractères sociodémographiques, autonomie et handicap*; Paris, 1977.
  - CBS, *Statistiek van de bejaardenoorden 1977*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 10.
  - Statistiska Centralbyrån Sverige, *Aldersdomshemmen (homes for the aged)*; Statistical reports, serie Social Welfare, Stockholm, 1976.
- a) Gegevens wel beschikbaar voor 67 jaar en ouder: 5,2%.

Uit deze cijfers blijkt dat het Nederlandse opnamepercentage zeer hoog is in vergelijking met andere landen. Het is niet waarschijnlijk dat zulke verschillen in gebruik van voorzieningen volledig verklaard kunnen worden uit verschillen in validiteit. Of specifieke dienstverlening voor ouderen nodig is, is afhankelijk van nog veel andere factoren. Onder andere speelt een rol of het verkeer, vervoer en andere openbare voorzieningen toegankelijk zijn voor minder valide ouderen. Ook is van invloed of er mogelijkheden zijn voor hulpverlening in de privésfeer van ouderen. Ten slotte kan als belangrijke factor worden genoemd, de mate waarin de woningen van ouderen zijn aangepast aan de verminderde validiteit, en goed geoutilleerd zijn. Uit de Volkstelling 1971 komt bijvoorbeeld naar voren, dat ouderen vaker in minder goed geoutilleerde huizen wonen dan midden-volwassenen (45-64-jarigen). Weliswaar is de outillage van woningen van ouderen in de periode 1971-1976 verbeterd, maar de achterstand ten opzichte van midden-volwassenen lijkt niet kleiner te zijn geworden<sup>1</sup>.

In de volgende paragraaf zullen ontwikkelingen in de vraag naar dienstverlening voor ouderen worden behandeld. Het is overigens niet de bedoeling de invloed van alle genoemde factoren op het gebruik van

<sup>1</sup> Th.A.M. Vis, *Vergrijzing*; monografiën volkstelling 1971, nr. 18, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 70.

georganiseerde dienstverlening hierbij te bespreken. Er wordt een selectie gemaakt. De hulpverlening in de privésfeer wordt vaak genoemd als alternatief voor georganiseerde dienstverlening. Daarom krijgt dit onderwerp na bespreking van de validiteit bijzondere aandacht.

## 5.2 Ontwikkelingen in de vraag

### 5.2.1 Validiteit en de vraag naar georganiseerde dienstverlening

Een indicator voor de lichamelijke validiteit van ouderen is de mate waarin zij in staat zijn tot het verrichten van de zogenoemde algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals zich wassen, eten, drinken en zich verplaatsen. Gegevens hierover zijn weergegeven in tabel 5.4. Opvallend is vooral de geringe validiteit van oudere vrouwen.

**Tabel 5.4 Verrichten van alle algemene dagelijkse levensverrichtingen zonder moeite naar woonsituatie, geslacht en leeftijdsklasse, 1976**

	Zelfstandig wonenden		Verzorgingstehuisbewoners	
	M	V	M	V
65-79 jaar	82,7	73,0	68,3	48,2
80+	73,9	52,7	42,6	32,0

Bron: CBS, op. cit., 1977, blz. 55.

De sociale validiteit heeft betrekking op de sociale contacten. Over de eenzaamheid van ouderen zijn gegevens opgenomen in tabel 5.5.

**Tabel 5.5 Percentage eenzame ondervraagden naar woonsituatie, geslacht en leeftijd, 1976**

	Zelfstandig wonenden		Verzorgingstehuisbewoners	
	M	V	M	V
75-79 jaar	16,7	29,5	22,5	34,9
80+	16,6	26,4	26,9	28,1

Bron: CBS, op. cit., 1977, blz. 88 en 89.

Uit tabel 5.5 blijkt dat de verzorgingstehuisbewoners zich eenzamer voelen dan zelfstandig wonenden. Volgens de nu geldende normen is eenzaamheid, samen met andere vormen van verminderde validiteit, een geldige reden voor opname. De mate van eenzaamheid bij de opname wordt vastgesteld door het vragen naar het aantal sociale contacten per week van de oudere. Eenzaamheid bepaalt sterk de subjectieve behoefte aan opname. Uit een in 1976 gehouden onderzoek onder Amsterdamse ouderen bleek dat van de zelfstandig wonenden 8,3% opname in een verzorgingstehuis wenste. Van degenen die ernstige eenzaamheidsgevoelens hadden bleek 54% deze wens te hebben<sup>2</sup>.

Zoals uit de tabellen 5.4 en 5.5 blijkt, hangt de validiteit van de oudere bevolking samen met de samenstelling naar leeftijd en geslacht. De verwachting kan worden uitgesproken dat er in de toekomst een groter aandeel ontstaat van hoogbejaarden en van oudere vrouwen, dus van

<sup>2</sup> Geciteerd in M. Mootz en J. Timmermans, *Zorgen voor later, Desiderata voor een toekomstig ouderenbeleid*; SCP-cahier nr. 26, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 84.

groepen die vaker een minder goede validiteit hebben. Dit wordt geïllustreerd door de gegevens in tabel 5.6.

**Tabel 5.6 Vooruitberekende bevolking van 65 jaar en ouder naar leeftijdsklasse en geslacht, alternatief A**

	1975		2000	
	M	V	M	V
65-69	230700	283700	285500	328800
70-74	173900	232000	218400	295200
75-79	114500	166200	157900	253500
80-84	65700	98300	82300	153800
85 en ouder	37700	56800	52200	121900
Totaal	622500	837000	796300	1153200

Bron: CBS, *De toekomstige demografische ontwikkeling in Nederland, na 1975*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1976, blz. 64.

De in tabel 5.6 weergegeven prognose dateert uit 1976 en opgemerkt moet worden dat deze door recente berekeningen al weer is achterhaald. De sterfte is te hoog geschat, aangezien de levensduur van ouderen meer blijkt toe te nemen dan werd verwacht. De hierboven gegeven prognose voor het jaar 2000 zou daarom moeten worden bijgesteld. Er zullen vooral meer hoogbejaarde mensen komen. In de CBS-prognose van 1975 wordt bijvoorbeeld het aantal personen van 80 jaar en ouder in 1990 op 377.200 geschat<sup>3</sup>. Een nieuwe prognose stelt dit aantal echter op 416.300.

Uit de gesignaleerde demografische ontwikkelingen kan een grotere vraag naar georganiseerde dienstverlening voortkomen. In tabel 5.7 staat het resultaat van een berekening van de invloed van de in tabel 5.6 geraamde veroudering van de bevolking op de toename van de vraag naar plaatsen in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Gezien de zoëven gereleveerde onderschatting van de veroudering van de bevolking in tabel 5.6, zal de op basis daarvan berekende schatting van de vraag vermoedelijk dus ook te laag zijn. Omdat het hier slechts te doen is om het aangeven van tendenties, behoeft dat echter geen bezwaar te zijn.

**Tabel 5.7 Raming bestand verzorgden in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen**

Jaar	Verzorgingstehuizen		Verpleeghuizen	
	aantal verzorgden (x 1000)	index	aantal verzorgden (x 1000)	index
1975	130,0	100	37,3	100
1980	139,7	107	41,3	111
1985	150,8	116	45,5	122
1990	163,5	126	49,3	132
2000	184,4	142	—	—

Bron: Samengesteld uit gegevens van: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, *De quartaire sector in de jaren tachtig*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

De cijfers in tabel 5.7 geven aan dat een aanzienlijke groei te verwachten is van het aantal verzorgden in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen;

<sup>3</sup> M. Mootz en J. Timmermans, op. cit., blz. 6.

voor de periode 1980-1990 ligt het groeipercentage voor beide categorieën dicht bij 20%.

Deze berekening gaat uit van de vooronderstelling dat de relatie tussen geslacht, leeftijd en validiteit hetzelfde blijft. Sommigen menen echter dat toekomstige ouderen gezonder zullen zijn dan de ouderen van nu, als gevolg van een betere voeding. Ook zouden nieuwe soorten medicijnen, onder andere tegen dementie, de behoefte aan georganiseerde dienstverlening minder groot kunnen maken. In dat geval zou de vraag naar voorzieningen niet evenredig met de groei van het aantal hoogbejaarden onder de oudere bevolking toenemen.

Bij deze demografische ontwikkeling en de daaruitvloeiende vraag naar voorzieningen nog een tweetal kanttekeningen. Ten eerste is de uitgangssituatie voor Nederland zo, dat hier een relatief jonge bevolking woont. Dit blijkt uit het overzicht in tabel 5.8.

**Tabel 5.8 Aandeel 65-jarigen en ouderen in de totale bevolking (in procenten)**

	1975	1990	2005
West-Duitsland	14,3	14,5	17,1
Frankrijk	13,3	12,7	13,8
Italië	12,0	13,5	15,2
Nederland	10,7	12,3	13,3
België	13,9	13,0	13,7
Ver. Koninkrijk	14,0	14,8	13,9
Denemarken	13,2	14,7	13,7
Luxemburg	13,0	12,9	15,3

Bron: Commission of the European Communities, *The economic implications of demographic change in the European Community: 1975-1995*; Brussel, 1978.

Ten tweede de kanttekening dat ondanks de groei van de oudere bevolking de demografische last, dat is de verhouding tussen het aantal jongeren plus ouderen enerzijds en het aantal personen in de leeftijd van 20-64 jaar anderzijds, niet toeneemt. Dit blijkt uit tabel 5.9.

**Tabel 5.9 Enkele demografische gegevens met betrekking tot de bejaardenpopulatie**

	1899	1975	2000 <sup>a)</sup>
Aantal bejaarden (65 + ) x 1000	298	1459	1950
Aandeel bejaarden (65 + ) in de totale bevolking	6%	10,7%	12,8% (13,7%)
<i>Demografische last</i>			
bevolk. 0-19 + 65 en ouder x 100 bevolk. 20-64	101,4	81,5	65,9 (56,6)
<i>Jongerenlast</i>			
bevolk. 0-19 x 100 bevolk. 20-64	89,3	62,0	44,6 (35,2)
<i>Bejaardenlast</i>			
bevolk. 65 + x 100 bevolk. 20-64	12,1	19,5	21,2

Bron: J.G.M. Assen, *De demografische ontwikkeling van de bejaardenbevolking tot het jaar 2000*; Tilburg, Katholieke Hogeschool Tilburg, 1981.

a) Het kiezen van het jaar 2000 als oriëntatiepunt betekent niet dat de groep ouderen dan de grootste omvang heeft bereikt. In 2050 zal de bevolking van 65 jaar en ouder vermoedelijk 18,5% van het totaal uitmaken.

De tussen haakjes staande getallen zijn gebaseerd op een alternatieve prognose met een lage schatting voor de vruchtbaarheid. De bevolking zal sterk verouderen, maar tegelijkertijd zal het aantal kinderen relatief verminderen, waardoor de demografische last niet groter wordt. Indien uitsluitend de demografische ontwikkelingen maatstaf zouden zijn voor de verdeling van gelden op de overheidsbegroting, dan zouden vanuit de posten voor onderwijs financiële middelen overgeheveld kunnen worden, om te voldoen aan de stijgende vraag naar voorzieningen voor ouderen.

### 5.2.2 Hulpverlening in de privésfeer en de vraag naar georganiseerde dienstverlening

Afnemende validiteit hoeft niet altijd te leiden tot het gebruik van de eerder genoemde vormen van georganiseerde dienstverlening. Naast de tot nu toe besproken vormen van dienstverlening met een overwegend beroepsmatig karakter zijn er ook andere, waarin vrijwilligers een groter aandeel hebben, zoals georganiseerde burenhulp. Beroepskrachten en vrijwilligers kunnen gedeeltelijk in dezelfde behoeften voorzien. Een derde mogelijkheid is de informele dienstverlening in de privésfeer, zoals de hulpverlening door de partner, de familie en de burens.

De hulpverlening in de privésfeer wordt hier onderscheiden van de hulpverlening door vrijwilligers. Vrijwilligerswerk is min of meer georganiseerd en niet beperkt tot dienstverlening aan bloedverwanten of bekenden. De rol van het vrijwilligerswerk komt in paragraaf 5.3 aan de orde. De behoefte aan beroepsmatige of vrijwillige georganiseerde dienstverlening is sterk afhankelijk van de mate van hulpverlening in de privésfeer. Uit een onderzoek van het Nimawo over de gezinsverzorging bleek dat 20% van alle zelfstandige huishoudens wel eens behoefte heeft aan hulp bij de huishoudelijke verzorging. Van deze 20% vroeg 27% en kreeg 17% daadwerkelijk professionele hulp. Wat betreft de hulpbehoevenden die geen aanvraag voor professionele hulp indienden, was in bijna driekwart van de gevallen de reden hiervoor, dat de problemen binnen het gezin of de familie- of kennissenkring konden worden opgevangen<sup>4</sup>. Het is dus van belang om stil te staan bij de vraag naar de beschikbaarheid van hulpverlening in de privésfeer.

#### *Beschikbaarheid van hulpverlening in de privésfeer*

Voor de mogelijkheden van hulpverlening in de privésfeer is om te beginnen de aanwezigheid van een (huwelijks-)partner van belang. Gegevens over de aanwezigheid van een partner beperken zich tot de burgerlijke staat, hetgeen een zekere vertekening geeft, omdat er zich onder de ongehuwden ook personen bevinden die samenwonen. Bij het ouder worden neemt het percentage ongehuwden toe, zoals blijkt uit tabel 5.10.

**Tabel 5.10 De percentages gehuwden per leeftijd en geslacht voor Nederland, 1977**

Leeftijd	mannen	vrouwen
55-59	89	76
60-64	87	67
65-69	84	57
70-74	79	45
75-79	70	32
80-84	56	20
85 +	35	9

Bron: CBS, geciteerd bij J.G.M. Assen, op. cit., blz. 45.

<sup>4</sup> Onderzoek geciteerd in: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, *De quartaire sector in de jaren tachtig*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 67.

Dat bij het ontbreken van een partner het gebruik van voorzieningen groter is, kan men aflezen uit tabel 5.11, die afkomstig is uit de Volkstelling 1971.

**Tabel 5.11 De Nederlandse bevolking in verzorgingstehuizen boven de 59 jaar, in percentages op de totale bevolking, per leeftijdsklasse, geslacht en burgerlijke staat, 1971**

	gehuwden		niet-gehuwden	
	man	vrouw	man	vrouw
60-64	—	0,1	0,9	0,8
65-69	0,2	0,5	4,3	3,0
70-74	1,2	2,1	8,8	8,1
75-79	3,9	6,6	16,2	17,3
80-84	9,3	13,7	23,9	28,8
85 +	15,1	19,2	30,5	36,4
65 +	2,2	2,9	15,5	14,9

Bron: Th.A.M. Vis, op. cit., blz. 60.

De verschillen tussen mannen en vrouwen, en tussen ouderen en jongeren wat betreft opname in een tehuis zullen zeer waarschijnlijk verband houden met verschillen in validiteit tussen deze groepen. Wat betreft de verschillen tussen gehuwden en niet-gehuwden lijkt de verklaring vooral gevonden te kunnen worden in de aanwezigheid respectievelijk de afwezigheid van een partner die hulp kan bieden bij een afnemende validiteit.

Overigens is het niet alleen de partner die verzorging kan bieden. Ook andere inwonenden, zoals broer, zuster, of kinderen zouden dit kunnen. In het algemeen blijkt men echter bij stijgende leeftijd in toenemende mate alleen te wonen (zie tabel 5.12).

**Tabel 5.12 Zelfstandig wonenden naar samenstelling huishouden en leeftijdsklasse, in procenten, 1976**

	Een-persoons- huishouden	Twee- of meer- persoonshuis- houden	Totaal
55-59 jaar	10	90	100
60-64	16	84	100
65-69	20	80	100
70-74	30	70	100
75-79	37	63	100
80 jaar en ouder	40	60	100

Bron: CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, 1976, deel 3, woon- en gezinssituatie*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.

Het voorgaande wijst erop dat bij het stijgen van de leeftijd de beschikbaarheid van hulpverlening in de privésfeer in toenemende mate ontbreekt en de behoefte aan georganiseerde hulpverlening toeneemt. Dit wordt bevestigd door een enquête van het Sociaal en Cultureel Planbureau, waarin de beschikbaarheid van hulpverlening in de privésfeer voor de verschillende leeftijdscategorieën is onderzocht.

Gevraagd is in welke mate er informele hulp wordt gegeven bij huishoudelijke problemen van ouderen. Uit deze enquête blijkt dat van de hulpbehoevende ouderen onder 80 jaar nog circa 50% door informele hulp-

verleners wordt geholpen, tegenover circa 30% van de ouderen boven de tachtig<sup>5</sup>.

Door de veroudering van de bevolking stijgt het percentage alleenstaanden, wat via een verminderde beschikbaarheid van hulpverlening in de privésfeer bijdraagt aan de groei van de vraag naar georganiseerde hulpverlening. Het percentage alleenstaanden wordt echter niet alleen beïnvloed door de leeftijdsontwikkeling van de oudere bevolking, maar ook het stijgend aantal echtscheidingen is van invloed: '... Was van de hoogbejaarde mannen in 1977 nog bijna de helft gehuwd, in 2000 zal dit 40% zijn. Van de hoogbejaarde vrouwen was in 1977 nog 17% gehuwd, in 2000 zal nog slechts 10% gehuwd zijn'<sup>6</sup>. Door deze ontwikkelingen stijgt ook per leeftijdscategorie het percentage niet in gezinsverband levende personen (zie tabel 5.13).

**Tabel 5.13 Niet in gezinsverband levende mannen en vrouwen van 55 jaar en ouder in Nederland, 1976 en 2000 (in procenten van de betreffende leeftijds- en geslachtsgroep)**

Leeftijd	1976		2000	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
55-59 jaar	9,0	18,3	19,8	21,0
60-64 jaar	8,3	28,3	21,2	29,2
65-69 jaar	10,1	33,5	21,1	38,6
70-74 jaar	17,2	49,2	23,8	52,2
75-79 jaar	23,5	58,9	29,6	62,2
80 +	40,6	73,5	48,3	77,0
55 +	14,3	38,9	24,3	43,9

Bron: J.G.M. Assen, op. cit., blz. 62.

Als gevolg van het toenemend aandeel van alleenstaanden kan men een toenemende vraag naar georganiseerde dienstverlening verwachten. Door deze ontwikkeling kan de eerder gegeven raming (zie tabel 5.7) van de behoefte aan voorzieningen, die enkel was gebaseerd op de leeftijdsontwikkeling van de bevolking, te laag blijken te zijn. In tabel 5.7 wordt bijvoorbeeld aangegeven dat in 2000 vermoedelijk 184.400 plaatsen in verzorgingstehuizen nodig zullen zijn. Als echter ook de factor van het toenemende aandeel van alleenstaanden in rekening wordt gebracht, dan zouden 255.000 plaatsen nodig zijn<sup>7</sup>. Ten opzichte van de ongeveer 140.000 plaatsen nu, is dat bijna een verdubbeling.

Het gecombineerde effect van veroudering en een groeiend aandeel van alleenstaanden, is een sterke vergroting van de vraag naar voorzieningen. Hoewel dit hier niet werd onderzocht, lijkt het niet onjuist de verwachting uit te spreken dat een dergelijk effect ook zal voorkomen bij andere voorzieningen, waarvan ouderen relatief vaak gebruik maken, zoals verpleeghuizen, gezinsverzorging en wijkverpleging.

#### *Bereidheid in de privésfeer van ouderen tot het geven en aanvaarden van hulp*

Als in het eigen huishouden van ouderen niemand beschikbaar is om hulp te verlenen, kan er soms een beroep worden gedaan op anderen met wie men sociale contacten heeft. Of dit gebeurt hangt af van de bereidheid hulp te geven respectievelijk te aanvaarden. Onder de sociale relaties van ouderen hebben vooral de relaties met kinderen en burens een hulpverleningsfunctie. Bij 25% van de relaties met burens is er sprake

<sup>5</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Dienstverlening en gezondheidszorg, een modelmatig vooronderzoek*; SCP-cahier nr. 24, Rijswijk, 1981, blz. 58.

<sup>6</sup> J.G.M. Assen, *De demografische ontwikkeling van de bejaardenbevolking tot het jaar 2000*; Tilburg, Katholieke Hogeschool Tilburg, 1981, blz. 47.

<sup>7</sup> *Ibid.*, blz. 72.

van hulpverlening, terwijl dit bij 30% van de relaties met kinderen het geval is<sup>8</sup>. Onder de ondervraagden van 55 jaar en ouder die regelmatig hulp krijgen van personen buiten de woning bij de huishoudelijke verzorging en de algemene dagelijkse levensverrichtingen, noemt 33%, bij een enquête in 1976, de kinderen als hulpverleners<sup>9</sup>. Als de behoefte aan hulp groot is, kan de afstand voor de hulpverlenende kinderen een bezwaar worden. Dan zal hulp slechts gerealiseerd kunnen worden door inwoning. In de afgelopen decennia is het aantal ouderen dat nog thuiswonende kinderen heeft, relatief sterk afgenomen. In 1960 had van de echtparen waarvan het gezinshoofd 65 jaar of ouder was, nog 26,2% thuiswonende kinderen. In 1976 was het overeenkomstig percentage 17,8<sup>10</sup>. Naast de grotere geografische spreiding als gevolg van de keuze van opleidingen en werkkringen door de kinderen, speelt hierbij ongetwijfeld ook de veroudering binnen de groep van 65 jaar en ouder een rol. Hoe ouder men is, hoe kleiner de kans op thuiswonende kinderen. In 1976 had van de echtparen, waarvan het gezinshoofd 80 jaar of ouder was, 9,2% thuiswonende kinderen<sup>11</sup>.

De voorwaarde van inwoning kan het voor ouderen minder aantrekkelijk maken een beroep te doen op kinderen, en een reden zijn om een voorkeur voor georganiseerde dienstverlening te hebben. In een in 1968 in Rotterdam gehouden enquête is de vraag gesteld welke huisvesting men zou verkiezen als men afhankelijk zou worden. Van de ondervraagde ouderen blijkt slechts 10% in geval van nood huisvesting met de kinderen te wensen; 66% verkiest het verzorgingstehuis<sup>12</sup>. Deze voorkeur blijkt ook uit buitenlands onderzoek. Zo bleek uit een onderzoek van Dooghe in België dat de ondervraagde ouderen van oordeel waren, dat het allereerst tot de taak van de georganiseerde dienstverlening behoort hulp te verlenen (45,8%), ofschoon ook de kinderen hier een rol te vervullen hebben (35,6%). Wat betreft deze preferentie voor georganiseerde dienstverlening speelt een rol dat het beroep doen op de hulp van kinderen als schadelijk wordt gezien voor het gezinsleven: '... De respondenten nemen veelal een ongunstige houding aan tegenover het inwonen bij gehuwde kinderen, inzonderheid omwille van familiale wrijvingen die het samenwonen van verschillende generaties met zich kan meebrengen'<sup>13</sup>. Uit Duits onderzoek blijkt dat de wens tot scheiding van de huishoudens van ouderen en hun kinderen samenhangt met het wel of niet een werkring hebben van dochters of schoondochters. Als laatstgenoemden een werkring hebben, blijkt men vaker ter voorkoming van spanningen afzonderlijk te willen wonen<sup>14</sup>.

De bereidheid om hulp aan oudere bureu te verlenen is onderzocht in een in 1971 gehouden enquête<sup>15</sup>. Gevraagd is toen hoe men oudere bureu zou helpen, die niet in staat zouden zijn de dagelijkse huishoudelijke werkzaamheden te verrichten. Van de ondervraagden bleek 26% bereid zelf hulp te bieden; 44% verwijst naar professionele hulp, zoals plaatsing in het bejaardentehuis. 19% geeft een algemeen advies in die zin dat er een hulp in de huishouding moet komen. Uit het onderzoek blijkt ook dat ouderen vaker verwijzen naar oplossingen in eigen kring

<sup>8</sup> C.P.M. Knipscheer, *Oude mensen en hun sociale omgeving*; 's-Gravenhage, VUGA, 1980, blz. 142.

<sup>9</sup> CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, deel 1, kerncijfers*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 60.

<sup>10</sup> Th.A.M. Vis, op. cit., blz. 33.

<sup>11</sup> *Ibid.*, blz. 33.

<sup>12</sup> Uitkomsten geciteerd in: J.M.A. Munnichs, 'Oude mensen, hun familie en het gebruik van algemene voorzieningen'; *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, 1974, 5e jaargang nr. 1, blz. 20.

<sup>13</sup> G. Dooghe, *Bewoners van bejaardentehuizen*; Antwerpen/Utrecht, De Nederlandsche Boekhandel/De Sikkell, 1972, blz. 193.

<sup>14</sup> Onderzoek van Blume, geciteerd bij Tews, *Soziologie des Alterns*; Heidelberg, Quelle & Meyer, 1979, blz. 141.

<sup>15</sup> E.H. van Steenis-Perelaer, *Kennis en beeld van de sociale dienstverlening II*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974, blz. 104.



dan jongeren. In landelijke gebieden blijkt men niet vaker dan in stedelijke gebieden bereid zelf oplossingen te bieden. Hieruit kan men concluderen dat de traditionele burenhulp op het platteland niet meer als een verplichting wordt ervaren.

De conclusie kan worden getrokken dat kinderen en burenen in de hulpverlening aan ouderen een belangrijk aandeel hebben. De toegenomen geografische mobiliteit beïnvloedt echter de mogelijkheden tot hulpverlening door kinderen aan ouders negatief. Door deze mobiliteit zou voor het realiseren van hulp een dikwijls niet gewenste inwoning van kinderen bij ouderen of ouderen bij kinderen nodig zijn.

#### *Maatschappelijke ontwikkelingen, de rol van de privésfeer, en de behoefte aan georganiseerde dienstverlening*

De maatschappelijke veranderingen als gevolg van de industrialisering hebben enerzijds meer mogelijkheden geschapen voor hulpverlening in de privésfeer, maar anderzijds een extra behoefte aan georganiseerde dienstverlening veroorzaakt. In het verleden had een deel van de bevolking te weinig financiële middelen en een te gebrekkige huisvesting om voeding en onderdak te kunnen bieden aan oudere familieleden. Daarom was het voor vele ouderen nodig een beroep te doen op liefdadigheidsinstellingen die tehuizen en hofjes voor ouderen in stand hielden. Mede dank zij de industrialisering is de armoede verminderd. Desondanks is de zorg voor ouderen nog steeds, en in groeiende mate, een taak voor georganiseerde dienstverlening.

De gedeeltelijke overname van de zorg voor ouderen door publieke voorzieningen past in hetzelfde patroon als bijvoorbeeld de ontwikkeling van onderwijs als publieke voorziening. Er is een verband met de industrialisering en de gevolgen daarvan voor het gezins- en familieleven. Deze gevolgen kunnen als volgt worden samengevat<sup>16</sup>:

- verlies van personen: geografische scheiding van ouders en kinderen als gevolg van de voor het werk vereiste mobiliteit, scheiding van gepensioneerde familie;
- functieverlies: het gezin is geen productie-eenheid meer;
- verlies van autonomie: bijvoorbeeld de opvoeding van kinderen is voor een deel door de school overgenomen.

Er is een functionele samenhang tussen industrialisering en publieke zorg voor ouderen. Ten eerste zijn door maatschappelijke veranderingen als gevolg van de industrialisering sociale verplichtingen tot onderlinge hulpverlening (burenhulp) verdwenen. Dit geldt ook voor het platteland, waar de manier van samenleven niet sterk meer verschilt van stedelijke gebieden. Ten tweede wordt door de publieke zorg de geografische mobiliteit van de verschillende generaties ten opzichte van elkaar gemakkelijker gemaakt. Ook in de toekomst zal de arbeidsmarkt een dergelijke mobiliteit blijven eisen. Daar komt dan nog bij dat de beschikbaarheid van georganiseerde dienstverlening voor ouderen kan worden gezien als bevorderlijk voor het emancipatiestreven van de vrouw. Het aantal buitenshuis werkende vrouwen, dat betaalde arbeid verricht, neemt toe. Deze groep is minder in de gelegenheid minder valide gezinsleden, familieleden of burenen te verzorgen.

Tussen ontwikkelingen in de privésfeer, met name het gezin, en de behoefte aan georganiseerde dienstverlening bestaat dus een samenhang. Nu kan men zich afvragen in hoeverre het traditionele gezin, bestaande uit twee partners en eventuele kinderen, ook in de toekomst een centrale plaats zal blijven innemen. Naarmate opkomende alternatieve samenlevingsvormen meer veld winnen en ook ouderen daaraan deelnemen, zal de behoefte aan georganiseerde dienstverlening wellicht minder sterk groeien. Er is bijvoorbeeld een vergevorderd plan om naar buitenlands voorbeeld in Nederland een eerste leefgemeenschap voor

<sup>16</sup> H.P. Tews, op. cit., blz. 129.

ouderen te stichten<sup>17</sup>. In een dergelijke omgeving zouden ouderen elkaar kunnen helpen. Hoewel er veel belangstelling is voor dit project, is het de vraag in hoeverre dergelijke initiatieven voor de oudere bevolking *als geheel* een rol van betekenis kunnen gaan spelen. Uitspraken hierover zijn speculatief. In elk geval kan men zeggen dat voor succes veranderingen in attitude en opvattingen nodig zijn. Zolang de meerderheid zich nog oriënteert op het traditionele kerngezin, met de daarbij behorende normen en waarden, is het onzeker in hoeverre men zich op latere leeftijd als alleenstaande of samen met de partner zal willen aansluiten bij een alternatieve samenlevingsvorm en zich dan verplicht zal voelen tot verpleging en verzorging van degenen die daaraan behoefte hebben.

### 5.2.3 Samenvatting van de ontwikkelingen in de vraag

Een belangrijk deel van de welzijnssector is gericht op ouderen. Met het ouder worden neemt het gebruik van verschillende vormen van dienstverlening toe, niet alleen van extramurale voorzieningen maar ook van intramurale voorzieningen, zoals het verzorgingstehuis (bejaardenoord). Dit geldt vooral voor mensen van hoge leeftijd.

Een belangrijke factor die het gebruik van dienstverlening bevordert bij het ouder worden is de afnemende *validiteit*: lichamelijk, geestelijk en sociaal. De verwachting kan worden uitgesproken dat door demografische veranderingen in de toekomst een groter aandeel ontstaat van hoogbejaarden en van oudere vrouwen, dus van groeperingen die vaker een minder goede validiteit blijken te hebben. Hieruit kan een stijgende vraag naar georganiseerde dienstverlening voortkomen.

De validiteit is echter niet de enige factor die het gebruik van georganiseerde dienstverlening beïnvloedt. Ook andere factoren spelen een belangrijke rol. Deze conclusie kan men onder andere baseren op het grote verschil dat er bij internationale vergelijking blijkt te zijn in opname van ouderen in verzorgingstehuizen. Of specifieke dienstverlening voor ouderen nodig is, is afhankelijk van nog veel andere omstandigheden. Zo speelt een rol of de huisvesting van ouderen aangepast is aan de verminderde validiteit, of het verkeer, vervoer en andere openbare voorzieningen toegankelijk zijn voor minder valide ouderen. In het bijzonder, en daarop is hier nader ingegaan, is van invloed wat de mogelijkheden in de privésfeer van ouderen zijn voor hulpverlening.

Bij stijgende leeftijd blijkt de *beschikbaarheid* van hulpverleners in de privésfeer, zoals de partner en kinderen, af te nemen. Hierdoor en door de afnemende validiteit, zou de te verwachten veroudering van de bevolking kunnen leiden tot een zeer omvangrijke vraag naar georganiseerde dienstverlening.

Voor zover er wel personen in de omgeving van ouderen zijn die hulp zouden kunnen verlenen, is nog een belangrijke voorwaarde de *bereidheid* tot het geven respectievelijk aanvaarden van hulp. Onder de sociale relaties van ouderen hebben vooral de relaties met kinderen en burens een hulpverleningsfunctie. Uit onderzoek blijkt dat ouderen georganiseerde dienstverlening meestal prefereren boven het inwonen bij kinderen. Uitspraken over de toekomstige ontwikkelingen in de bereidheid tot het geven en aanvaarden van hulp zijn speculatief. Wel kan een negatieve invloed worden verwacht van de voor de arbeidsmarkt vereiste geografische mobiliteit en van het in toenemende mate buitenshuis werken van vrouwen, die voorheen bereid bleken te zijn minder valide familieleden, gezinsleden en burens te verzorgen.

<sup>17</sup> 'Eerste 'leefgemeenschap' voor bejaarden in oprichting'; onder redactie van M. de Graaff, *Leids Dagblad*, 19 september 1981, blz. 23.

## 5.3 Ontwikkelingen in het aanbod

### 5.3.1 Inleiding

De zorg voor ouderen is in het verleden een van de eerste vormen van dienstverlening geweest, die de taak werd van speciale instellingen. Deze instellingen werden financieel gesteund door liefdadigheid. Aanvankelijk was de hulp beperkt tot het bieden van onderdak en de minimaal nodige voeding. In de loop van de tijd werd de kwaliteit van de zorg verbeterd, en werd er aan meer behoeften aandacht geschonken. Er wordt nu ook gezorgd voor de speciale medische zorg die ouderen nodig hebben, voor mogelijkheden voor recreatie, vervoer enzovoort. Deze uitbreiding van de dienstverlening bleef niet zonder gevolgen voor de financiering en voor de betrokkenen bij de hulpverlening. Er zijn veel hulpverleners nodig. Meestal worden betaalde arbeidskrachten ingeschakeld. De particuliere liefdadigheid is nu niet voldoende om de meer omvattende zorg te financieren. Daarom wordt een beroep gedaan op belastingmiddelen en sociale verzekeringsfondsen. Afgezien daarvan kan door de verbeterde inkomenspositie van ouderen een deel van de zorg uit hun eigen mid-delen worden betaald.

De taak van vrijwilligers is beperkt en aanvullend op de taak van beroepskrachten. Vrijwilligers trachten te voorzien in behoeften die niet gedekt worden door de hulp van beroepskrachten. Voor zover het gaat om eenvoudige hand- en spandiensten kan dit de vorm aannemen van een blijvende hulpverlening. Als meer belastende en gecompliceerde taken worden aangevat, heeft dat vaak een 'voorhoedefunctie'. Vrijwilligers willen aantonen dat bepaalde behoeften bestaan, met de bedoeling dat uiteindelijk de dienstverlening wordt overgenomen door beroepskrachten.

Deze taakverdeling tussen vrijwilligers en beroepskrachten kan slechts gedeeltelijk verklaard worden uit de aard van de behoeften waarin wordt voorzien. Voor dienstverlening waarvoor een bepaalde van opleiding afhankelijke deskundigheid nodig is, kan inschakeling van beroepskrachten doeltreffender zijn. Voor een groot deel van de geboden dienstverlening aan ouderen, zoals huishoudelijke verzorging en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, lijkt echter een speciale opleiding niet beslist nodig te zijn. Vrijwilligers zouden hierbij ook een belangrijke rol kunnen vervullen. Dit is echter niet het geval. In het in 1980 verschenen eerste deelrapport van de Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid wordt geconstateerd dat de rol van de vrijwilligers bij de uitvoering van talrijke vormen van dienstverlening is teruggedrongen. Aan vrijwilligers lijkt slechts behoefte te zijn als het gaat om relatief onbelangrijke taken. De Commissie brengt deze ontwikkeling ook in verband met een verminderd animo van de vrijwilliger, die tegenwoordig veel alternatieven heeft voor de besteding van zijn vrije tijd. De Commissie constateert voorts dat de specialistische en perfectionistische indruk die het stelsel van collectieve voorzieningen maakt, sommigen de prikkel heeft ontnomen om als leek in actie te komen. Ten slotte is een door de Commissie genoemde factor de vermindering van de emotionele binding van veel Nederlanders met de traditioneel levensbeschouwelijke organisaties die een organisatorisch kader bieden voor vrijwilligerswerk<sup>18</sup>.

Dit is globaal de uitgangssituatie, waarin voor de naaste toekomst een sterk stijgende vraag naar georganiseerde dienstverlening voor ouderen kan worden verwacht. Er zijn meer hulpverleners, betaalde arbeidskrachten of vrijwilligers nodig. Dit heeft tevens financiële gevolgen. In de paragrafen 5.4 en 5.5 wordt nader ingegaan op de eventuele consequenties van deze ontwikkelingen voor het beleid. Of veranderingen in

<sup>18</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, *Vrijwilligersbeleid, Eerste deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 14.

beleid mogelijk en wenselijk zijn, is onder andere afhankelijk van ontwikkelingen in het huidige aanbod van georganiseerde dienstverlening. Dit aanbod is afhankelijk van de vraag, maar heeft ook een eigen dynamiek. Beide factoren worden in de analyse betrokken. Er wordt ingegaan op aspecten van het aanbod, die beschouwd kunnen worden als middelen van beleid: aantallen hulpverleners (beroepskrachten en vrijwilligers), kosten en financiering. Ten slotte komen de doelstellingen van het ouderenbeleid met betrekking tot dit aanbod aan de orde.

### 5.3.2 Beroepskrachten

De personeelsontwikkeling in bejaardenoorden en gezinsverzorging is door het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau geanalyseerd. In de periode 1972-1977 blijkt het aantal arbeidsjaren te zijn gegroeid van 68.000 tot 89.000; dat is een jaarlijkse groei van 5,5%<sup>19</sup>. Deze groei is niet geheel toe te schrijven aan de toeneming van de vraag naar dienstverlening. Ook kwaliteitsverbetering en intensivering van de dienstverlening zijn van invloed geweest.

De verhouding tussen toeneming van de vraag en ingezette arbeid is relatief gunstig. Voor bejaardenoorden en gezinsverzorging kan 73% van de groei van het arbeidsvolume toegerekend worden aan de groei van het aantal verzorgden. Het overeenkomstige getal voor de intramurale gezondheidszorg is slechts 28%. In het basis- en algemeen voortgezet onderwijs kan 36% van de groei van het arbeidsvolume toegerekend worden aan de toename van het aantal leerlingen<sup>20</sup>.

Over de toekomstige ontwikkeling van het personeel in enkele voor ouderen belangrijke voorzieningen is een raming gemaakt, die is weergegeven in tabel 5.14.

**Tabel 5.14 Raming van de toekomstige personeelsbezetting in bejaardenoorden, gezinsverzorging, verpleeghuizen en kruiswerk**

	bejaarden- oorden	gezinsver- zorging	verpleeg- huizen	kruiswerk
	x 1000 arbeidsjaren			
1980	48,3	44,5	45,0	6,9
1985	52,4	48,3	49,4	7,1
1990	56,9	52,5	53,5	7,5
2000	64,1	-	-	-

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, op. cit., blz. 29, 44, 66, 71.

Deze raming is vermoedelijk aan de lage kant. De berekening is gebaseerd op de ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw, zonder daarbij wijzigingen in de gezinssamenstelling te betrekken. De verandering in de gezinssamenstelling betekent een extra vergroting van de vraag (zie paragraaf 5.2). Bovendien is de raming voor bejaardenoorden laag, omdat geen rekening is gehouden met de nu in gang zijnde ontwikkeling van afnemende validiteit van opgenomen personen. Dit kan een extra behoefte aan personeel oproepen. Aan de andere kant wordt getracht ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en extramurale voorzieningen (dienstcentra, gezinsverzorging) in de plaats te stellen van intramurale voorzieningen. Dit geldt ook voor tussenvoorzieningen zoals bejaardenwoningen bij verzorgingstehuizen. Deze soorten voorzieningen zijn in totaal vermoedelijk minder arbeidsintensief dan de intra-

<sup>19</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, op. cit., blz. 145.

<sup>20</sup> Ibid., blz. 146.

murale dienstverlening. Als deze substitutie slaagt zouden in de toekomst minder beroepskrachten nodig zijn:

De ontwikkeling van de aantallen beroepskrachten is mede afhankelijk van doelstellingen die niet uitsluitend op het welzijn van ouderen of hun maatschappelijke positie betrekking hebben. Bepalend voor het arbeidsvolume van beroepskrachten zijn mede de financiële mogelijkheden en werkgelegenheidsdoelstellingen. Door de veroudering van de bevolking ontstaat bij gelijkblijvend beleid en voldoende financiële mogelijkheden veel extra werkgelegenheid in de quartaire sector. Voor de in tabel 5.14 genoemde soorten dienstverlening is de geraamde groei tussen 1980 en 1990 in totaal 25.700 arbeidsjaren. Deze groei kan gewenst zijn in verband met de eventuele doelstelling meer werkgelegenheid in deze sector te scheppen. Er kan echter een conflict ontstaan met de doelstellingen van het ouderenbeleid, zoals het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van ouderen, waarvoor de minder arbeidsintensieve extramurale zorg en het in de statistiek niet bij de werkgelegenheid gerekende vrijwilligerswerk meer adequate middelen zouden kunnen zijn. Op dit onderwerp wordt verder ingegaan in de paragrafen 5.4 en 5.5.

### 5.3.3 *Vrijwilligerswerk*

Onder vrijwilligerswerk zal hier, in navolging van de Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, worden verstaan, werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving<sup>21</sup>. Vrijwilligerswerk is in die zin onverplicht, dat de vrijwilliger in beginsel vrij is zich wel of niet beschikbaar te stellen voor dit werk. De keuze wordt in vrijheid gemaakt. Daaraan doet niet af dat men zichzelf verplicht kan voelen tot het verrichten van vrijwilligerswerk. Vrijwilligerswerk onderscheidt zich van de eerder genoemde hulpverlening in de privésfeer door het *organisatorisch kader* waarbinnen het wordt verricht. Het onderscheidt zich van beroepsmatige dienstverlening doordat het niet of nagenoeg niet (exclusief onkostenvergoedingen) betaald wordt. Vrijwilligers kunnen taken hebben bij de verwerving van fondsen, als bestuursleden van instellingen, en als hulpverleners. Omdat de dienstverlening bijna geheel wordt gefinancierd met collectieve middelen, wordt voor de eerstgenoemde taak slechts incidenteel een beroep gedaan op vrijwilligers.

Over de omvang van het vrijwilligerswerk zijn de gegevens schaars. Uit een in 1977 gehouden enquête bleek dat 8% van de ondervraagde mannen, en 12% van de ondervraagde vrouwen vrijwilligerswerk deed, dat viel onder de categorie: bejaardenhulp, burenhulp en gehandicaptenzorg<sup>22</sup>. Van de verschillende soorten dienstverlening, zoals de bejaardenoorden, is niet bekend hoeveel vrijwilligers daar werken. Het is zeer waarschijnlijk dat het meeste vrijwilligerswerk extramuraal is, gericht op zelfstandig wonende ouderen. Een compleet overzicht van vrijwilligerswerk voor zelfstandig wonende ouderen kan niet worden gegeven. Er zijn wel incidenteel een aantal schattingen gemaakt.

Voor ouderen zijn bijvoorbeeld de vrijwillige hulpdiensten belangrijk. Er wordt geschat dat bij 350 hulpdiensten ongeveer 35.000 vrijwilligers actief zijn. Het hulpaanbod is in principe van overbruggende aard. Hulpvragen die 'moeilijk' of langdurig van aard zijn, worden doorverwezen. Het afleggen van bezoeken speelt een belangrijke rol. De werkzaamheden van de vrijwilligers bij de hulpdiensten bestaan overwegend uit het opvangen van vereenzaming en het verrichten van lichte huishoudelijke werkzaamheden. De werkzaamheden worden in principe slechts gedurende enkele uren per dag of enkele dagen per week voor een bepaalde tijdsduur (1

<sup>21</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, *Vrijwilligersbeleid, Tweede deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 3.

<sup>22</sup> CBS, op. cit., 1978, blz. 76. De vraagstelling in deze enquête omvatte ook persoonlijke dienstverlening buiten een georganiseerd verband.

maand) verricht. Er zijn ook hulpdiensten die warme maaltijden verzorgen. Naast deze plaatselijke organisaties is er ook een landelijke organisatie die het bezoeken van zieken en hulpbehoevende gehandicapte en bejaarde mensen bevordert. Dit gebeurt door ongeveer 28.000 vrijwilligers<sup>23</sup>. Vervolgens kunnen de met steun van de overheid tot stand gebrachte vrijwilligerscentrales worden genoemd. Deze kunnen van betekenis zijn voor de hulpverlening aan ouderen, omdat zij in sommige gebieden tussen de aanbieders van en vragers naar vrijwilligerswerk bemiddelen ten aanzien van kleine reparaties, vervoer en dergelijke. Speciaal bestemd voor ouderen zijn de 450 projecten gecoördineerd bejaardenwerk (p.g.b.). De p.g.b. worden financieel gesteund door de Tijdelijke Rijksbijdrageregeling Gecoördineerd Bejaardenwerk. Deze regeling biedt gemeenten mogelijkheden om binnen vastgestelde budgetten ondersteuning te bieden aan vrijwilligersactiviteiten op het terrein van de zorg voor ouderen. Er wordt naar gestreefd per project ten minste 2000 ouderen te bereiken. In de regel zijn aan deze projecten 20 tot 60 vrijwilligers verbonden. De p.g.b. bieden diverse sociaal-culturele en andere diensten waardoor het zelfstandig wonen van ouderen wordt bevordert. Er wordt geschat dat in de p.g.b. ongeveer 18.000 vrijwilligers als hulpverleners en 1500 vrijwilligers als bestuursleden actief zijn<sup>24</sup>. Het is opmerkelijk dat een derde van de vrijwilligers in de p.g.b. zelf 65 jaar of ouder is<sup>25</sup>. De verdere ontwikkeling van vrijwilligerswerk in het kader van deze regeling wordt belemmerd door het gebrek aan mogelijkheden voor financiering van apparaatskosten van vrijwilligersorganisaties, kosten van deskundigheidsbevordering, verzekering en werving van vrijwilligers<sup>26</sup>.

Uit dit overzicht kan de conclusie worden getrokken dat velen, waarschijnlijk enkele honderdduizenden, zich inzetten als vrijwillige hulpverlener. De werkzaamheden zijn overwegend aanvullend op die van beroepskrachten. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat ouderen dikwijls intramuraal worden verzorgd, als zij veel hulp nodig hebben. Voor vrijwilligersorganisaties is het vermoedelijk gemakkelijker hulp aan zelfstandig wonende ouderen te verlenen, dan aan in inrichtingen of tehuizen verblijvende ouderen. Intramurale zorg wordt beschouwd als een werkomgeving waar beroepskrachten meer op hun plaats zijn.

#### *Toekomstige ontwikkelingen in het vrijwilligerswerk*

Bij de analyse van de ontwikkelingen in de vraag is gewezen op het in toenemende mate wegvallen van mogelijke hulpverlening in de privésfeer, waardoor een behoefte aan georganiseerde dienstverlening is ontstaan. Gezien deze achtergrond kunnen vrijwillige en professionele dienstverlening voor ouderen voor een deel in dezelfde behoeften voorzien. Voor een deel is er ook een verschil, namelijk waar de beroepsmatige dienstverlening voorziet en kan voorzien in nieuwe behoeften als gevolg van ontwikkelingen in de medische wetenschap. Het gemeenschappelijke zou men kunnen omschrijven als de behoeften aan verzorging, verpleging en sociale contacten in het algemeen, waar ook in kan worden voorzien door familie, burens en andere sociale relaties. Er is wel een bepaalde taakverdeling. Vrijwilligerswerk is vooral gericht op kleine hand- en spandiensten, terwijl de beroepsmatige dienstverlening zoals die vooral in de intramurale zorg wordt gegeven, meer gericht is op de zeer veel hulp behoevendenden. Vrijwilligerswerk lijkt vooral een belangrijke functie te kunnen vervullen om bijvoorbeeld naast beroepsmatige gezinsverzorging en in aanvulling op wijkverpleging te bevorderen dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen.

<sup>23</sup> R. Goewie e.a., *Huishouden in Holland*; 's-Gravenhage, Nimawo, 1980, blz. 162 e.v..

<sup>24</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, op. cit., 1980, blz. 75.

<sup>25</sup> L. Willems, *Tussen overheid en ouderen, Gecoördineerd bejaardenwerk in de jaren '70*; 's-Gravenhage, VUGA, 1980, blz. 76.

<sup>26</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, *Vrijwilligerswerk en CRM-beleid, Uitgangspunten voor een op CRM toegespitst facetbeleid voor vrijwilligerswerk*; Rijswijk, 1981, blz. 67.

Door verscheidene factoren neemt in de toekomst de vraag naar door vrijwilligers geboden diensten toe: door de veroudering van de bevolking; door de ontwikkeling dat er meer ouderen met weinig contacten in de privésfeer komen; door het streven intramurale zorg te substitueren door extramurale zorg. Aan vrijwilligers worden hierdoor hogere eisen gesteld, bijvoorbeeld het voorkomen van vereenzaming van ouderen. Eerder is al vastgesteld dat vereenzaming vermoedelijk een belangrijk motief is voor het ontstaan van de wens tot opname in een verzorgingstehuis (zie paragraaf 5.2). Bovendien kan het langer zelfstandig wonen van hulpbehoevende ouderen, die voorheen werden opgenomen, leiden tot verzwaring van de taak van vrijwilligers die nu hulp verlenen bij huishoudelijke of persoonlijke verzorging.

Welk aandeel vrijwilligerswerk in het totaal van georganiseerde dienstverlening in de toekomst zal hebben, is afhankelijk van verschillende factoren. Ten eerste lijkt de motivering van de vrijwilliger een belangrijke factor te zijn. Generaliserend kan men zeggen dat de motivering tot dienstverlening in de privésfeer wordt bepaald door de wederkerigheid en sociale normen. Voor beroepskrachten zijn de betaling en de professionele ethiek motieven. Voor de vrijwilliger altruïstische overwegingen en de eigen behoeften, zoals de behoefte aan sociaal contact en bezigheid. Men kan stellen dat als gevolg van de aard van de motivering van de vrijwilliger een continuïteit van de hulpverlening niet zeker is. Ook al zou dit voor de individuele vrijwilliger het geval zijn, dan hoeft dat nog geen effect te hebben op de continuïteit van het vrijwilligerswerk als geheel. Als de organisatie van het vrijwilligerswerk goed geregeld is, dan kan toch gezorgd worden voor een continu bestand, zij het dat de samenstelling wisselt.

Dit verwijst naar een tweede belangrijke voorwaarde voor het aanbod van vrijwilligerswerk: de aanwezigheid van een organisatorisch kader. In het verleden hing de institutionalisering van vrijwilligerswerk samen met religieuze waarden. Dat komt ook nu nog voor. Daarnaast zijn initiatieven van vrijwilligers ontstaan uit alternatieve levensbeschouwingen, of met politieke oogmerken (actiegroepen). Veel vrijwilligers bij burenhulporganisaties blijken echter voorkeur te hebben voor niet-levensbeschouwelijk gebonden organisaties<sup>27</sup>. Dit roept de vraag op waarom vrijwilligers zich verenigen in organisaties, en hun diensten niet rechtstreeks verlenen. Als antwoord op deze vraag kan worden gewezen op de maatschappelijke mobiliteit (migratie), en de soms korte duur van sociale relaties. Een organisatie kan continuïteit van hulpverlening verzekeren, ook als er veel verloop is onder de vrijwillige hulpverleners. Het ontstaan van organisatorische kaders voor vrijwilligerswerk is niet alleen afhankelijk van initiatieven van vrijwilligers. Het overheidsbeleid kan hierop ook invloed uitoefenen, zoals onder andere blijkt uit de projecten gecoördineerd bejaardenwerk en de vrijwilligerscentrales.

Ten slotte kunnen de beleidsdoelstellingen inzake werkgelegenheid en emancipatie van de vrouw invloed uitoefenen op de ontwikkeling van het vrijwilligerswerk. Een argument tegen de ontwikkeling van vrijwilligerswerk is de belemmering die daarin wordt gezien voor de emancipatie van de vrouw. Tot nu toe is de werkgelegenheid voor vrouwen sterk geconcentreerd in de welzijnssector, waar vrouwen dus met elkaar concurreren als vrijwilligers en betaalde krachten. Binnen het kader van het emancipatiestreven wordt de voorkeur gegeven aan betaald werk boven vrijwilligerswerk. Vooral in de welzijnssector lijkt creatie van betaalde banen in het verlengde van opleiding en belangstelling van vrouwen mogelijk, wat echter anderzijds de segregatie op de arbeidsmarkt tussen mannen en vrouwen weer versterkt. Meer algemeen geldt ook dat stimulering van het vrijwilligerswerk als strijdig kan worden gezien met de werkgelegenheidsdoelstelling. Zoals bekend is immers

<sup>27</sup> J. Halbertsma, *Georganiseerde burenhulp, een verkennend onderzoek naar nieuwe vormen van vrijwillige hulpverlening*; 's-Gravenhage, Nimawo, 1968, blz. 41.

juist de quataire sector, waarvan de dienstverlening een onderdeel is, van grote betekenis voor de werkgelegenheid.

Afzonderlijke aandacht vraagt de participatie van arbeidsongeschikte en werkloze mensen in het vrijwilligerswerk, waaraan beperkingen worden opgelegd. Als men een uitkering krijgt, zijn bepaalde soorten vrijwilligerswerk niet toegestaan. De groep van arbeidsongeschikten en werklozen is vermoedelijk mede als gevolg hiervan ondervertegenwoordigd onder de vrijwilligers. Van de werkende bevolking met een betaalde werkkring verricht 45% ook vrijwilligerswerk en ander onbetaald werk. Onder de arbeidsongeschikte en werkloze mensen is dit bij respectievelijk 20% en 26% het geval<sup>28</sup>. Deze ondervertegenwoordiging kan een gevolg zijn van een geringere motivatie, maar ook van de bij uitkeringen aan werklozen en arbeidsongeschikten gestelde voorwaarden. Dit onderwerp, vrijwilligerswerk door arbeidsongeschikten en werklozen, krijgt in de paragrafen 5.4 en 5.5 nader aandacht.

#### 5.3.4 Kosten en financiering

Belangrijke voorzieningen voor ouderen zijn verpleeghuizen, kruiswerk, bejaardenoorden, gezinsverzorging en gecoördineerd bejaardenwerk. Hoewel de gezinsverzorging een algemene voorziening is, kan men dit soort dienstverlening voor een groot deel ook onder de voorzieningen voor ouderen rekenen. In 1977 werd in 54% van het aantal gevallen hulp verleend aan personen van 65 jaar en ouder<sup>29</sup>. In tabel 5.16 wordt een overzicht gegeven van de kosten en wijze van financiering.

**Tabel 5.16 Bruto uitgaven in miljarden guldens en wijze van financiering van voor ouderen belangrijke voorzieningen, 1977**

	Rijks- begro- ting	Gemeen- te	AWBZ	Eigen bijdr.	Over. part. inst.	Totaal
Verpleeghuizen			2,1			2,1
Kruiswerk <sup>a</sup>	0,2	0,1		0,1		0,4
Bejaardenoorden	1,3	0,1		1,2	0,2	2,8
Gezinsverzor- ging	1,0			0,1		1,1
Gecoördineerd bejaardenwerk	0,1					0,1

Bron: Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Knelpunten Financieringsstelsels, *Knelpunten van de Financieringsystematiek van Specifieke Welzijnsvoorzieningen*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 32.

a) Het kruiswerk wordt nu via de AWBZ gefinancierd.

Uitgaven voor voorzieningen voor ouderen vormen een belangrijk aandeel in de overheidsuitgaven op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening. De veroudering van de bevolking zal in de toekomst leiden tot aanzienlijk hogere kosten. Dit is niet alleen het geval voor de tot het beleidsterrein van CRM behorende maatschappelijke dienstverlening, maar ook voor de gezondheidszorg. Door het Sociaal en Cultureel Planbureau en door het Centraal Planbureau is berekend, dat in de periode

<sup>28</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1978*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978, blz. 229.

<sup>29</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau, op. cit., blz. 195.



1980-1990 als gevolg van de veroudering van de bevolking de kosten van de intramurale gezondheidszorg zich zullen ontwikkelen van 12,2 naar 13,3 miljard gulden. De overeenkomstige bedragen voor de extramurale gezondheidszorg zijn respectievelijk 5,3 en 6,4 miljard gulden. De kosten van de maatschappelijke dienstverlening zouden zich ontwikkelen van 4,8 naar 5,6 miljard gulden<sup>30</sup>.

Deze ramingen zijn om twee redenen aan de lage kant. Ten eerste is geen rekening gehouden met wijzigingen in de gezinssamenstelling (het toenemend aantal alleenstaanden). Ten tweede ontbreekt het aan voldoende mogelijkheden tot beheersing waardoor de kosten extra kunnen stijgen. Zo blijken bijvoorbeeld de kosten van verzorging in verzorgingstehuizen sterk te zijn gestegen. Hierdoor kunnen steeds minder ouderen de geboden verzorging betalen, zodat een groter beroep op de Bijstandswet wordt gedaan. De groei van de overheidsuitgaven op dit gebied is wel omschreven als explosief<sup>31</sup>. Deze groei hangt niet alleen samen met de veroudering van de bevolking. Er is ook invloed van een gebrek aan doelmatigheid van het beleid bij de financiering. Het gebrek aan doelmatigheid kan ook in de toekomst de omvang van de collectieve uitgaven beïnvloeden en tot onnodige beperkingen in het aanbod van voorzieningen leiden. Een andere belangrijke factor met betrekking tot de toekomstige ontwikkelingen in de financiering van voorzieningen wordt gevormd door het beleid inzake de inkomenspositie van ouderen.

#### *Doelmatigheid van de financiering*

De federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties (LSB) wijst in een recente publikatie op de onduidelijkheid in de bestaande functieverdeling tussen verschillende vormen van dienstverlening. Deze onduidelijkheid wordt niet gecorrigeerd door de financiering, omdat deze zich richt naar de bestaande voorzieningen en zich aanpast bij de historisch gegroeide situatie<sup>32</sup>. De Centrale Commissie voor de Bejaardenoorden constateert ook functionele overlappingsen, en wel tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen<sup>33</sup>.

Er wordt thans met verschillende middelen gepoogd de kosten van voorzieningen voor ouderen te beheersen: door middel van normeringen en door middel van substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg.

Een directe methode van beheersing is koppeling van het aanbod van voorzieningen, zoals bejaardenoorden en verpleeghuizen, aan de bevolkingsomvang, en het afhankelijk stellen van het gebruik van bepaalde normen. Zo is ten aanzien van bejaardenoorden in 1975 bepaald dat het aantal bewoners teruggebracht dient te worden tot 70% van de oudere bevolking van 65 jaar en ouder. Om dit te kunnen realiseren zijn indicatiecommissies ingesteld. Deze commissies stellen door middel van een score vast of ouderen wel of niet in aanmerking komen voor opname. De score resulteert uit somming van een aantal schalen, waarmee de lichamelijke, de huishoudelijke en de sociale validiteit worden gemeten. De indicering is een voorwaarde voor het eventueel verlenen van financiële bijstand aan ouderen. De beheerders van verzorgingstehuizen zijn niet verplicht de adviezen van de indicatiecommissies op te volgen. Uit een analyse van de adviezen van indicatiecommissies, voor zover deze beschikbaar zijn, blijkt dat het succes van deze maatregel tot beheersing twijfelachtig is. De indruk bestaat dat een ruim toelatingsbeleid wordt

<sup>30</sup> Ibid., blz. 242.

<sup>31</sup> Algemene Begeleidingsgroep Onderzoek Alternatieve Financiering Verzorging in Bejaardenoorden, *Rapport over Financieringsalternatieven voor de kosten van verzorging in bejaardenoorden*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 4.

<sup>32</sup> Federatie LSB, *Contouren van een toekomstig beleid bejaardenzorg*; 's-Gravenhage, 1981, blz. 10.

<sup>33</sup> Centrale Commissie voor de Bejaardenoorden, *Advies inzake taak en functie van het verzorgingstehuis voor bejaarden*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979, blz. 44.

gevoerd, dat niet leidt tot een verblijfspercentage van 7%<sup>34</sup>. Ook wanneer alleen positief geïndiceerden zouden worden opgenomen, zou dit toch niet het gewenste resultaat hebben. Het SCP heeft berekend dat dit zou leiden tot een verblijfspercentage van bijna 11%<sup>35</sup>.

Als de 7%-norm strikt zou worden toegepast, kunnen spanningen daarvan het gevolg zijn, aangezien dan door de demografische veranderingen een discrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van dienstverlening ontstaat. Bij de vaststelling van de 7%-norm voor plaatsen in bejaardenoorden is namelijk geen rekening gehouden met het toenemen van het aantal hoogbejaarde mensen en toekomstige ontwikkelingen in de gezinssituatie van ouderen.

Sinds de publikatie van de Nota Bejaardenbeleid 1975 wordt een beleid gevoerd, waarbij extramurale zorg zoals gezinsverzorging en kruiswerk sterk het accent krijgt. Het doel van dit beleid is bevordering van de maatschappelijke integratie van ouderen. Dit kan als neveneffect een beperking van de groei van de kosten van intramurale zorg hebben. Uit onderzoek blijkt evenwel dat een substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg nog niet is gerealiseerd. Uit een vergelijking van verschillende regio's volgt bijvoorbeeld dat een groter aanbod van gezinsverzorging niet gepaard gaat met een kleiner aanbod van plaatsen in bejaardenoorden<sup>36</sup>. Het ondersteunen van extramurale zorg, zonder dat substitutie van intramurale zorg tot stand komt, is de meest kostbare oplossing. Het kost nog meer dan uitsluitende financiering van intramurale zorg, welke al als kostbaar wordt aangemerkt.

De verwezenlijking van de gewenste verschuiving van intramurale naar extramurale zorg vereist sterke uitbreiding van onder andere wijkverpleging en gezinsverzorging. Door het SCP is berekend wat de gevolgen zouden zijn van een beperking van de intramurale zorg volgens de gestelde normen. Het blijkt dat dit zou leiden tot een vraag naar gezinsverzorging en wijkverpleging, die aanzienlijk groter is dan de nu geplande uitbreiding van extramurale zorg<sup>37</sup>.

#### *Beleid inzake het inkomen van ouderen*

De inkomenspositie van ouderen is van invloed op de mate waarin publieke financiering van voorzieningen nodig is. Met de verbetering van het inkomen in de loop van de tijd is het voor ouderen mogelijk geworden zelf commerciële voorzieningen te financieren (service-flats bijvoorbeeld) en bij te dragen aan de betaling van niet-commerciële publieke voorzieningen (zie tabel 5.16). De inkomenspositie wordt mede beïnvloed door het inkomensbeleid. Op deze manier zijn de ontwikkelingen in het inkomensbeleid mede bepalend voor de publieke financiering van het aanbod van voorzieningen.

Ondanks de verbetering van de inkomenspositie van ouderen ten opzichte van vroegere generaties, hebben ouderen relatief lage inkomens. Binnen deze groep daalt het inkomen verder bij stijging van de leeftijd<sup>38</sup>. De inkomenspositie van ouderen is voor een groot deel afhankelijk van de ontwikkelingen in de sociale zekerheid. De uitgaven hiervoor hebben zich stormachtig ontwikkeld. In het bijzonder relevant voor deze groep zijn AOW-uitkeringen en andere pensioenen.

Als gevolg van demografische veranderingen ontvingen in 1980 ongeveer 300.000 ouderen meer een uitkering dan in 1970. De uitkeringen stegen van bijna 6 tot bijna 22 miljard gulden<sup>39</sup>. AOW-uitkeringen bevinden

<sup>34</sup> Sociaal-Cultureel Planbureau/Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Inhoudelijke samenhangen in het welzijnsbeleid; een onderzoeksvoorstel*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 51.

<sup>35</sup> M. Mootz en J. Timmermans, op. cit., blz. 36.

<sup>36</sup> J.A.I. Coolen, 'Samenhang van voorzieningen voor bejaarden'; *Sociologische Gids*, januari/februari 1980, 27e jaargang nr. 1, blz. 47-67.

<sup>37</sup> M. Mootz en J. Timmermans, op. cit., blz. 33.

<sup>38</sup> CBS, op. cit., blz. 64.

<sup>39</sup> A.C.M. de Kok, *Welfare State in need of reform*; Rijswijk, CRM, 1981, blz. 16.

zich op een sociaal minimum. Om de inkomenspositie van de ouderen die hier geheel of gedeeltelijk van afhankelijk zijn, te verbeteren, worden nu plannen uitgewerkt voor een pensioenplicht. Door deze maatregel zou voor iedereen een voldoende aanvullend pensioen gegarandeerd moeten worden. Critici betwijfelen of dit kan worden gefinancierd. De veroudering van de bevolking zal dit tot een zeer kostbare aangelegenheid maken<sup>40</sup>. Zelfs over de bestaande pensioenregelingen is er twijfel of deze op lange termijn betaalbaar zijn. Kostenverhogend zijn ontwikkelingen als vervroegde uittreding en deeltijdarbeid (geeft minder premie-opbrengsten). De groei van de beroepsbevolking is niet voldoende om de stijgende lasten als gevolg van de veroudering op te brengen. In het jaarverslag over 1980 van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds wordt vastgesteld dat het draagvlak voor pensioenbetalingen geleidelijk smaller wordt. In 1980 waren er nog slechts 2,63 beroepsmatig actieven om een pensioengerechtigde te onderhouden. In 1975 was die verhouding nog 1 op 2,75 en in 1970 1 op 3,25<sup>41</sup>.

Het arbeidsaanbod zal in de tachtiger jaren met iets minder dan 1% stijgen. Dit is een geringere stijging dan van het aantal personen van 65 jaar en ouder (ongeveer 1,4%), zodat bij een synchrone ontwikkeling van het gemiddelde inkomen van de AOW-premieplichtigen en de AOW-uitkering, de AOW-premie zou moeten stijgen om de vereiste premie-opbrengst te realiseren<sup>42</sup>. De premie moet nog sterker stijgen als de groei van het arbeidsaanbod niet kan worden opgevangen door een groei van de werkgelegenheid. Niet alleen de AOW-premie maar ook de overige pensioenpremies zullen moeten toenemen, tenzij er voortdurend een sterke produktiviteitsstijging in de komende jaren gerealiseerd kan worden. Er moet daarom rekening worden gehouden met 'onbetaalbare' pensioenlasten in de wat verdere toekomst<sup>43</sup>.

Een eventueel ongunstige ontwikkeling van het inkomen van ouderen kan een groter beroep op de publieke financiering tot gevolg hebben. Voor de niet-commerciële voorzieningen is het in dat geval moeilijker uit de private middelen een bijdrage te vragen. Ook voor de commerciële voorzieningen kan het beroep door ouderen op publieke middelen dan groter worden (bijstand, fiscale tegemoetkomingen, huursubsidies). Een alternatief is dat ouderen in plaats van commerciële voorzieningen, niet-commerciële voorzieningen gaan gebruiken: bejaardenoordelen in plaats van serviceflats; een bejaardenverzorgende in plaats van een particuliere hulp in de huishouding.

### 5.3.5 Doelstellingen van het ouderenbeleid

De zorg voor ouderen is voor een belangrijk deel ingericht in de vorm van speciaal voor ouderen bestemde voorzieningen, zoals bejaardenhuizen. Dit accentueert de maatschappelijk geïsoleerde positie die ouderen innemen. Wanneer men de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, wordt men verondersteld zich uit het arbeidsbestel terug te trekken. Ook in andere sociale verbanden is er voor ouderen weinig of geen plaats, zoals in verenigingsleven, politiek, onderwijs en gezin. Blijkbaar gaat met het ouder worden een proces van terugtrekking uit maatschappelijke verbanden gepaard. Hiermee correspondeert ook een beeld van ouderen als hulpbehoevend en afhankelijk. Hoe stelt men zich nu in het beleid voor ouderen ten aanzien van deze verschijnselen op? Inzicht hierin kan worden verkregen door na te gaan welke doelstellingen door belangrijke actoren in het beleid voor ouderen worden gehanteerd. In opdracht van

<sup>40</sup> P.J.C. van Eekelen en J.B. Kuné, 'Haalt de Pensioenwet werknemers 1984?'; *Economische Statistische Berichten*, 7 mei 1980, 65e jaargang nr. 3270, blz. 559.

<sup>41</sup> 'ABP: draagvlak pensioenen wordt smaller'; *NRC Handelsblad*, 3 december 1981.

<sup>42</sup> Sociaal Economische Raad, *SER-advies, inzake sociaal-economisch beleid op middellange termijn*; 81/07, 's-Gravenhage, 1981, blz. 38.

<sup>43</sup> J. van Klinken, Inleiding van het symposium 'Ouder worden onderzocht', 8 september 1981.

de Raad heeft het Instituut voor Arbeidsvraagstukken (IVA) dit onderzocht<sup>44</sup>. Hiertoe zijn beleidsnota's en beleidprogramma's die in de periode 1975 tot 1980 zijn verschenen, door het IVA geanalyseerd. Belangrijke actoren zijn bijvoorbeeld de centrale overheid en de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid. Met betrekking tot een viertal doelstellingen is onderzocht, in hoeverre deze in de publikaties van de beleidsactoren worden aangetroffen; deze doelstellingen zijn: gerichtheid op het individu, individuele onafhankelijkheid, gelijkwaardigheid, en 'open perspectief'.

*Gerichtheid op het individu* wijst op een besef van verschillen tussen mensen en hun behoeften. Er is een individugerichtheid van de beleidsactor, als in de formele centrale doelstellingen duidelijk formuleringen zijn opgenomen betreffende het gedifferentieerd zijn van ouderen en hun behoeften, evenals de verwijzing dat daarmee in het beleid rekening moet worden gehouden. Het nastreven van *individuele onafhankelijkheid* past samen met de vorige doelstelling in de in hoofdstuk 2 gegeven definitie van individueel welzijn. Onafhankelijkheid verwijst naar onafhankelijkheid ten opzichte van personen of onafhankelijkheid ten opzichte van voorzieningen of middelen die door anderen kunnen worden geboden. De doelstelling van *gelijkwaardigheid* sluit aan bij de eerste van de in hoofdstuk 2 genoemde maatschappelijke doelstellingen. *Open perspectief* als doelstelling heeft betrekking op de plaats in en de bijdrage aan de samenleving van ouderen, evenals op hun eigen ontplooiingsmogelijkheden. Het IVA heeft ook deze doelstelling in de analyse opgenomen, omdat hierdoor recht wordt gedaan aan nieuwe visies op de betekenis voor individu en samenleving van het ouder worden.

De drie eerstgenoemde doelstellingen zijn op te vatten als een reactie op wat gezien wordt als negatieve aspecten van de leefsituatie van ouderen. Gelijkwaardigheid moet worden nagestreefd, omdat men een ongelijke positie van ouderen in de samenleving percipieert. Onafhankelijkheid is doel omdat waargenomen wordt dat ouderen onzelfstandig zijn. Een meer op het individu gericht beleid wordt nodig geacht, omdat geconstateerd wordt dat ouderen als een homogene categorie worden behandeld en dat er, niet met de werkelijkheid overeenkomende, stereotype beelden bestaan van hun behoeften. In het open perspectief valt echter nadruk op positieve aspecten van het ouder worden. Deze doelstelling contrasteert met maatschappelijke normen waardoor sociaal 'disengagement' van ouderen wordt voorgeschreven. Bij het ouder worden dient men zich terug te trekken uit de arbeid, het verenigingsleven en dergelijke. Deze normen worden gelegitimeerd door het accentueren van de negatieve aspecten van het ouder worden. Daarentegen worden in een open perspectief de positieve kanten, zoals de ervaring van ouderen, meer benadrukt. Deze doelstelling omvat het trachten om maatschappelijke veranderingen te realiseren, waardoor de bijdragen die ouderen leveren meer tot hun recht kunnen komen. Het open perspectief heeft raakpunten met zowel de doelstelling van individueel welzijn, als met de maatschappelijke doelstellingen, zoals geformuleerd in hoofdstuk 2; in paragraaf 5.4.1 zal dit nog verder worden uitgewerkt.

Het IVA-onderzoek bestrijkt twee 'zorggebieden', namelijk huisvesting en arbeid<sup>45</sup>. Huisvestingsbeleid heeft in het onderzoek met name betrekking op de specifieke aan ouderen geboden voorzieningen en valt met deze beperking vooral onder het takenpakket van het specifieke welzijnsbeleid. Het terrein van de arbeid is gekozen met het oog op de openperspectiefdoelstelling. Het veranderen van de maatschappelijke positie van ouderen, dat als doel met het open perspectief verbonden is, gaat de

<sup>44</sup> IVA, *Een analyse van centrale doelstellingen in het bejaardenbeleid*; WRR, werkdocument, 1981.

<sup>45</sup> Andere terreinen van zorg zijn: financiën, gezondheid, sociaal-culturele voorzieningen en huishoudelijke verzorging.

mogelijkheden van het specifiek welzijnsbeleid te boven. Daarvoor lijkt onder andere het beleid inzake het arbeidsbestel een aangewezen middel.

In het onderzoek is de positie van de verschillende actoren dichotoom aangegeven. Er is een positieve positie als er formuleringen zijn opgenomen die duidelijk verwijzen naar een van de hiervoor genoemde doelstellingen. Zo niet, dan is de scoring neutraal. De resultaten van het onderzoek zijn wat betreft de sector huisvesting weergegeven in tabel 5.17. Het onderzoek in dit zorggebied had betrekking op de volgende actoren:

- de Centrale Commissie voor Bejaardenoorden (CCB);
- de Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardenhuisorganisaties (LSB);
- de Humanistische Stichting voor Huisvesting van Bejaarden (HSHB);
- de Nederlandse Vereniging van Bejaardenoorden (NeVeB);
- de Stichting Landelijk Overleg Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB);
- de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid (NFB);
- de Centrale Overheid (Nota Bejaardenbeleid 1975);
- Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen in Nederland (COSBO);
- de provincie Noord-Brabant;
- de provincie Groningen.

**Tabel 5.17 Scoring van relevante actoren in het zorggebied huisvesting op de dimensies individugericht, onafhankelijkheid, gelijkwaardigheid en open perspectief, (positief = +, neutraal = 0)**

Actor	Individu-gericht	Onafhanke-lijkheid	Gelijkwaar-digheid	Open Per-spectief
CCB	+	+	0	0
LSB	0	+	+	0
HSHB	+	+	+	+
NeVeB	0	0	0	0
LOBB	?	+	+	?
NFB	+	+	+	0
Centr. Over-heid	+	+	+	0
COSBO	+	+	+	+
N.Br.	+	+	+	0
Gron.	+	+	+	0

Bron: IVA, op. cit., blz. 27.

Uit de tabel blijkt dat de doelstellingen individugericht, onafhankelijkheid en gelijkwaardigheid vrijwel algemeen worden aangetroffen. Open perspectief als doelstelling komt echter slechts in twee van de tien gevallen expliciet naar voren.

Met betrekking tot het arbeidsbestel zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven in tabel 5.18. De actoren in het zorggebied arbeid, waarvan de publikaties werden geanalyseerd, zijn:

- de Sociaal-Economische Raad (SER);

- de Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV);
- de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid (NFB);
- de Centrale Overheid (Nota Bejaardenbeleid 1975).

**Tabel 5.18 Scoring van relevante actoren in het zorggebied arbeid op de dimensies individugericht, onafhankelijkheid, gelijkwaardigheid en open perspectief, (positief = +, neutraal = 0)**

Actor	Individu-gericht	Onafhanke-lijkheid	Gelijkwaar-digheid	Open Per-spectief
SER	+	+	+	0
FNV	+	+	+	0
NFB	+	+	+	0
Centr. Over-heid	+	+	+	0

*Bron: IVA, op. cit., blz. 32.*

Uit tabel 5.18 blijkt dat in de formele uitgangspunten en doelstellingen van alle actoren in het zorggebied arbeid het streven naar individuge-richtheid, onafhankelijkheid en gelijkwaardigheid voorkomt. Bij geen van deze actoren wordt echter een streven aangetroffen naar een open perspectief voor ouderen met betrekking tot het arbeidsbestel.

Uit het onderzoek van het IVA kan dus enerzijds geconcludeerd worden dat het streven naar onafhankelijkheid, gelijkwaardigheid en een op het individu gerichte benadering belangrijke doelstellingen van de verschillende actoren in het ouderenbeleid zijn. Anderzijds ontbreken nagenoeg doelstellingen die onder de noemer 'open perspectief' gerangschikt kunnen worden, ook op het terrein van het beleid inzake het arbeidsbestel. Nu heeft het IVA-onderzoek slechts betrekking op enkele zorggebieden. Desondanks lijkt generalisatie van de uitkomsten voor meerdere terreinen van het beleid verantwoord. Dit wordt ook bevestigd door de uitkomsten van een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, die recent voor het gehele veld van het beleid voor ouderen de doelstellingen hebben geïnventariseerd<sup>46</sup>.

## 5.4 Evaluatie

### 5.4.1 Ontwikkelingen in de effecten

Overeenkomstig de opzet van dit rapport zal in deze paragraaf om te beginnen aandacht worden besteed aan de effecten van het ouderenbeleid in het licht van de algemene doelstellingen van het welzijnsbeleid, zoals geformuleerd in hoofdstuk 2. De evaluatie wordt hier echter beperkt tot enkele globale opmerkingen. In paragraaf 5.4.2 volgt een meer uitgewerkte evaluatie van enkele aspecten van het ouderenbeleid.

Het individueel welzijn en de maatschappelijke situatie van ouderen worden beïnvloed vanuit verschillende beleidsterreinen: fiscaal beleid, sociale zekerheid, huisvestingsbeleid en het specifieke welzijnsbeleid. Uit de probleemstelling van het rapport volgt dat vooral de door het specifieke welzijnsbeleid geboden voorzieningen hier aandacht verdienen.

<sup>46</sup> SCP/HRWB, op. cit., blz. 241.

### *Individueel welzijn*

De dienstverlening wordt voor zover deze beschikbaar is over het algemeen door ouderen positief ervaren. Uit een leefsituatie-onderzoek van het CBS blijkt bijvoorbeeld dat 91% van de bewoners van verzorgingstehuizen tevreden of zeer tevreden is met de woonsituatie. Het overeenkomstige percentage bij de zelfstandig wonende ouderen is 87%<sup>47</sup>. Uit onderzoek blijkt ook dat men intrede in een bejaardenoord liefst zo lang mogelijk uitstelt<sup>48</sup>. Intramurale voorzieningen worden gezien als een noodzakelijk kwaad<sup>49</sup>. Er is bovendien niet voor iedereen die dat wenst verzorging beschikbaar. De meeste instellingen voor ouderen werken met wachtlijsten<sup>50</sup>.

Belangrijker is dat de mate van tevredenheid niet alleen wordt bepaald door de kwaliteit van de geboden dienstverlening, maar ook door de mogelijkheden die het individu ziet tot verandering van zijn situatie. Als men geen mogelijkheden tot verandering in de zin van verbetering ziet, zal men eerder tevreden zijn dan wanneer dat wel het geval is. Een wel of niet positieve waardering van de geboden dienstverlening hangt daarom samen met de maatschappelijke positie van ouderen, en de mogelijkheden die zij zien tot verandering in deze positie. In Nederland is er nog weinig merkbaar van een streven onder ouderen naar maatschappelijke emancipatie. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, waar een grijze-panterbeweging is ontstaan, en waar getracht wordt maatschappelijke ongelijkheid van ouderen ten opzichte van jongeren te verminderen. Het ontstaan van een dergelijk streven naar maatschappelijke verandering, zou dissatisfactie onder ouderen manifesteren kunnen maken.

Met het ouder worden is dikwijls een positie van afhankelijkheid als gevolg van vermindering van de validiteit gegeven. Er zijn maatschappelijke factoren die deze afhankelijkheid kunnen versterken. Bijvoorbeeld slechte financiële omstandigheden of het ontbreken van aangepaste huisvesting. Soms maakt ook de dienstverlening ouderen afhankelijker dan nodig, bijvoorbeeld door het in een verzorgingstehuis voor hen verrichten van huishoudelijke werkzaamheden, die zij ook zelf nog zouden kunnen doen. Een belangrijke negatieve factor is ook de verstoring van de familierelatie die door de geboden zorg kan optreden. Daarom kan het huidige streven naar meer extramuraal zorg en het stimuleren van dag- en nachtverpleging de individuele onafhankelijkheid versterken.

### *Maatschappelijke doelstellingen*

Het streven naar vermindering van maatschappelijke ongelijkheid wordt in het ouderenbeleid opgevat als het verminderen van maatschappelijke deprivatie. Deze deprivatie wordt in de nota Bejaardenbeleid omschreven als consumptieve deprivatie, relationele deprivatie en kennisdeprivatie<sup>51</sup>. Wat betreft het voorkomen van ongelijkheid in de toegankelijkheid van voorzieningen, lijkt het beleid voor ouderen effectief te zijn. Het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Harmonisatieraad constateren na onderzoek dat de voorzieningen voor ouderen in het algemeen de categorieën bereiken die het meest voor zorg in aanmerking komen. De voorzieningen lijken voldoende toegankelijk te zijn<sup>52</sup>. Wel blijkt uit verschillende onderzoekingen een ongelijkheid van ouderen ten opzichte van jongeren, bijvoorbeeld ten aanzien van inkomen en huisvesting.

<sup>47</sup> CBS, op. cit., blz. 45.

<sup>48</sup> W.A. Bischoff en A. Lambregts, *De behoefte aan opname in Tilburgse verzorgingstehuizen*; Tilburg, Stichting Bejaardenwerk Tilburg, 1977.

Veldkamp Marktonderzoek, *De Amsterdamse bejaarden in 1976*; Amsterdam, 1977.

<sup>49</sup> P.P.J. Houben e.a., *Ouderen en hun woonbehoeften*; Delft, R.I.W.-instituut voor Volkshuisvestingsonderzoek, 1980.

<sup>50</sup> H.J. van Daal, *Zorg in eigen beheer*; 's-Gravenhage, Nimawo, 1981, blz. 31.

<sup>51</sup> Nota Bejaardenbeleid 1975; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, blz. 14.

<sup>52</sup> SCP/HRWB, op. cit., blz. 63.

Veel vormen van ongelijkheid zijn een gevolg van een verminderde validiteit van ouderen maar er is ook, los daarvan, een samenhang met sociale normen en gevoerd beleid. Reeds eerder (in paragraaf 5.3.5) kwam de maatschappelijk geïsoleerde positie van ouderen ter sprake. De oudere ontbreekt in veel sociale instituties, zoals gezin, school en arbeidssituatie. Het specifieke welzijnsbeleid beperkt zich tot het wegnemen van wat men ziet als negatieve gevolgen van deze geïsoleerde maatschappelijke positie van ouderen. Tegelijkertijd wordt dit isolement bevorderd door het opnemen van ouderen in intramuraal voorzieningen, waardoor zij afgezonderd worden in het sociale verkeer. Het specifieke welzijnsbeleid voor ouderen versterkt zo onbedoeld bestaande stereotypen beelden van ouderen als verzorgingsbehoevenden.

Als tegenhanger van dit beleid werd de mogelijkheid van het hanteren van een open perspectief als doelstelling geschetst. Hierin worden de positieve bijdragen van ouderen benadrukt en wordt gestreefd naar een doorbreking van het maatschappelijke isolement van ouderen. Wat betekent dit in termen van de in dit rapport gehanteerde algemene doelstellingen van welzijnsbeleid? Om te beginnen gaat het hierbij om bevordering van het individueel welzijn. De eenzijdige benadrukking van het opvangen van tekorten (met voorbijgaan aan de positieve kanten van het ouder worden) kan ertoe bijdragen dat ook de ouderen zelf zich gaan zien als afhankelijk en hulpbehoevend. Wat de maatschappelijke doelstellingen betreft, is niet alleen de maatschappelijke gelijkheid in het geding, maar gaat het ook om maatschappelijke integratie en stabiliteit.

Het huidige beleid kan worden gezien als een ondersteuning van de maatschappelijke stabiliteit in de zin van wat in hoofdstuk 2 werd aangeduid met de term systeeminterdependentie. Als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen zijn de ouderen als het ware verdreven uit gezin en arbeidsbestel. Het specifieke welzijnsbeleid voor ouderen sluit hierbij aan door te voorzien in de behoefte aan verzorging en hulpverlening die hiervan het gevolg is. De vraag rijst echter in hoeverre een dergelijk beleid ook in de toekomst succesvol zal kunnen zijn. Wanneer als gevolg van de veroudering van de bevolking de druk op de financiële middelen toeneemt, zullen de jongeren dan in staat en bereid zijn om de middelen te verschaffen die nodig zijn om de hulpverlening op een voldoende niveau te handhaven? Een geïsoleerde en gestigmatiseerde positie van ouderen zal hiertoe zeker geen positieve bijdrage leveren. Naast overwegingen van individueel welzijn en rechtvaardigheid spelen derhalve overwegingen van maatschappelijke integratie en uiteindelijk ook maatschappelijke stabiliteit een rol.

Vanuit de doelstellingen van het welzijnsbeleid gezien is er dus alle reden om in de zorg voor ouderen meer aandacht te schenken aan de mogelijke positieve bijdragen van ouderen en aan het keren van de tendens van maatschappelijke isolering. Het bevorderen van de integratie van ouderen in maatschappelijke verbanden en het tot hun recht laten komen van hun kennis en ervaring, is een beleid dat uitstijgt boven de grenzen van het specifieke welzijnsbeleid. Het vergt een proces van maatschappelijke verandering, waardoor de positieve aspecten van het ouder worden weer een plaats kunnen krijgen. In dit rapport wordt deze gedachte verder uitgewerkt met betrekking tot de invoering van flexibele pensionering.

#### 5.4.2 *Globale evaluatie van doelstellingen en middelen*

Tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in vraag en aanbod en van de hierboven aangeduide effecten moet nu de vraag worden gesteld, in hoeverre de middelen en doelstellingen van het beleid voor ouderen toereikend zijn om de algemene doelstellingen van het welzijnsbeleid te realiseren. Wat de middelen betreft, vragen met name de inzet van vrijwilligerswerk en de financieringsproblematiek de aandacht. Met betrek-



king tot de doelstellingen gaat de aandacht vooral uit naar de thematiek die eerder werd aangeduid met de term 'open perspectief'. In deze paragraaf ligt de nadruk op een evaluatie van de genoemde problemen in termen van de algemene doelstellingen van het welzijnsbeleid. In paragraaf 5.5 zal nader worden onderzocht wat de grenzen zijn aan de mogelijkheden tot uitvoering van de hier te ontwikkelen voorstellen.

### *Beroepskrachten en vrijwilligers*

Uit de beschrijving van de ontwikkelingen in de vraag in paragraaf 5.2 komt als dominerend gegeven naar voren de te verwachten veroudering van de bevolking, het stijgend aandeel van de hoogbejaarden en, als gevolg van demografische en maatschappelijke factoren, een stijgend percentage alleenstaanden onder de ouderen. Dit alles zal een sterke groei van de vraag naar hulpverlening met zich meebrengen. In de behoefte aan hulpverlening kan worden voorzien door hulp in de privésfeer, dan wel georganiseerde dienstverlening, hetzij door beroepskrachten, hetzij door vrijwilligers. Voor een deel zal slechts door beroepsmatige dienstverlening in de behoeften kunnen worden voorzien. Zo komen er meer hoogbejaarde mensen (80 jaar en ouder) die veel hulp behoeven. Voor deze groep lijkt uitbreiding van het aanbod van beroepsmatige dienstverlening noodzakelijk. Voor een groot deel van de hulpvraag geldt echter dat de verschillende vormen van hulpverlening binnen zekere grenzen onderling substitueerbaar zijn. Onder de ouderen bevinden zich ook veel mensen die lichte vormen van hulp nodig hebben, die eventueel gegeven zou kunnen worden door anderen in de privésfeer, zoals partner, familie of burens. Zoals in paragraaf 5.2.2 werd betoogd, is er echter een ongunstige ontwikkeling in de beschikbaarheid van, en bereidheid tot informele hulpverlening in de primaire sociale omgeving van ouderen. Als aanvulling op de gemaakte opmerkingen kan er ook op worden gewezen, dat de manier waarop ouderen in meer traditionele samenlevingen in de privésfeer worden opgevangen, nauwelijks nog als voorbeeld kan dienen. Dit wordt dikwijls te sterk geïdealiseerd. Bovendien gaat het dan om kleinere aantallen en jongere ouderen. Turksma heeft opgemerkt dat in ontwikkelingslanden het aantal ouderen de 5% niet te boven gaat<sup>53</sup>. In Nederland is thans 11% van de bevolking 65 jaar of ouder.

Gegeven de te verwachten groei van de hulpvraag enerzijds en het te kort schieten van de mogelijkheden voor hulpverlening in de privésfeer anderzijds, dient zich thans een keuzevraagstuk voor het ouderenbeleid aan. Tot nu toe is min of meer vanzelfsprekend gekozen voor het opvangen van niet toereikende hulpverleningsmogelijkheden in de privésfeer door beroepsmatige hulpverlening. In het licht van de verschillende doelstellingen van het ouderenbeleid zou echter het stimuleren van vrijwilligerswerk de voorkeur kunnen hebben. Hiervoor zijn verschillende argumenten aan te voeren.

Om te beginnen is er het kostenprobleem. Wordt in de verwachte grote behoefte uitsluitend voorzien door beroepsmatige dienstverlening, dan zal dit leiden tot zeer hoge kosten. Maar er zijn meer redenen om vrijwilligerswerk te stimuleren naast beroepsmatige dienstverlening. Op het probleem van kosten en financiering komen we zo dadelijk nog terug.

Vrijwilligerswerk kan een bijdrage leveren aan de bevordering van de individuele onafhankelijkheid van ouderen, met name wat betreft het streven om hen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Waar de behoefte aan opnemingsinstellingen wordt veroorzaakt door het ontbreken van incidentele hulpverlening (zoals vervoer, boodschappen, sociale contacten), kan het vrijwilligerswerk een belangrijke rol vervullen. Zoals in paragraaf 5.2 bleek, is eenzaamheid vaak een reden voor opnemingsinstellingen. Vrijwilligers zouden kunnen helpen om

<sup>53</sup> L. Turksma, 'Bejaardensociologie: een terugblik en een momentopname'; *Mens en maatschappij*, november 1981, 56e jaargang nr. 4, blz. 398 t/m 416.

eenzaamheid te voorkomen of te verminderen, waardoor de behoefte aan opnemings aanzienlijk kan worden beperkt. Vrijwilligerswerk kan ook een oplossing bieden voor alleenstaande ouderen die tijdelijk hulp behoeven. Voor deze groep ouderen ontbreken alternatieven naast opnemings, waardoor het risico bestaat dat zij tussen wal en schip raken en op een onjuiste manier worden opgevangen. Bijvoorbeeld door continuering van een ziekenhuisopname omdat opvang thuis ontbreekt. Een voordeel van vrijwilligerswerk is ook dat ouderen zelf in de vrijwillige hulpverlening kunnen participeren. Dat hiervoor belangstelling is, blijkt uit de projecten gecoördineerd bejaardenwerk, waarin een derde van de vrijwilligers zelf 65 jaar of ouder is (zie paragraaf 5.3.3).

Als het vrijwilligerswerk goed georganiseerd wordt, hoeft het ten aanzien van de continuïteit van het aanbod niet in het nadeel te zijn ten opzichte van beroepsmatige dienstverlening. Wel ligt een zekere taakverdeling voor de hand. Gegeven de gedachte dat georganiseerde dienstverlening in de plaats komt van verdwijnende hulpmogelijkheden in de privésfeer, zou de functie van vrijwilligerswerk omschreven kunnen worden als complementair ten opzichte van beroepsmatige zorg. Beroepskrachten zouden zich in sterkere mate dan nu kunnen richten op dienstverlening waarvoor bepaalde deskundigheid vereist is, die niet beschikbaar is bij vrijwilligers. Voor meer belastende vormen van verzorging lijkt het inschakelen van beroepskrachten meer effectief. Toch zullen ook hier de werkzaamheden van vrijwilligers niet altijd gemist kunnen worden. Vrijwilligerswerk kan namelijk een aanvulling bieden op tekorten in voorzieningen en een voorhoedefunctie hebben bij het opsporen van nieuwe behoeften. Getuige het bestaan van wachtlijsten bij verschillende vormen van dienstverlening blijkt thans niet voldoende beroepsmatige dienstverlening beschikbaar te zijn. Door de verwachte veroudering van de bevolking kunnen de tekorten nog groter worden. Vrijwilligers kunnen zorgen voor een bepaalde overbrugging, tot er voldoende middelen beschikbaar kunnen komen voor beroepsmatige dienstverlening.

Een volgend argument dat pleit voor uitbreiding van het vrijwilligerswerk, is dat het aanbod erdoor verbreed kan worden. Wanneer er, zoals in het hiernavolgende zal worden voorgesteld, prioriteiten moeten worden gesteld ten aanzien van publieke voorzieningen en als gevolg daarvan slechts basisvoorzieningen kunnen worden gegarandeerd, is de bijdrage van vrijwilligers onontbeerlijk om toch in een breed behoeftenscala te kunnen voorzien.

Het naast elkaar bestaan van beroepsmatige en vrijwillige hulpverlening kan voorts een correctie op ongunstige neveneffecten van hulpverlening tot gevolg hebben. Door een zekere wedijver onderling kan het risico op stigmatiserende effecten verminderd worden. Veel ouderen zijn in tegenstelling tot jongeren uitsluitend afhankelijk van georganiseerde dienstverlening en kunnen niet mede een beroep doen op hulp in de privésfeer. Pinker ziet een dergelijke situatie als bedreigend voor de onafhankelijkheid. Hij stelt dat 'de grootste kans om afhankelijkheid met een stigmatiserend of vernederend karakter te ontlopen bestaat daar waar het individu van een aantal hulpverlenende instanties partiële hulp ontvangt'<sup>54</sup>. Er zijn niet veel verschillende soorten hulpverlenende instanties voor ouderen. Het aanbod van commerciële dienstverlening is beperkt. De inkomenspositie van de meeste ouderen biedt geen gunstige vooruitzichten voor commerciële dienstverlening. Waar het niet mogelijk is de georganiseerde niet-commerciële dienstverlening te laten wedijveren met commerciële dienstverlening of met hulpverlening in de privésfeer, lijkt het positief voor het individueel welzijn als er een zekere wedijver heerst binnen de georganiseerde dienstverlening: tussen vrijwilligerswerk en beroepsmatige dienstverlening. Deze wedijver wordt bevorderd als het mogelijk is

<sup>54</sup> R. Pinker, *Sociologie en sociaal beleid*; Meppel, Boom, 1973, blz. 175.

voor de oudere cliënt om te kiezen tussen beroepsmatige en vrijwillige hulpverlening. Hij hoeft dan niet zonder meer het gebodene te aanvaarden.

Vrees voor een mogelijk negatief effect van vrijwillige hulpverlening zou kunnen bestaan met betrekking tot de doelstelling van maatschappelijke gelijkheid. Met het oog op deze doelstelling wordt getracht om een gelijke toegang tot de voorzieningen te realiseren. Een middel daartoe is dat hierover voorwaarden worden gesteld bij de financiering met publieke middelen van beroepsmatige dienstverlening. Vrijwilligerswerk kan exclusief zijn, met uitsluiting van bepaalde groepen, hetgeen de levensbeschouwing van de vrijwilliger als achtergrond kan hebben. Eerder is echter gebleken dat kenmerkend voor vrijwilligerswerk aan ouderen is, dat het vaak juist niet levensbeschouwelijk is gebonden. Ook als het dat wel is, dan belet dat nog niet bij subsidiëring van vrijwilligerswerk de voorwaarde te stellen dat iedereen die in aanmerking komt voor hulp in gelijke mate een kans heeft deze te krijgen.

De voordelen van vrijwilligerswerk in termen van de doelstellingen van het ouderenbeleid zijn slechts één kant van de zaak. Bij de verdere ontwikkeling van het vrijwilligersbeleid doen zich verschillende praktische knelpunten voor, terwijl voorts onder ogen moet worden gezien of zich hier geen strijdigheid voordoet met andere doelstellingen van het overheidsbeleid, zoals inzake de werkgelegenheid.

In een drietal rapporten van de Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid zijn verschillende knelpunten behandeld, zoals:

- de wettelijke aansprakelijkheid voor de gevolgen van verkeerde handelingen door de vrijwilliger;
- het bijeenbrengen van de vraag naar vrijwilligerswerk en het aanbod daarvan;
- vergoedingen aan vrijwilligers (fiscale belastbaarheid);
- het risico van verlies van uitkeringen voor vrijwilligers die geen betaalde baan hebben<sup>55</sup>.

De Commissie heeft ten aanzien van deze knelpunten vastgesteld dat algemene maatregelen, gezien de verscheidenheid van het vrijwilligerswerk in vorm, werkwijze en behoefte, niet kunnen worden getroffen. Er is een groot verschil tussen bijvoorbeeld het vrijwilligerswerk in de sport en in de zorg voor ouderen. Deze positiebepaling gaat echter voorbij aan het feit dat het aanbod van vrijwilligers wel sterk beïnvloed wordt door nu al bestaande algemene maatregelen, zoals de van kracht zijnde voorschriften ter zake van sociale uitkeringen. Dit komt in het bijzonder tot uitdrukking in de beperkingen die worden gesteld aan het verrichten van vrijwilligerswerk door werkloze en arbeidsongeschikte mensen. Het is weliswaar mogelijk dat zij na individuele goedkeuring vrijwilligerswerk doen, maar deze activiteit is aan beperkende bepalingen onderworpen. Het feit dat werklozen en arbeidsongeschikten in het vrijwilligerswerk ondervertegenwoordigd zijn, zou hiermee verband kunnen houden. Voor zover dit het geval is, lijkt hier een conflict te bestaan tussen het beleid ten aanzien van de sociale zekerheid enerzijds en het vrijwilligerswerk anderzijds.

De vraag is hoe reëel dit conflict is. Voordat hierover een duidelijke uitspraak kan worden gedaan, zullen meer gegevens over de markt voor vrijwilligers bekend moeten zijn. Het feit dat werklozen en arbeidsongeschikten ondervertegenwoordigd zijn in het vrijwilligerswerk behoeft niet alleen door gebrek aan motivatie of beperkende overheidsmaatregelen te worden veroorzaakt. Zo wordt de samenstelling van de groep werklozen bijvoorbeeld naar opleidingsniveau gedomineerd door degenen die alleen een basis- of lbo-opleiding hebben; in 1980 behoorde 63% van het

<sup>55</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid:

- *Eerste deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.
- *Tweede deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.
- *Derde deelrapport*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982.

totaal der werklozen hiertoe. In 1977 had echter 29% van de beroepsbevolking een basisopleiding als hoogste opleiding genoten, de laagst opgeleiden zijn dus oververtegenwoordigd in de werkloosheid. Wellicht denken slechts weinigen uit deze categorie over kwaliteiten te beschikken die voor veel vrijwilligerswerk vereist lijken te zijn of werkelijk zijn. In ieder geval kan hier een discrepantie ontstaan tussen de gevraagde kwaliteiten in het vrijwilligerswerk en de aangeboden vaardigheden van de werklozen.

Voorts behoeft de regionale spreiding van de werkloosheid en arbeidsongeschiktheid niet overeen te komen met de regionale spreiding van de behoefte aan vrijwilligerswerk. Het lijkt niet aannemelijk dat de vrijwilliger in grote mate zal pendelen. Ook is het feit dat een zeer groot aantal werklozen slechts enkele maanden geen betaalde arbeid verricht in dit verband van betekenis. In 1980 was 60% van alle werklozen korter dan 6 maanden zonder werk. Voor de jongeren (beneden 23 jaar) was dit percentage zelfs ruim 70%<sup>56</sup>. Zo'n relatief korte werkloosheidsduur stimuleert waarschijnlijk evenmin het aanpakken van vrijwilligerswerk. Wel is er over 1980 en 1981 een lichte tendens tot stijging van de werkloosheidsduur van jongeren<sup>57</sup>.

Deze potentiële drempels overziende, lijkt het waarschijnlijk dat de ondervertegenwoordiging in het vrijwilligerswerk voor een groot deel van de werklozen niet kan worden weggewerkt door de maatregelen in de sfeer van de sociale uitkeringen te versoepelen. Een dergelijke versoepeling zou echter mogelijk wel effect kunnen sorteren voor met name oudere, langdurig werklozen en arbeidsongeschikten.

Het werkgelegenheidsargument speelt in discussies over het vrijwilligersbeleid een belangrijke rol. In de zorg voor ouderen wordt voorzien door grote aantallen beroepskrachten. Daarnaast is er nog veel ruimte, gezien de ontwikkeling in de behoeften van ouderen, voor vrijwilligerswerk. In een begeleidend schrijven bij het eerste deelrapport over vrijwilligersbeleid heeft de regering erop gewezen dat de behoefte aan diensten zo omvangrijk is dat een extra inzet van vrijwilligers niet ten koste hoeft te gaan van de werkgelegenheid van beroepskrachten<sup>58</sup>. Ondanks deze constatering blijkt uit de politieke discussie dat in sectoren met een omvang als de zorg voor ouderen, werkgelegenheidsargumenten gemakkelijk de overhand krijgen. Daarom wordt in paragraaf 5.5.1 aan dit onderwerp aandacht geschonken. Het is hierbij uiteraard niet de bedoeling het werkgelegenheidsbeleid als zodanig aan de orde te stellen. Het gaat veeleer om de vraag naar de mate waarin door dit beleid beperkingen worden gesteld aan de mogelijkheden tot het voeren van een vrijwilligersbeleid in de zorg voor ouderen.

#### *Kosten en financiering*

Het probleem van de kostenbeheersing is het volgende onderwerp waaraan hier aandacht wordt besteed. In paragraaf 5.3.4 werd gewezen op een gebrek aan doelmatigheid, doordat de financiering zich richt naar de bestaande voorzieningen en zich aanpast bij de historisch gegroeide situatie. Ondanks dit gebrek aan doelmatigheid heeft — zo constateert Wilensky — de Nederlandse welzijnszorg een omvattendheid, kwaliteit en continuïteit, die bij internationale vergelijking op hoog peil blijken te staan. Wilensky maakt onder andere een vergelijking met het Amerikaanse systeem. Daar moet men zich uitvoerig verantwoorden als publieke middelen worden gebruikt en wordt van de instellingen een 'entrepreneurial spirit' geëist. Dit vergroot de doelmatigheid van de besteding van publieke middelen, maar kan de doeltreffendheid in de zin van omvattendheid, kwaliteit en continuïteit verminderen<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> Cijfers afkomstig uit CBS, *Statistisch Zakboek 1981*; 's-Gravenhage, 1981.

<sup>57</sup> Mondelinge mededeling ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>58</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, op. cit., 1981, blz. 2.

<sup>59</sup> Voorwoord van H.L. Wilensky in: R. Kramer, *Voluntary Agencies in the Welfare State*; Berkeley, University of California, 1981.

Verskillende systemen van welzijnszorg hebben verschillende bezwaren. In Nederland wordt minder vaak van instellingen verwacht dat zij zelf voor de nodige fondsen zorgen. Er is evenmin een sterke verantwoordingsplicht voor de besteding van publieke middelen, in die zin dat regelmatig wordt getoetst aan beleidsdoelstellingen of er nog wel behoefte is aan de financiering van de ondernomen activiteiten. Dit heeft geleid tot een zekere ondoelmatigheid in de collectieve financiering van de dienstverlening. Dit is ook het geval in de zorg voor ouderen. Er worden onder verschillende noemers instellingen gefinancierd die gedeeltelijk hetzelfde doen. Ook vindt ondersteuning plaats van soorten dienstverlening die eigenlijk niet meer gewenst worden, zoals sommige intramurale voorzieningen (zie paragraaf 5.3.4). De nadelen van het Nederlandse systeem werden niet zo zeer gevoeld in de periode van sterke economische groei. Het ontbreken van 'accountability' was zelfs een voordeel omdat hiermee flexibiliteit en een snelle groei van voorzieningen werden gediend.

Als gevolg van demografische veranderingen zal een toenemend beroep worden gedaan op collectieve middelen. Dit blijkt ook uit de onlangs aan de Tweede Kamer aangeboden derde Nota Bejaardenbeleid. Daarnaast is het gebrek aan doelmatigheid een extra kostenverhogende factor. Pogingen om door middel van substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg, en door normering en indicatiestelling, de kosten te beheersen zijn tot nu toe niet succesvol gebleken. Het gebrek aan kostenbeheersing kan op de lange duur negatieve gevolgen hebben voor de doeltreffendheid van de zorg voor ouderen. Het is dan niet zeker dat een bepaald minimumniveau van de nodige voorzieningen kan worden gewaarborgd. Door de ondoelmatigheid kunnen voorts effectieve voorzieningen (effectief in het licht van de doelstellingen van het ouderenbeleid) eerder dan nodig is voor financiële beperkingen komen te staan, omdat ook de minder effectieve hun deel blijven ontvangen. Zo zou de ontwikkeling van gewenste extramurale voorzieningen belemmerd kunnen worden, doordat intramurale voorzieningen een groot deel van de beschikbare middelen blijven ontvangen. Door een historisch gegroeide financieringsstructuur hebben intramurale voorzieningen namelijk een hechtere financiële basis dan de meeste extramurale voorzieningen. Zo is de planning van bejaardenoorden wettelijk geregeld en vallen verpleeghuizen onder de AWBZverstrekkingen. Daarentegen vallen bijvoorbeeld maatschappelijk werk en sociale raadslieden onder Rijksbijdrageregelingen. Na voltooiing van de decentralisatie zullen laatstgenoemde werksoorten onderhevig zijn aan afwegingen op gemeentelijk niveau ten opzichte van de financiering van andere gemeentelijke activiteiten.

Het probleem is niet dat er geen prioriteiten worden gesteld. Dat gebeurt vooral in beleidsnota's die door interdepartementale commissies worden opgesteld. Het probleem is echter dat gestelde prioriteiten niet tot uitdrukking komen in de financiering. De dieper liggende oorzaak van dit probleem wordt duidelijk na bestudering van tabel 5.16: de verscheidenheid van instanties die bij de financiering betrokken zijn. Diverse overheidsorganen op uiteenlopend niveau zijn betrokken bij de financiering van voorzieningen, te weten verschillende ministeries en de gemeentelijke overheid. Omdat een deel van de financiering via de AWBZ, gaat zijn ook sociale verzekeringsorganen betrokken bij de onderlinge afstemming van de financiering. Ouderen leveren ook eigen bijdragen en de mogelijkheid hiertoe is weer gedeeltelijk afhankelijk van het fiscaal beleid en het sociale-zekerheidsbeleid. Aan dit overzicht moet nog worden toegevoegd dat dienstverlening aan ouderen overwegend een zaak is van particulier initiatief, dat zelf ook een stem in het kapittel heeft bij de planning en financiering van voorzieningen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in het feit dat adviezen van indicatiecommissies bejaardenoorden niet bindend zijn; een beheerder van een bejaardenoord hoeft deze adviezen niet op te volgen.

Aan een dergelijke complexe structuur van bij de financiering betrok-

ken instituties lijkt ondoelmatigheid inherent te zijn. Het is daardoor moeilijk het beleid te integreren. Uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Instituut voor Toegepaste Sociologie blijkt dat de integratie van beleidsvisies (de zogenaamde culturele integratie) door de verschillende betrokkenen positief wordt ervaren. De onderzochte beleidsfunctionarissen gaven echter een negatief oordeel over de structurele integratie, dat wil zeggen de onderlinge afstemming van beleidsmaatregelen waardoor de verschillende plannen moeten worden uitgevoerd<sup>60</sup>. Dat er een gebrek aan structurele integratie is, is ook vastgesteld in paragraaf 5.3.4. Daar bleek dat de normeringen en indicatiestellingen voor de verschillende voorzieningen niet op elkaar zijn afgestemd.

Het stellen van deze diagnose, ondoelmatigheid als gevolg van het niet volgen van gestelde prioriteiten, heeft als oplossing in zich het duidelijker en dwingender afstemmen van de financiering op de doelstellingen. In dit verband lijkt het een goede suggestie van de Federatie LSB de noodzakelijke voorzieningen voor ouderen wettelijk vast te leggen. Door de voorgestelde wet zouden aard, omvang, spreiding, samenhang, kwaliteit, tarieven en indicatiestelling van het gehele aanbod van voorzieningen voor ouderen geregeld kunnen worden. Daartoe zou de Wet op de Bejaardenoorden uitgebreid kunnen worden met andere voorzieningen waarmee ouderen te maken hebben, en die door de gemeenschap worden gefinancierd<sup>61</sup>. Er zijn evenwel meer oplossingen denkbaar. Een mogelijkheid is ook een raamwet voor het ouderenbeleid, waarin bestaande wetten en andere regelingen onderling in verband worden gebracht. Een derde mogelijkheid is opneming in alle voor ouderen van belang zijnde wetten en regelingen van leeftijds-specifieke bepalingen, inzake de planning en financiering van voorzieningen.

Een duidelijke omschrijving op deze manier van de financiering van voorzieningen kan gunstig uitwerken op het beschikbare budget. Niet alleen door de grotere doelmatigheid, maar ook omdat het dan eenvoudiger is om bestedingen voor ouderen af te wegen tegen andere bestedingen. Het resultaat van deze afweging kan zijn dat meer middelen worden toegestaan. Te denken is bijvoorbeeld aan de afweging van voorzieningen voor ouderen ten opzichte van onderwijsvoorzieningen. Bij de vaststelling van de omvang van begrotingsposten kan een belangrijk motief zijn, de omvang van het publiek dat wordt bereikt. Eerder is vastgesteld dat door demografische ontwikkelingen het aantal ouderen toeneemt, en het aantal jongeren afneemt. Onderwijsvoorzieningen hebben een wettelijke basis. Als taak en functie van voorzieningen voor ouderen duidelijk worden vastgelegd, zou dit de afweging ten opzichte van het onderwijs gemakkelijker maken en mogelijk kunnen leiden tot enige verschuiving in begrotingsposten ten gunste van de zorg voor ouderen.

Een volgende vraag is, wat de omvang moet zijn van het pakket voorzieningen, waarvan de publieke financiering op deze manier wordt gewaarborgd. Uit recente berekeningen van het SCP blijkt dat de kosten van een genormeerd gebruik van voorzieningen vooral in de toekomst aanzienlijk lager zullen zijn dan de kosten van het ongestuurd gebruik, maar dat ook dan de kosten van het genormeerd gebruik ten gevolge van de demografische ontwikkeling in 1985 al hoger zullen liggen dan de waargenomen kosten in 1977. Met vergroting van de doelmatigheid van de financiering is het kostenprobleem dus niet volledig opgelost. Het blijft noodzakelijk het voorzieningenaanbod aanzienlijk uit te breiden. In de SCP-studie wordt betwijfeld of voldoende middelen hiervoor kunnen worden opgebracht en wordt gesuggereerd hulpverleningsmogelijkheden in de informele en commerciële sfeer te stimuleren<sup>62</sup>. Dit zou impliceren

<sup>60</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau en het Instituut voor Toegepaste Sociologie, *Geïntegreerd Sociaal Beleid, Samenvatting van een oriënterend onderzoek naar integratie bij de beleidsvorming met betrekking tot bejaarden en werkende jongeren*; Rijswijk/Nijmegen, SCP/ITS, 1979.

<sup>61</sup> Federatie LSB, op. cit., blz. 46.

<sup>62</sup> M. Mootz en J. Timmermans, op. cit., blz. 40, 89.

dat de publieke financiering beperkt wordt tot een goed geïntegreerd pakket basisvoorzieningen. Dit maakt de oplossing van doelmatigheidsproblemen aanzienlijk eenvoudiger. Aan de andere kant stelt dit eisen aan andere beleidsterreinen. Inkomensbeleid zou moeten kunnen waarborgen dat ouderen in staat zijn om commerciële voorzieningen te betalen. Voor de ontwikkeling van informele hulpverlening in de privéfeer zijn de perspectieven niet gunstig. In plaats daarvan zou, zoals in de vorige paragraaf is voorgesteld, een vrijwilligersbeleid gevoerd moeten worden.

Of het nu gaat om de financiering van een uitgebreid of een beperkt pakket van voorzieningen, in beide gevallen is de mogelijkheid tot vergroting van de doelmatigheid mede afhankelijk van ontwikkelingen met betrekking tot de verhouding overheid en particulier initiatief, decentralisatie, sociale zekerheid en inkomensbeleid. In de volgende paragraaf worden de hierdoor gestelde marges nader besproken.

Uitvoering van de voorstellen ter zake van de financiering kan waarschijnlijk positief uitwerken op het individueel welzijn van ouderen, doordat het dan beter mogelijk is om een bepaald voorzieningenniveau te waarborgen. Het leidt evenwel ook tot versterking van de categoriale benadering, omdat in de planning en financiering van algemene voorzieningen speciale bepalingen ten behoeve van de oudere bevolking moeten worden opgenomen. Hier doet zich een dilemma voor, waarvoor alle beleid inzake maatschappelijke minderheden is gesteld. Speciale aandacht in de vorm van een categoriaal beleid kan de ongelijke positie versterken. Aan de andere kant is deze aandacht nodig, omdat in het algemeen niet voldoende met de desbetreffende minderheid rekening wordt gehouden. Het onthouden van de nodige voorzieningen biedt ook geen uitweg. Het is immers niet waarschijnlijk dat hierdoor de maatschappelijk ongelijke positie, die de oorzaak is van de problemen, wordt verbeterd.

#### *Doelstellingen van het ouderenbeleid*

Welzijnsbeleid voor ouderen is voornamelijk gericht op het bieden van voorzieningen die de negatieve aspecten van de situatie van ouderen kunnen opvangen. Dit hangt samen met de doelstellingen van beleid, waarin het accent valt op het bevorderen van individueel welzijn en niet op de maatschappelijke positie van ouderen, terwijl een deel van de welzijnsproblemen echter juist het gevolg is van de rol van ouderen in de samenleving. Aan ouderen wordt door sociale normen een maatschappelijk disengagement voorgeschreven. Dit hangt samen met een negatieve beeldvorming met betrekking tot ouderen en het ouder worden. Het is de vraag, nu de bevolking sterk veroudert, in hoeverre door een voorzieningengericht beleid de gevolgen van het disengagement blijvend kunnen worden opgevangen. In een alternatief beleid vanuit een open perspectief zou uitgegaan kunnen worden van de verschillende positieve aspecten van het ouder worden en kan getracht worden ouderen in de samenleving beter tot hun recht te laten komen. De overwegingen voor een dergelijk alternatief beleid gericht op maatschappelijke verandering, zullen ten slotte in deze paragraaf aan de orde worden gesteld. Vooraf wordt voor alle duidelijkheid opgemerkt, dat er geen twijfel aan is dat hulpverlening geboden kan zijn, bijvoorbeeld bij eenzaamheid en lichamelijk lijden. De kritiek is echter gericht op de uit het IVA-onderzoek gebleken relatief geringe aandacht voor de maatschappelijke positie van ouderen en de wijze waarop individueel welzijn wordt opgevat. Met enkele opmerkingen over het laatste punt wordt nu begonnen.

In het welzijnsbeleid wordt veel aandacht geschonken aan het bevorderen van de individuele onafhankelijkheid. Dit gebeurt ook in het ouderenbeleid. Hier wordt echter tevens duidelijk dat aan het nastreven van een dergelijke doelstelling een grens is. Bij het overschrijden van deze grens kunnen de resultaten tegengesteld zijn aan de bedoelingen. Voor sommigen betekent het ouder worden dat de lichamelijke conditie verslechtert, en bepaalde functies (lopen, zien, horen) achteruit gaan.

Daarmee is onlosmakelijk verbonden dat men afhankelijker wordt van anderen in de eigen omgeving, of van georganiseerde dienstverlening. Als revalidatie niet meer mogelijk is, is acceptatie van deze afhankelijkheid een voorwaarde voor een positieve ervaring van het bestaan. Het niet aanvaarden van deze afhankelijkheid en een voortdurend zoeken naar oplossingen kan het welbevinden schaden. Men vergelijkt zich met anderen en ervaart de afhankelijkheid dan als een persoonlijk te kort schieten. Het is waarschijnlijk dat hierdoor ook weer een nieuwe hulpvraag wordt opgeroepen. Afhankelijkheid van georganiseerde dienstverlening kan immers als minder negatief worden ervaren, dan afhankelijkheid van anderen in de eigen omgeving, zodat de hulpvraag zich richt op georganiseerde dienstverlening. Een welzijnsbeleid dat sterk de waarde van individuele onafhankelijkheid propageert kan op deze manier het welbevinden schaden, en de vraag naar georganiseerde dienstverlening versterken. In het genoemde IVA-rapport wordt gewezen op de onderwaardering van de positieve kanten van het ouder worden: de ervaring die ouderen hebben, de nuttige rol die zij kunnen vervullen in het sociale verkeer, bij opvoeding en onderwijs<sup>63</sup>. Als deze positieve elementen meer gewaardeerd zouden worden, zou een eventuele afhankelijkheid minder een probleem behoeven te zijn. Het versterken van de rol van ouderen in de samenleving zou derhalve een doelstelling van het beleid kunnen zijn. Een beleid vanuit een dergelijk open perspectief wordt thans echter nog nauwelijks nagestreefd. Dan zouden er maatschappelijke veranderingen nodig zijn, terwijl het accent in het ouderenbeleid nu valt op het bieden van individuele voorzieningen ter ondersteuning van de maatschappelijke continuïteit.

Het op continuïteit gerichte, en volgens sommige critici aanpassende karakter van welzijnsbeleid draagt het risico in zich dat sociale problemen niet of niet op de juiste manier aandacht krijgen. Zo is het hoge opnamepercentage van ouderen in intramurale zorg tot op zekere hoogte de erfenis van het na de Tweede Wereldoorlog gevoerde volkshuisvestingsbeleid. Toen werd getracht het probleem van de woningnood gedeeltelijk op te lossen door het bevorderen van opname van ouderen in verzorgingstehuizen. Nu er naar wordt gestreefd ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, blijkt dat onvoldoende huisvesting daarvoor geschikt is. In Amsterdam bijvoorbeeld is voor 10% van de zelfstandig wonende ouderen een aangepaste woning beschikbaar, terwijl er voor 25% van de ouderen een aangepaste woning nodig is<sup>64</sup>. Een soortgelijke ontwikkeling doet zich voor in het arbeidsbestel. Ouderen verlaten op steeds jongere leeftijd het arbeidsproces. Dit is mogelijk door het sociale zekerheids- en inkomensbeleid en heeft, hoewel dit niet de enige reden is, voordelen voor de oplossing van het probleem van de werkloosheid. Dit kan een onomkeerbare ontwikkeling worden als de arbeidssituatie zich steeds meer richt naar jongere arbeidskrachten.

Men zou kunnen zeggen dat een door de zorg voor ouderen vervulde maatschappelijke functie is, het legitimeren van de om verschillende redenen gewenste verminderde participatie van ouderen. De verminderde participatie krijgt ondersteuning door stereotype beeldvorming met betrekking tot ouderen. Een relatief klein deel van de ouderen, voornamelijk hoogbejaarde mensen, is zeer hulpbehoevend. Desondanks is hulpbehoevendheid een kenmerk dat zeer algemeen met ouderen wordt verbonden. Aannemende dat de uitkomsten van een in 1965 gehouden onderzoek ook nu nog geldig zijn, kan worden vastgesteld dat zowel ouderen als jongeren het percentage chronisch zieken onder ouderen schatten op 50%<sup>65</sup>. Bij dit stereotype beeld van ouderen past ook de aanwezigheid en beschikbaarheid van georganiseerde dienstverlening voor

<sup>63</sup> IVA, op. cit., blz. 38-40.

<sup>64</sup> Stichting Wijkvoorzieningen voor Bejaarden, *Knelpunten en prioriteiten in het welzijnswerk ouderen in Amsterdam*; Amsterdam, 1980, blz. 3.

<sup>65</sup> Geciteerd bij J.M.A.M. Munnichs, op. cit., blz. 21.



ouderen, die de voor iedereen zichtbare rechtvaardiging is van de verminderde participatie van ouderen. Ook de ouderen zelf accepteren voornamelijk dit terugtrekken uit de samenleving om reden van de bij hen veronderstelde hulpbehoevendheid. De acceptatie verloopt gemakkelijker naarmate de dienstverlening meer geprofessionaliseerd is. Vooral instellingen die hulp geven onder wetenschappelijke hoede (geneeskunde, psychiatrie) leiden tot acceptatie van een dergelijk proces van individualisering van sociale problemen en de daarop volgende 'uitstoting'<sup>66</sup>. Dit te meer omdat in de wetenschappen die de zorg voor ouderen beïnvloeden een disengagement visie overheerst. De aard en opzet van veel georganiseerde dienstverlening past bij de disengagement-these. Bij het ouder worden trekt men zich in toenemende mate terug uit maatschappelijke rollen. In de disengagement-visie is het in toenemende mate terugtrekken door ouderen uit maatschappelijke rollen en activiteiten onvermijdelijk en positief voor het welzijn. Een visie die daarvan de antithese is, maar minder aanhang heeft, verbindt het individueel welzijn met een grotere activiteit. In deze visie is disengagement niet onvermijdelijk en evenmin positief voor het welzijn. Men stelt dan als norm dat ouderen participeren in de samenleving. In verband hiermee wordt wel gewezen op de soms voorkomende vormen van re-engagement, zoals het ontstaan van verenigingen van ouderen, en een toenemende mobiliteit. Niet alleen het bestaan van een specifieke intramurale zorg voor ouderen kan men beschouwen als een uiting van de disengagement-visie, maar ook de binnen deze zorg geldende regels (zoals de dagorde: bizarre tijden van opstaan bijvoorbeeld) die ouderen buiten het normale sociale verkeer stellen.

Ouderen worden in het sociale verkeer als groep duidelijk onderscheiden. Deze scheiding wordt echter niet als negatief ervaren door ouderen of jongeren. Men meent dat hierdoor het individueel welzijn van ouderen en jongeren wordt gediend. Welzijnsbeleid levert de nodige middelen om ondanks de maatschappelijke scheiding van ouderen en jongeren, het individueel welzijn van ouderen te realiseren. Het is de vraag of een dergelijk beleid bij de verwachte veroudering niet spoedig een bepaalde grens bereikt. Er zijn indicaties dat in Nederland de scheiding tussen ouderen en jongeren heel sterk is. Bij internationale vergelijking blijkt dat het percentage ouderen dat opgenomen is in verzorgingstehuizen het hoogst is, en dat het percentage ouderen dat in het arbeidsproces participeert tot de twee laagste behoort (zie respectievelijk tabel 5.3 in paragraaf 5.1 en tabel 5.19 in paragraaf 5.5.3). Er moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid, dat over een aantal jaren de groep van 55 jaar en ouder grotendeels niet meer aan het arbeidsproces deelneemt. Dit is nu al een grote groep in de bevolkingsopbouw. Op elke 100 Nederlanders tussen 20 en 55 jaar zijn er thans 43 van 55 jaar of ouder, en dit getal zal in de toekomst door de te verwachten veroudering van de bevolking nog gaan stijgen. Dit zal hoge eisen stellen aan het specifieke welzijnsbeleid en aan het sociale-zekerheids- en inkomensbeleid, wanneer het individueel welzijn op hetzelfde niveau als nu gegarandeerd moet worden. Slaagt het beleid hierin niet, dan valt daarmee een sociaal integrerende factor uit, en kan de maatschappelijke stabiliteit worden verstoord. De maatschappelijke scheiding tussen ouderen en jongeren, wordt dan voor de ouderen een probleem en zal mogelijk door hen niet meer worden geaccepteerd. Men kan eraan twijfelen of de samenleving dan flexibel kan reageren, en de scheiding tussen ouderen en jongeren ongedaan kan worden gemaakt.

Om deze situatie te voorkomen zou een beleid gevoerd kunnen worden gericht op verandering van de maatschappelijke situatie van ouderen. Het uitgangspunt van een dergelijk beleid is een welzijnsopvatting waarin een hogere waardering wordt gegeven aan de positieve

<sup>66</sup> G. Nijhoff, *Individualisering en uitstoting, van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis*; Nijmegen, Link, 1979, blz. 29.

bijdragen die ouderen aan hun eigen omgeving en aan de samenleving als geheel kunnen leveren. Waaruit zou een beleid, gericht op deze open-perspectiefdoelstelling nu kunnen bestaan? Een rapport van de Verenigde Naties noemt als mogelijkheden<sup>67</sup>:

- het creëren van meer betaalde deeltijdbanen voor ouderen;
- inschakeling van ouderen bij het geven van onderwijs;
- stimulering van politieke participatie en deelneming in besturen van verenigingen;
- het verrichten van vrijwilligerswerk in de welzijnssector, eventueel na een opleiding, bijvoorbeeld in kindercrèches, of als substituut-grootouders.

Er zijn dus verscheidene mogelijkheden. De laatstgenoemde mogelijkheid, het fungeren als substituutgrootouders, bestaat in Nederland al in de zwakzinnigenzorg, waar pleeggrootoudersprojecten zijn. Gezien het feit dat in het gecoördineerde bejaardenwerk een derde deel van de vrijwilligers uit ouderen bestaat, zou er in de vrijwillige hulpverlening aan ouderen met name plaats kunnen worden ingeruimd voor ouderen zelf. De participatie van ouderen in het arbeidsproces lijkt echter een centrale rol te spelen bij andere vormen van participatie, ook de politieke participatie. Aan de participatie van ouderen in de politiek en het verenigingsleven worden dikwijls leeftijdsgrenzen gesteld. In deze situatie worden ouderen toch bij voor hen belangrijke onderwerpen betrokken door middel van vertegenwoordiging in adviescommissies, zoals de Centrale Commissie Bejaardenoorden. Omdat de regering meent dat de stem van ouderen nog niet voldoende doorklinkt, is zij van plan een adviesraad in te stellen waarin personen uit de organisaties van ouderen zitting hebben. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid meent dat dit een onjuiste beslissing is. Deze raad stelt dat de geringe invloed van ouderen is terug te voeren op het overheidsbeleid zelf. Met name het beleid inzake de beëindiging van het werkzame leven van ouderen doet hun invloed in zeer aanzienlijke mate dalen<sup>68</sup>. Inderdaad zou bevordering van de participatie van ouderen in het arbeidsproces, het effect kunnen hebben van het verkrijgen van meer maatschappelijke waardering voor de positieve kwaliteiten van ouderen.

De suggestie van het creëren van banen voor ouderen doet denken aan de mogelijkheid van flexibele pensionering. Flexibele pensionering houdt in dat het niet alleen mogelijk is vervroegd uit te treden, maar dat het ook mogelijk is na de als norm gestelde pensioneringsleeftijd (van bijvoorbeeld 65 jaar) door te werken. In de Verenigde Staten, waar meer dan in Nederland discussie is over de gevolgen van de veroudering voor de samenleving, worden van flexibele pensionering veel positieve effecten verwacht. Om te beginnen voor de oudere bevolking zelf, maar men hoopt ook op de lange termijn problemen bij de financiering van pensioenen en een toekomstig tekort op de arbeidsmarkt hiermee te voorkomen. Voor een beleid dat uitgaat van een open perspectief moeten ook maatregelen op andere beleidsterreinen worden genomen, zoals het huisvestingsbeleid en het verkeers- en vervoersbeleid. Deze worden hier verder niet besproken, waaruit niet volgt dat zij in verband met de doelstellingen van het ouderenbeleid minder belangrijk zouden zijn.

De conclusie kan worden getrokken dat het specifieke beleid voor ouderen te veel beperkt is tot het opvangen van de negatieve gevolgen van de maatschappelijke scheiding tussen ouderen en jongeren. Daarmee worden de sociale relaties tussen beide groepen gefixeerd en komen wenselijke maatschappelijke veranderingen niet tot stand. Veranderingen zijn nodig in verband met de verwachte veroudering van de bevolking. Het is de vraag of op de lange termijn het individuele welzijn

<sup>67</sup> United Nations, European Social Development Programma, *Informal Action for the Welfare of the Aged*; Seminar Copenhagen, 26 March-3 April 1979, New York, 1980.

<sup>68</sup> HRWB, *?Geen goede raad, Advies over de instelling van een voorlopige Raad voor het Bejaardenbeleid*; nr. 20, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 15.

van de ouderen voldoende kan worden gegarandeerd. In verband met deze toekomstverwachting is de balans tussen continuïteit en verandering als doelstelling van welzijnsbeleid te ver doorgeslagen in de richting van de continuïteit. De hier voorgestelde veranderingen zouden onder andere gerealiseerd kunnen worden door flexibele pensionering. Een inventarisatie van het voor en tegen van flexibele pensionering als beleidsalternatief, volgt in paragraaf 5.5.3.

## 5.5 Nadere uitwerking

### 5.5.1 *Vrijwilligersbeleid ten behoeve van de zorg voor ouderen*

Een van de conclusies van paragraaf 5.4.2 is dat door de veroudering van de bevolking in de dienstverlening aan ouderen meer beroepskrachten, maar ook meer vrijwilligers nodig zullen zijn. Vrijwilligers kunnen vooral zorgen voor zelfstandig wonende ouderen, en voorkomen dat door een gebrek aan eenvoudige hulpverlening, of om reden van eenzaamheid, ouderen moeten worden opgenomen in intramurale instellingen. Het hangt af van de aard van de behoeften waarvoor een dienstverlenende instelling zich een taak stelt, of de hulp door beroepskrachten of vrijwilligers moet worden gegeven. Om de flexibiliteit van het aanbod te verhogen, en goed te kunnen inspelen op de behoeften, zouden met publieke middelen gefinancierde instellingen de ruimte moeten hebben om niet alleen een beroep te kunnen doen op beroepskrachten maar ook op vrijwilligers. Ook al worden vrijwilligers niet betaald, er zijn aan hun activiteiten toch bepaalde kosten verbonden, bijvoorbeeld voor werving, opleiding en begeleiding. Hier kan worden verwezen naar een algemene aanbeveling voor de gehele welzijnssector van de Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, die onlangs in een publikatie van het ministerie van CRM met instemming is geciteerd. Deze aanbeveling houdt in dat voor de financiering van vrijwilligerswerk nadrukkelijk plaats moet worden gemaakt in bestaande geldstromen uit sociale verzekeringsfondsen of subsidies naar instellingen<sup>69</sup>.

Het scheppen van financiële mogelijkheden is niet de enige belangrijke voorwaarde die moet worden vervuld voor de verdere ontplooiing van vrijwillige hulpverlening aan ouderen. Gezien de grote omvang van deze sector, zijn er veel vrijwilligers (en beroepskrachten) nodig. Of een voldoende aanbod tot stand komt, hangt om te beginnen natuurlijk af van de bereidheid tot het verrichten van vrijwillige arbeid, maar ook van de ruimte die aan potentiële vrijwilligers wordt toegestaan door bestaande sociale zekerheidsregelingen en wettelijke voorschriften. Het ligt in de lijn van dit rapport in het bijzonder aandacht te besteden aan het laatste punt. Hier ligt een randvoorwaarde voor het realiseren van specifiek welzijnsbeleid dat voldoende vrijwillige hulpverlening aan ouderen tot stand wil brengen.

Vooraf vrouwen blijken bereid te zijn tot het verrichten van vrijwilligerswerk op het gebied van burenhulp, bejaardenhulp en gehandicaptenzorg. Van de mannen met of zonder betaald werk is 8% op dit gebied actief. Van de vrouwen met betaald werk doet 12% aan vrijwilligerswerk, van de vrouwen zonder betaald werk is het overeenkomstig percentage 13%<sup>70</sup>. Met het oog op de emancipatie van de vrouw wordt vaak de wenselijkheid uitgesproken, dat het vrijwilligerswerk op het gebied van de hulpverlening in dezelfde mate de taak is van mannen en vrouwen. Mogelijk kan het ontstaan van meer deeltijdbanen voor mannen in de toekomst hierop gunstig uitwerken.

Er zijn beperkingen opgelegd aan een groep die nu is ondervertegenwoordigd onder de vrijwilligers, maar die zich in de laatste jaren in toenemende mate als vrijwilliger aanbiedt<sup>71</sup>. Dit zijn de uit-

<sup>69</sup> Ministerie van CRM, op. cit., blz. 34.

<sup>70</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, op. cit., 1980, blz. 111.

<sup>71</sup> Ministerie van CRM, op. cit. blz. 16.

keringsgerechtigden: werkloze en arbeidsongeschikte mensen. Hier ligt een belangrijk potentieel aan vrijwilligers. Dit wordt niet goed benut, omdat arbeidsongeschikte en werkloze mensen aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen voordat vrijwilligerswerk is toegestaan. Eerder werd vanuit de doelstellingen van het welzijnsbeleid en meer in het bijzonder het ouderenbeleid geconstateerd, dat stimulering van de vrijwillige hulpverlening aanbeveling verdient. Ook voor de groep werklozen en arbeidsongeschikten zelf kunnen echter van het verrichten van vrijwillige arbeid positieve effecten worden verwacht in termen van de doelstellingen van het welzijnsbeleid.

Vrijwilligerswerk kan een zinvolle tijdsbesteding zijn. Het gedurende een lange periode niet actief zijn is negatief voor het welzijn, en versterkt de behoefte aan hulp. Wel moet bedacht worden dat voor het grootste deel van de werklozen de periode van inactiviteit relatief kort is, zodat deze problemen vooral gelden voor arbeidsongeschikten. Voor zover het perspectief bestaat op een betaalde baan, biedt het vrijwilligerswerk de gelegenheid de nodige ervaring op te doen. Men zou als kritiek kunnen tegenwerpen, dat het bieden van mogelijkheden voor vrijwilligerswerk aan werklozen en arbeidsongeschikten hun individuele keuzevrijheid kan schaden door de sociale dwang die ervan uitgaat. Aan de andere kant moet er dan op worden gewezen dat in de bestaande situatie ook beperkingen worden opgelegd. Beroepsmatig actieven mogen immers onbeperkt het vrijwilligerswerk doen, dat werklozen en arbeidsongeschikten niet wordt toegestaan.

Belangrijke overwegingen kunnen ook gevonden worden in maatschappelijke doelstellingen van welzijnsbeleid. Er is een sterk groeiende groep arbeidsongeschikten en werklozen. Bij ongewijzigd beleid is er het uitzicht op 1 miljoen arbeidsongeschikte mensen in het jaar 2000<sup>72</sup>. Daarnaast is er een omvangrijke groep werkloos. Het is ongunstig voor te realiseren doelstellingen inzake sociale gelijkheid dat niet iedereen een gelijke kans heeft op het verrichten van vrijwilligerswerk, en dat het verrichten van maatschappelijk nuttige arbeid (betaald en onbetaald) het voorrecht is van, en geconcentreerd wordt bij een relatief afnemende groep 'actieven'. Dit houdt tevens risico's in voor de sociale integratie. Een min of meer algemeen onder de bevolking aangehangen opvatting is, dat het mogelijk moet zijn dat arbeidsongeschikten en werklozen maatschappelijk nuttige activiteiten verrichten. De aan deze groep gestelde beperkingen zijn minder zichtbaar dan hun geringe participatie in maatschappelijk nuttige activiteiten. Dit kan tot gevolg hebben dat de geringe participatie verklaard wordt uit een gebrek aan motivatie, en dat een negatieve beeldvorming ontstaat.

De conclusie kan tot nu toe worden getrokken dat aan de doelstellingen van welzijnsbeleid argumenten zijn te ontleen om vrijwillige hulpverlening aan ouderen te stimuleren, en hierbij in het bijzonder te denken aan het realiseren van een gelijke kans op deelneming hieraan door arbeidsongeschikten en werklozen. Nu gaat het erom de randvoorwaarden voor een dergelijk beleid vast te stellen. Eerst wordt nader omschreven welke beperkingen aan arbeidsongeschikten en werklozen worden opgelegd. Het zal blijken dat de beperkende bepalingen zijn bedoeld voor een goede werking van de arbeidsmarkt en ter bescherming van de betaalde werkgelegenheid. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre met inachtneming van deze beperkingen toch een uitbreiding van vrijwilligerswerk voor ouderen door arbeidsongeschikten en werklozen mogelijk is.

#### *Beperkende bepalingen voor het verrichten van vrijwilligerswerk door werklozen en arbeidsongeschikten*

Het verrichten van vrijwillige arbeid door arbeidsongeschikten en

<sup>72</sup> J.A.H. Bron, *Arbeidsaanbodprojecties 1980-2000*; WRR, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 48.

werklozen is pas toegestaan na een individuele goedkeuring door de uitkerende instantie. Voor arbeidsongeschikten is er geen duidelijke regeling. Zij moeten vrijwilligerswerk melden. Bovendien moeten zij zich schikken naar de voorschriften die de Gemeenschappelijke Medische Dienst hun geeft over vrijwilligersarbeid<sup>73</sup>. Werklozen moeten vooraf bij de uitkerende instantie toestemming vragen. Deze kan de toestemming afhankelijk stellen van elf door de Sociale Verzekeringsraad geformuleerde voorwaarden, die voor zover mogelijk ook van toepassing zijn voor arbeidsongeschikten<sup>74</sup>. Deze elf voorwaarden zijn:

1. Voor het verrichten van pro Deo werk dient vooraf bij de uitkerende instantie toestemming te worden gevraagd. Ook dient het werk vooraf bij het Gewestelijk Arbeidsbureau te worden gemeld.
2. De werkloze moet bereid en in staat zijn het werk onmiddellijk te beëindigen wanneer hij passende arbeid dan wel een her-, om- of bijscholing kan verkrijgen.
3. De werkloze moet de nodige op het verkrijgen van passende arbeid dan wel op om-, her- of bijscholing gerichte activiteiten blijven ontplooiën.
4. Controle op het doen en laten van de werkloze is noodzakelijk.
5. De werkloze is verplicht de ontvangen geldelijke vergoeding te melden.
6. Het werk mag niet worden verricht in een bedrijf; ook niet in dat van een familielid.
7. Het te verrichten werk moet werk zijn waarvoor de organiserende instelling geen subsidie heeft of kan verkrijgen met betrekking tot de loonkosten.
8. Het door de individuele werkloze te verrichten pro-deowerk moet werk zijn dat in de gegeven situatie doorgaans niet door een betaalde kracht zal of kan worden verricht.
9. Het te verrichten pro Deo werk mag geen bedrijfsmatig karakter hebben.
10. Het binnen de normale werkuren in het kader van een instelling te verrichten pro Deo werk moet werk zijn dat beantwoordt aan de doelstelling van de instelling.
11. Toetsing van de voorwaarden, genoemd onder 6 t/m 9, dient mogelijk te zijn en te worden uitgevoerd bij degene ten behoeve van of voor wie het werk wordt gedaan.

In een onlangs uitgebracht advies van de Sociale Verzekeringsraad aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wordt enige verruiming van de beperkende bepalingen voorgesteld. De reeds voor de werkloosheid door de uitkeringsgerechtigden aangevangen niet-betaalde werkzaamheden zouden zonder toetsingsprocedure door de uitkeringsinstanties verricht kunnen worden. Niet-betaalde werkzaamheden aangevangen na het ontstaan van de werkloosheid op avond- en weekenduren, of op de normaal voor de uitkeringsgerechtigden vrije tijd, behoeven evenmin door de uitkeringsinstanties te worden getoetst. De individuele toetsing blijft bestaan voor niet-betaalde arbeid tijdens de gebruikelijke arbeidsuren, die wordt begonnen na aanvang van de werkloosheid<sup>75</sup>.

De verschillende voorschriften hebben de bedoeling de goede werking van de arbeidsmarkt te bevorderen en de betaalde werkgelegenheid in de commerciële en de niet-commerciële sector te beschermen. De Sociale Verzekeringsraad plaatst bij bovengenoemde regels als kanttekening dat goede voorlichting nodig is. Men constateert dat over de

<sup>73</sup> Sociale Verzekeringsraad, *Rapport inzake pro-deo werkzaamheden tijdens uitkering*; 's-Gravenhage 1977, blz. 28.

<sup>74</sup> *Ibid.*, blz. 43 en blz. 9.

<sup>75</sup> Sociale Verzekeringsraad, *Onbetaald werk met behoud van uitkering*; Zoetermeer, 1982, blz. 10.

mogelijkheden voor pro Deo activiteiten thans veel misverstand heerst en de onnodige angst bestaat dat zelfs bij de geringste activiteit het uitkerende orgaan de uitkering stopt of vermindert<sup>76</sup>. Het eisen van een toestemming van de uitkeringsinstantie voor elk individueel geval lijkt niet bevorderlijk voor de motivatie tot het verrichten van vrijwilligerswerk. Over de werklozen die vallen onder de werkloosheidwet, zijn enkele gegevens bekend. In een periode van ongeveer negen maanden in 1978 zijn bij de bedrijfsverenigingen 274 verzoeken ingediend om pro Deo werk te mogen verrichten. In 216 gevallen werd daartoe toestemming verleend<sup>77</sup>.

Dat er onzekerheid is bij de uitkeringsgerechtigden is niet verwonderlijk. Ook de functionarissen die toestemming moeten verlenen hebben geen goed inzicht in de soorten vrijwilligerswerk die binnen de geldende regelingen zijn toegestaan<sup>78</sup>. Als de onzekerheid bij beide partijen zou worden weggenomen, zou dit positief kunnen uitwerken op het aanbod van arbeidsongeschikten en werklozen als vrijwilliger. Er zou meer duidelijkheid kunnen ontstaan, als bij de wijze van organisatie van de vrijwillige hulpverlening aan ouderen bij voorbaat rekening wordt gehouden met de aan arbeidsongeschikten en werklozen gestelde eisen. De bereidheid van mensen tot het verrichten van vrijwillige arbeid leent zich niet erg voor beïnvloeding door beleid. De *organisatie* van vrijwillige arbeid is, voor zover deze ondersteund wordt door publieke financiering, wel mede afhankelijk van beleid. Als in de naaste toekomst meer middelen beschikbaar komen voor subsidiëring van vrijwilligerswerk — zie het eerder aangehaalde voorstel uit de CRM-nota over vrijwilligerswerk — dan kan de mogelijkheid voor arbeidsongeschikten en werklozen om vrijwilligerswerk te doen, een punt van overweging worden voor subsidiëring van de desbetreffende organisatie. Dit maakt het relevant nader vast te stellen aan welke voorwaarden georganiseerd vrijwilligerswerk in dit opzicht moet voldoen met het oog op het functioneren van de arbeidsmarkt en de bescherming van betaalde werkgelegenheid.

In de geldende regelingen wordt geëist dat men zich beschikbaar houdt voor betaalde werkgelegenheid. Deze bepaling past meer bij een situatie waarin er een gebrek is aan arbeidskrachten, dan — zoals nu — een overschot. Desondanks zou ook nu nog het onbepaald bestaan van vrijwilligerswerk schadelijk kunnen zijn voor de mobiliteit van voor de productie van betaalde goederen en diensten noodzakelijke arbeidskrachten. Dit vooral nu er bij jongeren een ontwikkeling gaande is, waarbij de overgangen tussen opleiding, betaald werk en vrijwilligerswerk steeds vloeiender worden<sup>79</sup>. Er zijn aanwijzingen dat een deel van de jongere bevolking vrijwillige arbeid prefereert boven betaalde arbeid. Het volgen van deze preferentie zou in feite het begin van de invoering van een inkomensgarantie zonder de plicht tot het verrichten van betaalde arbeid zijn. In de huidige situatie wordt dit in het algemeen niet wenselijk geacht. Aan de andere kant is voor bepaalde groepen de prognose wat betreft een spoedige hervatting van betaalde arbeid ongunstig. Het lijkt niet zinvol om in het bijzonder van langdurig werklozen en oudere arbeidsongeschikten te eisen dat zij zich voortdurend beschikbaar houden voor de arbeidsmarkt. Ook met betrekking tot jongeren moet echter gewezen worden op positieve kanten van het verrichten van vrijwilligerswerk. In het hoofdstuk over volwasseneneducatie wordt gepleit voor arbeidsprojecten voor jongeren, waarin zij eventueel ook een zekere scholing krijgen. Niet alle jongeren zullen terecht kunnen in zulke projecten. Daarom moet ook voor jongeren gedacht worden aan de mogelijk-

<sup>76</sup> Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, op. cit., 1980, blz. 48 (bijlage 6d).

<sup>77</sup> Ibid, blz. 49 (bijlage 6d).

<sup>78</sup> Sociale Verzekeringsraad, op. cit., 1982, bijlage blz. 2.

<sup>79</sup> Zie de bijdrage van D.B.P. Kallen in de WRR-voorstudie, *Educatie en Welzijn*, Voorstudies en achtergronden V24, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

heid van vrijwilligerswerk, waardoor zij werkervaring kunnen opdoen en niet volledig vervreemden van het arbeidsproces.

Het moet mogelijk geacht worden om bij de organisatie van de vrijwillige hulpverlening voor ouderen rekening te houden met de voorwaarde van blijvende beschikbaarheid voor (betaalde) arbeid. Omdat werklozen en arbeidsongeschikten geen homogene groep vormen, zal in het aanbod van vrijwilligerswerk een zekere differentiatie moeten worden aangebracht. Het geven van de eerder omschreven overwegend lichte vormen van vrijwillige hulpverlening aan thuiswonende ouderen hoeft de beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt niet in de weg te staan. De langdurig werklozen en oudere arbeidsongeschikten kunnen meer tijdrovende en langdurige vormen van vrijwilligerswerk verrichten. Hiervoor zou in de organisatie van vrijwillige hulpverlening ruimte geschapen kunnen worden.

Uit een vrées voor substitutie van betaald werk door onbetaald werk kan men de hiervoor genoemde zevende voorwaarde van de Sociale Verzekeringsraad begrijpen: 'Het te verrichten werk moet werk zijn waarvoor de organiserende instelling geen subsidie heeft of kan verkrijgen met betrekking tot de loonkosten'. Deze bepaling geeft problemen voor de individuele werkloze of arbeidsongeschikte, omdat hij niet kan overzien of een instelling wel of geen subsidie kan krijgen voor het te verrichten werk.

Als er meer mogelijkheden ontstaan voor de financiering van vrijwilligerswerk naast beroepsmatige dienstverlening, zou deze bepaling kunnen leiden tot een uitsluiting van werklozen en arbeidsongeschikten uit het vrijwilligerswerk. Zeker in de verpleging en verzorging van ouderen zou het argument gebruikt kunnen worden dat het werk in plaats van door veel vrijwilligers, ook door enkele beroepskrachten gedaan zou kunnen worden. Een oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn dat op plaatselijk niveau tussen uitkeringsinstanties en dienstverlenende instellingen afspraken worden gemaakt over vrijwilligerswerk waarvoor uitkeringsgerechtigden bij voorbaat toestemming krijgen.

### 5.5.2 *Collectieve financiering en kostenbeheersing*

#### *De verhouding overheid en particulier initiatief*

Een factor die de doelmatigheid van de Nederlandse welzijnszorg negatief beïnvloedt, is de bestaande taakverdeling tussen overheid en particulier initiatief. Op basis van een onderzoek in Nederland, Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Israël heeft Wilensky geconstateerd dat door deze taakverdeling de Nederlandse publieke sector een van de meest kostbare is, bij vergelijking met de publieke sectoren in andere democratische landen<sup>80</sup>. Hoewel particuliere instellingen met publieke fondsen worden betaald, worden hun activiteiten niet getoetst aan publieke doelstellingen. De taken die dienstverlenende instellingen op zich nemen worden min of meer autonoom bepaald. De financiering past zich aan. Dit leidt tot onbeheersbaarheid van de publieke uitgaven. Daarom is in paragraaf 5.4.2 voorgesteld de financiering sterker te richten naar beleidsdoelstellingen. Hierna wordt toegelicht dat dit mogelijk is, zonder aan de betekenis van het particulier initiatief voor de dienstverlening te kort te doen.

De dienstverlening aan ouderen is grotendeels een taak van particulier initiatief: verenigingen en stichtingen. De overheid en de sociale verzekering financieren de dienstverlening bijna geheel. Voor een beter begrip van deze taakverdeling kan een vergelijking dienen met Angelsaksische landen. In deze landen wordt aan particuliere welzijnsorganisaties een voorhoedefunctie toegeschreven. In tegenstelling met overheidsorganisaties is de taak van particuliere organisaties beperkt. Deze laatste organisaties volstaan met het opsporen van nieuwe behoeften

<sup>80</sup> H.L. Wilensky, voorwoord bij: R. Kramer, op. cit., blz. XVI.

aan hulp en het eventueel tijdelijk lenigen van gevonden noden. Volgens vast patroon wordt, na het blijken van bestaansrecht voor nieuwe vormen van hulpverlening, deze hulpverlening overgedragen aan de overheid. De particuliere organisaties zijn op deze wijze een soort voorhoede van de overheid. In Nederland is de rol van particuliere organisaties echter niet beperkt tot een voorhoedefunctie. De overheid gaat, op enkele uitzonderingen na, niet zelf over tot hulpverlening, maar financiert bestaande en ook nieuw opgerichte organisaties. Het particulier initiatief is afhankelijk van de collectieve financiering, maar de gemeenschap is ook afhankelijk van het particulier initiatief. Particuliere organisaties hebben een exclusieve positie, die te vergelijken is met de rol van de overheid in de dienstverlening in andere landen.

Traditioneel wordt de bepaling van de inhoud van de geboden dienstverlening gerekend tot de exclusieve taak van de particuliere dienstverlenende organisatie. Dit sluit aan bij de beginselen van subsidiariteit, respectievelijk soevereiniteit in eigen kring. Volgens deze beginselen mag de overheid geen taken verrichten die op 'lager' niveau door groepen uit de bevolking verricht kunnen worden. Deze beginselen kregen gestalte in een welzijnszorg die geheel gedragen werd door particuliere, levensbeschouwelijke organisaties. *Verzuiling* was bepalend voor de organisatie.

In de loop van de tijd is er het een en ander veranderd. De organisaties zijn nog wel particulier en hebben vaak ook levensbeschouwelijke uitgangspunten. Deze uitgangspunten zijn echter relatief minder belangrijk geworden voor de wijze waarop de dienstverlening is georganiseerd. De soort dienstverlening bepaalt in hoge mate de organisatorische doelstellingen, de taakverdeling en de grenzen van de organisaties. Samenwerking tussen organisaties in de vorm van koepelorganisaties, of in minder geïnstitutionaliseerde vormen, ontstaat vooral als gevolg van overeenkomsten in de geboden dienstverlening. *Verkokering* werd bepalend voor de organisatie: organisaties verenigen en onderscheiden zich op basis van de soort dienstverlening.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de verandering in de wijze van financiering geweest. De particuliere liefdadigheid bleek niet voldoende, en moest steeds meer aangevuld worden met publieke middelen: belastingen en premies van sociale verzekeringen. Dit ging niet gepaard met een overeenkomstig toenemende invloed van de overheid, die de middelen verstrekt. Verantwoordingsplicht en toetsing aan doelstellingen van welzijnsbeleid lijken strijdig met de beginselen van subsidiariteit en soevereiniteit in eigen kring, maar zijn het niet. Immers, deze beginselen houden verband met de erkenning van maatschappelijke pluriformiteit en de bescherming van de verschillende levensbeschouwelijke groeperingen. Publieke verantwoording hoeft daaraan niet te kort te doen. Het gaat om het garanderen van essentiële voorzieningen en het voorkomen van *functionele* overlappingsen tussen de verschillende vormen van dienstverlening, en niet om een toetsing van levensbeschouwelijke inzichten. Wat hier wordt voorgesteld is een verandering in de rol van de overheid in de zin, dat door politieke besluitvorming prioriteiten worden bepaald en hieraan de inhoud van de geboden dienstverlening wordt getoetst. In de gebruikelijke terminologie is dit een verschuiving van de 'voorwaardenscheppende' naar een 'inhoudelijke' rol van het overheidsbeleid. Uiteraard beperkt dit voorstel zich tot dienstverlening die geheel of gedeeltelijk uit publieke middelen wordt betaald. Het is gericht op oplossing van doelmatigheidsproblemen die zich bij deze wijze van financiering voordoen.

Dit voorstel betekent niet dat de overheidsbemoeyenis in het algemeen toeneemt. Integendeel. Jolles en Stalpers hebben erop gewezen dat door een voorwaardenscheppend welzijnsbeleid belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen worden onttrokken aan de politieke discussie en het exclusieve terrein worden van planners, deskundigen en particuliere organisaties. Zij veronderstellen, aan de hand van het voorbeeld van het onderwijsbeleid, dat het nastreven van neutraliteit ten opzichte van par-



ticuliere organisaties het paradoxale gevolg heeft, dat toch aanwezige inhoudelijke wensen gerealiseerd worden langs indirecte wegen en manoeuvres, leidend tot maatregelen die worden gekarakteriseerd als een 'berg van mammoetformaat met zeer onoverzichtelijke contouren'<sup>81</sup>. Het streven naar een indirecte beïnvloeding van het aanbod van voorzieningen heeft — zo zou men kunnen stellen — meer regelgeving en overheidsbemoeienis tot gevolg dan het direct aan de orde stellen in de politieke discussie van inhoudelijke doelstellingen en het beoordelen van de geboden dienstverlening aan de hand van deze doelstellingen.

#### *Decentralisatie*

Ingevolge de Kaderwet Specifiek Welzijn zullen de gemeenten worden belast met het stellen van prioriteiten ten aanzien van de bekostiging van welzijnsvoorzieningen. De tendens tot decentralisatie heeft te maken met verschillende doeleinden, zoals democratisering, samenhang en bereikbaarheid, maar heeft ook als achtergrond het streven naar kostenbeheersing. In beginsel is het de bedoeling de besluitvorming inzake voorzieningen voor ouderen, die niet onder de ABWZ vallen, te decentraliseren, voor zover dit al niet is gebeurd. De provincies en gemeenten vervullen nu al een rol bij de planning van verzorgingstehuizen. Na een verdergaande decentralisatie kunnen lokale politieke vertegenwoordigers de dienstverlening toetsen aan beleidsdoelstellingen.

Het is niet de bedoeling ook de premie- en belastingheffing te decentraliseren. De betaling van voorzieningen voor ouderen blijft dus geschieden uit middelen die op een centraal punt binnenkomen. Deze situatie zou de doelmatigheid kunnen schaden. Een deel van de voorzieningen voor ouderen is wat betreft taak en functie namelijk niet duidelijk omschreven en begrensd. Hierdoor kan het moeilijk zijn om vast te stellen welke dienstverlening voor ouderen wel en welke niet in aanmerking komt voor publieke financiering. Dit zou kunnen leiden tot uitbreiding van het totale pakket voorzieningen op gemeentelijk niveau en dus tot een druk op de belastingmiddelen.

Naast dit risico van ondoelmatigheid, is er aan de andere kant het risico van een tekort. Op lokaal niveau moeten kostbare voorzieningen voor ouderen worden gegarandeerd, terwijl de verantwoordelijkheid voor de verwerving van de nodige middelen op centraal niveau blijft. Er kan zodoende een gebrek aan samenhang ontstaan tussen de door de gemeenten geboden voorzieningen en de op centraal niveau vastgestelde belasting- en premieheffing. Betrekkelijk geringe beperkingen in financiële uitkeringen aan gemeenten kunnen tot gevolg hebben dat essentiële voorzieningen in het gedrang komen. Er is een grens aan de mogelijkheden om georganiseerde dienstverlening in stand te houden bij een beperking in de financiële middelen. Om toch de financiering van essentiële voorzieningen te kunnen waarborgen, zoals de gedecentraliseerde extramurale voorzieningen voor ouderen, die financieel in het nadeel kunnen zijn ten opzichte van de door de AWBZ betaalde intramurale voorzieningen, lijkt het noodzakelijk, zoals in paragraaf 5.4.2 is voorgesteld, de voor ouderen van belang zijnde voorzieningen wettelijk vast te leggen en te garanderen. Men kan stellen dat decentralisatie van voorzieningen voor ouderen de doelmatigheid vergroot, indien centraal gegarandeerd wordt dat voor deze voorzieningen de financiële middelen beschikbaar zijn.

#### *Beleid inzake de sociale zekerheid*

De zorg voor ouderen wordt gefinancierd door subsidies, via de Bijstandswet, via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en door eigen bijdragen. Door de scheiding van financieringskanalen wordt de onderlinge afweging van voorzieningen belemmerd, wat de doelmatigheid niet bevordert. De Bijstandswet is een extra complicerende fac-

<sup>81</sup> H.M. Jolles en J.A. Stalpers, *Welzijnsbeleid en Sociale Wetenschappen*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1978, blz. 73.

tor, omdat via betalingen aan individuen indirect allerlei voorzieningen worden gefinancierd die gedeeltelijk buiten de bestaande patronen vallen, zoals bejaardenpensions, serviceflats en nevenvoorzieningen van bejaardenoorden (zogenaamde aanleunwoningen). Er wordt thans op verschillende manieren getracht de financiering te vereenvoudigen. Ten eerste wordt gepoogd de groei van voorzieningen als gevolg van de indirecte financiering te beheersen. Sinds 1978 wordt bijstand in de kosten van medische of maatschappelijke dienstverlening slechts verleend, indien de dienstverlenende instelling is erkend door de minister van CRM<sup>82</sup>. Bovendien wordt getracht de indirecte financiering om te zetten in directe financiering. Er is bijvoorbeeld onderzocht of de voorzieningen voor ouderen, die nog niet onder de AWBZ vallen, daar ondergebracht kunnen worden.

Door een adviescommissie is berekend dat toepassing van de AWBZ op verzorgingstehuizen 400 à 500 miljoen extra kost. In dat geval hoeven ouderen niet meer in te teren op hun eigen vermogen bij opname in een verzorgingstehuis, maar kan worden volstaan met het leveren van een eigen bijdrage uit het inkomen. De operatie zou misschien minder kostbaar worden, als een bijdrageheffing naar draagkracht zou worden ingevoerd. Dit wordt door de adviescommissie gezien als in strijd met het huidige systeem van volksverzekeringen, en zou als algemeen en principieel punt eerst aan de orde moeten worden gesteld<sup>83</sup>. Door de SER is in 1980 geadviseerd geen inkomens- of vermogensafhankelijke bijdrage voor AWBZ-verstrekkingen in te voeren<sup>84</sup>. Voor een meer uitvoerige argumentatie over sociale verzekeringen en eigen bijdragen wordt verwezen naar het onderdeel gezondheidszorg in hoofdstuk 3 van dit rapport.

In de zorg voor ouderen lijkt het gewenst voor de onderlinge samenhang en de doelmatigheid dat het geheel van extramurale voorzieningen onder een zelfde regime wordt gebracht als de intramurale zorg. Zo niet, dan kan een zelfde situatie ontstaan als in de gehandicaptenzorg, waar opname in de door de AWBZ gefinancierde intramurale zorg minder kostbaar is voor de gebruiker dan verpleging en verzorging thuis, die voor een groot deel voor eigen rekening komen. Dit geeft een ongewenste druk op de intramurale voorzieningen. Aan de andere kant, AWBZ-financiering van de gehele extramurale zorg voor ouderen is kostbaar.

Naast de directe kosten van overhevelingen naar de AWBZ is het ook een probleem dat voorzieningen die in het pakket van een volksverzekering zitten, qua omvang soms slecht beheerst kunnen worden. Uitbreidingen van het voorzieningenpakket komen dan betrekkelijk gemakkelijk tot stand. Wat betreft het sociale-zekerheidsstelsel als geheel wordt wel verband gelegd tussen een gebrek aan beheersbaarheid en het ontbreken van politieke invloed op dit stelsel<sup>85</sup>. De beheersing wordt overgelaten aan de zelfbeheersing van de uitvoeringsorganen en de sociale partners.

Het ziet er voorlopig niet naar uit dat het geheel van voorzieningen voor ouderen onder de AWBZ komt te vallen. Het is evenmin waarschijnlijk dat op korte termijn een andere optie, het verzekeren van voorzieningen voor de oude dag door verhoging van de AOW-premie, wordt gerealiseerd. Daaraan zijn dezelfde bezwaren verbonden als aan opening van het voorzieningenpakket in de ABWZ. Als de bestaande situatie wordt gecontinueerd, waarbij een deel van de dienstverlening via de

<sup>82</sup> M.F.R.C.M. Nacinovic, 'Indirecte financiering ingevolge de Algemene Bijstandswet'; *Sociaal Maandblad Arbeid*, november 1981, 36e jaargang nr. 11, blz. 783.

<sup>83</sup> Algemene Begeleidingsgroep Onderzoek Alternatieve Financiering Verzorging in Bejaardenoorden, *Rapport over Financieringsalternatieven van de kosten van verzorging in Bejaardenoorden*; Rijswijk, CRM, 1977.

<sup>84</sup> SER, *Advies Inkomensafhankelijke bijdrageregeling AWBZ*; SER 80/21, 's-Gravenhage, 1980.

<sup>85</sup> C.K.F. Nieuwenburg, 'Besluitvorming in de sociale verzekeringen'; *Economisch Statistische Berichten*, 15 oktober 1980, 65e jaargang nr. 3276, blz. 1150-1158.

AWBZ en een deel via de belastingopbrengsten wordt betaald, blijft het risico aanwezig van een gebrek aan afstemming en ondoelmatigheid. Daarom zullen in de voorgestelde wetgeving over de inhoud van de dienstverlening, de verschillende voorzieningen als een geheel moeten worden beschouwd. Ook de door sociale verzekeringen gefinancierde voorzieningen zullen daarin moeten worden opgenomen.

#### *Inkomensaspecten*

Een streven de doelmatigheid van het beleid te vergroten heeft uiteraard alleen zin als de publieke financiering wordt gecontinueerd. Er zijn stromingen die de publieke financiering geheel of gedeeltelijk willen vervangen door private financiering.

Voorstanders van privatisering menen dat van betaling van voorzieningen uit de eigen middelen van de gebruiker het voordeel verwacht mag worden, dat het aanbod van voorzieningen beter wordt afgestemd op de behoeften. Door onderlinge competitie en de kritische afweging van de consument zou dienstverlening van de hoogste kwaliteit bereikt kunnen worden tegen de meest redelijke prijs. Tegenstanders van een dergelijke maatregel wijzen op het gevaar dat degenen met de grootste problemen uit de boot kunnen vallen. Etzioni heeft in dit verband de vraag gesteld of: '...human services can really generate a legitimate profit without skimping on quality or quantity, without weeding out the really ill and giving unnecessary services to the relatively healthy?...' <sup>86</sup>.

Aan privatisering van de zorg voor ouderen zijn enkele specifieke problemen verbonden. Om privatisering mogelijk te maken, zal het direct besteedbare inkomen zodanig moeten zijn, dat de betrokkenen zelf de nodige dienstverlening kunnen betalen. De voordelen van vermindering van de publieke financiering van de zorg voor ouderen zouden tot uitdrukking kunnen komen in vermindering van de belastingheffing voor de bevolking, als geheel, of specifiek voor de oudere bevolking. Een mogelijkheid is ook om de AOW-uitkeringen te verhogen. In geen van deze gevallen lijkt het echter mogelijk het inkomen van ouderen zodanig te verhogen dat zij in grotere mate dan nu het geval is, alle nodige en kostbare voorzieningen zelf kunnen betalen. De inkomenspositie van ouderen beperkt dus aanzienlijk de mogelijkheden tot privatisering. In paragraaf 5.2 is bovendien gewezen op de mogelijke ongunstige ontwikkeling van de inkomenspositie van ouderen in de toekomst. Als de inkomenspositie van ouderen zich inderdaad ongunstig ontwikkelt, zal een vermindering van de collectieve financiering eenvoudig geen groter beroep op eigen middelen tot gevolg *kunnen* hebben. Overwogen moet hierbij worden dat nu al de in verzorgingstehuizen geboden zorg voor een groot deel via de bijstand wordt betaald. De indirecte financiering via de bijstand wordt hier als een publieke financiering beschouwd in overeenstemming met de realiteit, waarin veel voorzieningen in hun (voort)bestaan afhankelijk zijn van het feit dat hun cliënten bijstandsuitkeringen krijgen. Dit is eigenlijk in strijd met de bedoeling van de Bijstandswet, die opgezet is als vangnet voor individuele problemen die buiten andere regelingen vallen. Hoe ver van de oorspronkelijke bedoeling de praktijk is verwijderd blijkt wel hieruit, dat sommige ouderen hun bijstandsuitkering zelfs niet meer persoonlijk ontvangen. Zij ontvangen een zakgeld, terwijl het grootste deel van de uitkering rechtstreeks naar de instelling gaat. Het is overigens de bedoeling in het ouderenbeleid om de indirecte financiering via de Bijstandswet zoveel mogelijk om te zetten in rechtstreekse financiering.

Wegvallen van publieke financiering via de bijstand, sociale verzekering of subsidiëring betekent dat een groter beroep op particuliere liefdadigheid nodig kan zijn. Zonder op de positieve betekenis die particuliere bijdragen ook nu nog hebben, af te dingen, is het niet waarschijnlijk dat hierdoor de gewenste voorzieningen continu in stand kun-

<sup>86</sup> Geciteerd in: R. Kramer, op. cit., blz. 280.

nen worden gehouden. Een andere mogelijkheid, die voor de volledigheid moet worden genoemd, is de financiële ondersteuning door kinderen. Dit is een mogelijkheid met weinig perspectief. Uit een in 1965 gehouden onderzoek<sup>87</sup> bleek dat slechts 8% van de ondervraagde ouderen, de kinderen verantwoordelijk achtte voor financiële bijstand; 70% van de ondervraagden was van mening dat de overheid verantwoordelijk is<sup>88</sup>. De conclusie kan worden getrokken dat publieke financiering van voorzieningen voor ouderen ook in de toekomst nodig blijft. Het zou zeer hoge eisen stellen aan het inkomen(sbeleid), indien het geheel van voorzieningen voor ouderen langs private weg gefinancierd zou moeten worden. Bovendien schuilt hierin het gevaar dat niet voorzien zou worden in de behoeften van personen die veel hulp nodig hebben. In paragraaf 5.4.2 is gewezen op een mogelijke beperking van de publieke financiering tot wettelijk omschreven essentiële voorzieningen. Dit zou de doelmatigheid kunnen verbeteren. De besluitvorming over de publieke financiering wordt vereenvoudigd. Daarnaast zouden de minder essentiële voorzieningen dan op een commerciële basis verstrekt kunnen worden. Privatisering van de minder essentiële voorzieningen versterkt het stellen van prioriteiten in het gebruik bij de direct betrokkenen, zonder het risico dat niet wordt voorzien in basisbehoeften.

Overigens lijkt het wenselijk te stimuleren dat ook bij met publieke middelen gefinancierde voorzieningen de potentiële gebruiker zelf op een of andere manier de voordelen en de kosten van het gebruik kan afwegen tegen voordelen en kosten van alternatieve oplossingen. Het is denkbaar dat ouderen gebruik maken van kostbare voorzieningen (verpleeghuis, verzorgingstehuis), omdat de door henzelf geprefereerde minder kostbare voorzieningen niet betaald kunnen worden. Dit geldt vooral voor ouderen met lagere inkomens. Goedkopere alternatieven kunnen bijvoorbeeld bestaan uit bepaalde aanpassingen in de woning, het aanbrengen van een alarmeringssysteem, hulp van buiten bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en dergelijke. Het is niet altijd mogelijk dergelijke alternatieven in een algemene regeling op te nemen. In zulke gevallen zou — in plaats van de kostbare voorzieningen waarvoor men volgens de criteria in aanmerking komt — volstaan kunnen worden met een financiële tegemoetkoming voor het gewenste minder kostbare alternatief<sup>89</sup>.

### 5.5.3 Een open perspectief door flexibele pensionering

In paragraaf 5.4.2 zijn argumenten gegeven die ervoor pleiten om in het beleid voor ouderen een plaats in te ruimen voor wat werd aangeduid met de term 'open perspectief'. Een beleid uit een dergelijk perspectief is erop gericht dat de positieve aspecten van het ouder worden in de samenleving meer worden gewaardeerd. Een belangrijk recht in onze samenleving is het recht op werk. Ouderen verkeren wat dat betreft in een uitzonderingspositie, die wordt gelegitimeerd door stereotype beelden over de gezondheid en bekwaamheden van oudere mensen.

De leeftijd en niet bekwaamheid of produktiviteit, bepaalt de rol van ouderen in de maatschappelijke arbeidsverdeling. Er is voor velen een abrupte overgang van beroepsmatige activiteit naar pensionering. Door maatschappelijke normen wordt voorgeschreven dat ouderen beginnen met een periode van inactiviteit, op een moment dat dit voor velen onder hen in fysiek of psychisch opzicht nog niet nodig is. Na de pensionering verricht men over het algemeen geen betaalde of onbetaalde arbeid meer, en wordt ook de overige maatschappelijke participatie, bijvoorbeeld in het verenigingsleven, belemmerd.

De maatschappelijke situatie van ouderen is de resultante van eigen wensen en maatschappelijke normen. Maar er is ook een wisselwerking

<sup>87</sup> Een meer recent gegeven bleek niet beschikbaar.

<sup>88</sup> J.M.A. Munnichs, op. cit., blz. 19.

<sup>89</sup> Zie ook een overeenkomstige aanbeveling in een eerder geciteerd rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau. M. Mootz en J. Timmermans, op. cit., blz. 93.

met het sociale beleid, dat aanstuurt op een toenemend lagere pensioneringsleeftijd ten behoeve van een naar wordt verondersteld positief effect op de werkgelegenheid van jongeren. Het is waarschijnlijk dat dit werkgelegenheidsbeleid ook gelegitimeerd wordt door een welzijnsbeleid dat de hulpbehoevendheid van ouderen accentueert.

In paragraaf 5.4.2 werd betoogd dat de invoering van een systeem van flexibele pensionering een bijdrage zou kunnen leveren aan de realisering van de wenselijke verandering in de maatschappelijke positie van ouderen. Voor velen is het thans reeds mogelijk om vroeger uit het arbeidsproces te treden dan op de gebruikelijke leeftijd van pensionering. Onder een systeem van flexibele pensionering wordt ook het tegenovergestelde mogelijk gemaakt, namelijk later uittreden dan nu gebruikelijk is. In paragraaf 5.4.2 zijn de positieve effecten hiervan in termen van de doelstellingen van het welzijnsbeleid aangegeven. In deze paragraaf wordt ingegaan op mogelijke beperkende voorwaarden die worden gesteld door de financiering van de sociale zekerheid, de produktiviteit van ouderen, de werkgelegenheid van jongeren, het individueel welzijn van ouderen en de wetgeving. Hieraan vooraf gaat een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot flexibele pensionering.

#### *Stand van zaken*

In Nederland bestaat de mogelijkheid tot vervroegde uittreding wanneer een zogenaamde VUT-regeling van toepassing is. De VUT-regeling is geen volwaardig systeem van flexibele pensionering, omdat het dan ook mogelijk moet zijn om na de als norm aangehouden pensioneringsleeftijd door te werken. In tegenstelling tot Nederland is in verschillende andere landen wel de mogelijkheid van flexibele pensionering algemeen toegestaan. Bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, de Scandinavische landen, Frankrijk, Duitsland, Groot-Brittannië en Hongarije<sup>90</sup>. Wat hier de bijzondere interesse heeft, de mogelijkheid tot doorwerken op hogere leeftijd, wordt in het algemeen financieel aantrekkelijk gemaakt. Het is gebruikelijk het uitgestelde pensioen met een bepaald percentage, soms tot een maximum, te verhogen voor elke maand of elk jaar dat men doorwerkt na de normale leeftijd van pensionering.

Uit het gebruik dat in de periode 1960 tot 1977 van deze regeling is gemaakt, blijkt dat de wetgeving gericht op stimulering van uitstel van de pensionering nog weinig succesvol is. In Frankrijk, Groot-Brittannië, Oostenrijk, de Verenigde Staten en Duitsland heeft in deze periode een relatief afnemend aantal mensen het arbeidsproces verlaten boven de normale pensioneringsgrens van 65 jaar (voor Oostenrijkse vrouwen: 60 jaar). Tegelijkertijd verlaten in deze periode meer mensen voor de normale pensioneringsleeftijd het arbeidsproces<sup>91</sup>.

In Nederland zijn over het algemeen gefixeerde leeftijdsgrenzen van toepassing, waarboven men gepensioneerd wordt. In de Nota bejaardenbeleid 1975 is de flexibele pensionering besproken. De hierin naar voren gebrachte argumenten hebben echter uitsluitend betrekking op vervroegde pensionering. Met name wordt ingegaan op de mogelijkheid om AOW-pensioenen te financieren, als de uitkering voor het 65e levensjaar zou beginnen<sup>92</sup>. Inmiddels is bij de PTT in 1980 voor de duur van drie jaar een experiment flexibele pensionering gestart. Uit een eerste overzicht van de deelname blijkt dat er in 1980 nauwelijks belangstelling bestond voor de mogelijkheid om in plaats van tot 65 jaar, tot 67 jaar door te werken<sup>93</sup>.

#### *Financiering van de sociale zekerheid*

In geïndustrialiseerde landen daalt de deelneming van de oudere

<sup>90</sup> M.B. Tracy, 'Trends in retirement'; *International Social Security Review*, 1979, 32e jaargang nr. 2, blz. 131-159.

<sup>91</sup> M.B. Tracy, op. cit., blz. 159.

<sup>92</sup> Nota Bejaardenbeleid 1975, Tweede Kamer, 1974-1975, 13463, nrs. 1-2, blz. 57.

<sup>93</sup> H.J. Janssen, *Experiment flexibel uittreden, deelname in 1980*; 's-Gravenhage, Centrale Directie PTT, 1981.

bevolking in het arbeidsproces. In tabel 5.19 is deze ontwikkeling voor een aantal lidstaten van de OESO weergegeven; in tabel 5.20 wordt een verbijzondering voor Nederland gegeven.

**Tabel 5.19** Percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder dat beroepsmatig actief is, in verschillende landen, 1965 en 1976

	1965	1976
Verenigde Staten	17,0	14
Japan	34,0	30,7
België	6,4	6,3
Groot-Brittannië	12,4	10,6
Zweden	18,1	12,5
Zweden	18,1	12,5
Frankrijk	13,1	7,1
Duitsland	14,0	9,9
Nederland	9,3	6,7
Italië	10,8	7,0
Denemarken	22,8	20,0
Finland	9,9	8,9

Bron: OECD, *Socio-economic policies for the elderly*; Parijs, OECD, 1979, blz. 20.

**Tabel 5.20** Percentage van de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder dat beroepsmatig actief is, 1947, 1960, 1971 en 1976

	1947	1960	1971	1976 geschat
Mannen	35,5	19,9	11,7	11,2
Vrouwen	6,3	2,6	2,3	3,7

Bron: Th.A.M. Vis, *Vergrijzing*; monografieën volkstelling 1971 nr. 18, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 13.

Bij internationale vergelijking blijkt dat in Nederland de participatie van ouderen in het arbeidsproces laag is. Door VUT-regelingen wordt een verdere daling van de deelneming bevorderd. Een stijgend aantal mensen maakt gebruik van de mogelijkheid tot vervoegde uittreding. In 1979 was het uittredingspercentage in de bouwnijverheid 48%, in de metaalindustrie 54% en in de havenbedrijven ongeveer 70%. De deelneming aan de VUT-regeling voor het personeel van de Rijksoverheid, die op 1 november 1979 is gestart, bedroeg per 1 juli 1980 ongeveer 25%<sup>94</sup>.

Ongeveer 80% van de afhankelijke beroepsbevolking werkt bij werkgevers bij wie VUT-regelingen van kracht zijn<sup>95</sup>. Het lijkt niet onjuist te veronderstellen dat degenen die nu bij collectieve arbeidsovereenkomsten kiezen voor invoering van een VUT-regeling in plaats van inkomensstijging, in de toekomst ook aanspraak zullen maken op de mogelijkheid beneden de normale leeftijdsgrens het arbeidsproces te verlaten<sup>96</sup>. In hoeverre men er ook werkelijk gebruik van zal maken, is mede afhankelijk van financiële omstandigheden. De keuze voor het wel of niet doorwerken wordt namelijk op individueel niveau sterk bepaald door financiële overwegingen. Voor personen die gebruik kunnen maken

<sup>94</sup> De percentages geven de verhouding aan tussen het aantal mensen dat is uitgetreden en het aantal dat kon uittreden. Zie: ministerie van Sociale Zaken, *VUT Vervoegde uittreding in ontwikkeling*; 's-Gravenhage, 1981, blz. 18.

<sup>95</sup> Ibid., blz. 48.

<sup>96</sup> In de regel worden VUT-uitkeringen gefinancierd volgens het omslagstelsel; zie ministerie van Sociale Zaken, op.cit. blz. 12.

van VUT-regelingen, maar desondanks niet zijn uitgetreden, blijken de financiën de meest frequent genoemde reden te zijn om door te werken<sup>97</sup>.

Eerder is al gewezen op de twijfel over de financiële mogelijkheden om ook in de toekomst de pensioenuitkeringen op hetzelfde niveau als nu te handhaven. Een eventuele verlaging van pensioenuitkeringen kan een kracht zijn die een tegendruk uitoefent op de vervroegde uittreding. Of de wens tot doorwerken dan weer gerealiseerd kan worden is niet zeker. De vervroegde uittreding lijkt steeds meer in het beleid en het arbeidsbestel geïnstitutionaliseerd te worden. Het wordt als principe zonder meer aanvaard en niet ter discussie gesteld. Het is mogelijk dat zich bij de VUT-regelingen hetzelfde voor gaat doen als bij de pensionering in het algemeen, namelijk een ontwikkeling van een recht op, naar een plicht tot uittreding. Een indicatie voor een begin van een dergelijke ontwikkeling kan worden gevonden in een recent voorstel van het ministerie van Sociale Zaken om bij collectief ontslag werknemers van 57,5 jaar en ouder recht te geven op vervroegde uittreding, waarbij men dan niet meer als werkzoekend wordt aangemerkt. Blijkens het persbericht vindt het ministerie de nieuwe regeling wenselijk, omdat het gezien de hoge werkloosheidscijfers in sommige delen van het land noodzakelijk is dat meer oudere werknemers plaats maken voor jongere krachten<sup>98</sup>.

Steeds pregnanter ontstaat een arbeidsverdeling waarbij bepaalde leeftijdsgroepen beroepsmatig actief zijn, terwijl andere dat niet zijn, en gesteund moeten worden door de eerste groep en via collectieve financiering. De beroepsmatig niet-actieven zijn dan de jongeren die opleidingen volgen van steeds langere duur, en ouderen die op steeds lagere leeftijd het arbeidsproces verlaten via WAO, VUT-regelingen, AAW, WW of WWV. Voor een deel van de bevolking — en op een gegeven moment misschien wel voor de gehele bevolking — zou dit tot gevolg kunnen hebben dat men bij een gemiddelde levensverwachting van 72 jaar voor mannen en 79 jaar voor vrouwen slechts gedurende 35 jaar betaalde arbeid verricht. Betaalde arbeid wordt dan verricht binnen enge leeftijdsgrenzen; daarbeneden is men in opleiding, daarboven is men met pensioen. Als deze ontwikkelingen volledig hun beslag krijgen, dan zou de demografische last anders berekend moeten worden dan in paragraaf 5.2.1, tabel 5.9 is gebeurd. In tabel 5.21 staat de gewijzigde berekening.

**Tabel 5.21 Demografische last, alternatieve berekening, 1979 en 2000**

Alt. A	1979	2000
demografische last: <u>bev. 0-19 + 55 jaar en ouder</u> x 100 bev. 20-55	110,7	98,8
jongerenlast: <u>bev. 0-19</u> x 100 bev. 20-55	67,5	53,4
bejaardenlast: <u>bev. 55 jaar en ouder</u> x 100 bev. 20-55	43,2	45,4

Bron: Berekend op basis van CBS, *De toekomstige demografische ontwikkeling in Nederland na 1975*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1976

Ook bij deze berekening vermindert de totale demografische last. De demografische last van ouderen is hierbij echter voor 1979 en 2000 meer

<sup>97</sup> Ibid., blz. 23.

<sup>98</sup> Metaal tegen VUT-regeling 57,5-jarigen'; *NRC Handelsblad*, 21 oktober 1981.

dan het dubbele van de eerder berekende demografische last. Voor de volledigheid dient hieraan te worden toegevoegd, dat niet iedereen binnen de groep van 20 tot 55 jaar een betaalde werkkring heeft. Onder hen bevinden zich ook personen die uitsluitend huishoudelijke arbeid verrichten. Bovendien is een deel arbeidsongeschikt of werkloos. Als de laatstgenoemde groepen bij de ouderen opgeteld zouden worden, dan zouden de verhoudingsgetallen nog ongunstiger worden.

De conclusie kan worden getrokken dat door de steeds lagere uitredingsleeftijd een ongunstig perspectief ontstaat op de mogelijkheid de sociale zekerheid ook in de toekomst te blijven financieren. Het blijkt nu al moeilijk te zijn de sociale minima te garanderen. Flexibele pensionering biedt een mogelijkheid tot adaptatie aan demografische en economische ontwikkelingen, omdat het dan mogelijk wordt voor ouderen om, wanneer dit financieel wenselijk wordt geacht, door te werken ook na de nu al aangehouden leeftijdsgrenzen voor pensionering.

#### *Arbeidsproductiviteit van ouderen*

Hoewel het moeilijk is te kwantificeren, zijn er aanwijzingen dat gedwongen pensionering bij een bepaalde leeftijd de produktiviteit schaadt. Door pensionering verlaten ervaren arbeidskrachten het arbeidsproces.

De ervaring die hierdoor verloren gaat, is ten onrechte weinig in tel. Volgens een OESO-studie ligt dat onder andere aan twee economische veronderstellingen. Ten eerste wordt gedacht dat een rationele arbeidsorganisatie vereist, dat taken zoveel mogelijk worden gesplitst in deeltaken, die maar op één manier uitgevoerd kunnen worden. Vervolgens wordt getracht arbeidskrachten voor deze taken te vinden, die deze zo goed en zo snel mogelijk kunnen verrichten. Dit zijn dan vaak vooral jongere arbeidskrachten. Ten tweede wordt verondersteld dat het niet lonend is oudere arbeidskrachten een omscholing te geven wanneer er veranderingen in het produktieproces optreden. Er is echter een kentering in beide opvattingen. Er zijn nu ook bedrijven waar de arbeidsorganisatie wordt aangepast bij de mogelijkheden van de werkers, en waar ook oudere arbeidskrachten een training krijgen<sup>99</sup>.

Uit verschillende Nederlandse onderzoeken blijkt dat in de arbeidsorganisatie weinig rekening wordt gehouden met oudere werknemers. Opmerkelijk is de klacht van Verwey-Jonker, de voorzitter van de Commissie Ontwikkelingsproblematiek van Bedrijven, die een tweetal onderzoeken over dit onderwerp begeleidde. Zij constateert dat in de onderzochte Nederlandse ondernemingen nauwelijks nog uitvoerend personeel werd aangetroffen dat ouder was dan 55 jaar. Omdat deze 'echte' ouderen ontbraken moest voor het onderzoek uitgeweken worden naar personen van 45 jaar en ouder<sup>100</sup>.

Door een bepaalde wijze van arbeidsorganisatie kan de onjuiste indruk ontstaan dat het ouder worden in het algemeen de produktiviteit negatief beïnvloedt. De gedachte dat ouderen minder produktief zijn wordt dan een selffulfilling prophecy. Dit biedt een legitimering aan de praktijk om bij inkrimping van het personeelsbestand ouderen eerder te ontslaan dan jongeren. Het is ook een rechtvaardiging voor het stellen van een leeftijdsgrens waarboven men met pensioen moet gaan.

Uit onderzoek blijkt dat de veronderstelling over de samenhang tussen leeftijd en produktiviteit niet deugdelijk is. Uit verschillende Amerikaanse onderzoeken kan de conclusie worden getrokken dat voor veel arbeidsplaatsen en de meeste beroepen, de bekwaamheden en leermogelijkheden van ouderen voldoende blijven tot na het 80e levensjaar<sup>101</sup>. Oudere beroepsbeoefenaren leveren een kwantitatieve en kwalitatieve

<sup>99</sup> OECD, *Socio-economic policies for the elderly*; Parijs, OECD, 1979, blz. 56.

<sup>100</sup> SER-bulletin, 1 oktober 1981, 21e jaargang, nr. 19, blz. 463.

<sup>101</sup> Hearing before the special committee on aging United States Senate, *Work after 65: Options for the 80's; Part 1*, Washington, US Government Printing Office, 1980, blz. 14.



productie die net zo goed, en soms beter is als van jongere beroeps-beoefenaren. Bovendien blijken zij gewoonlijk minder te verzuimen dan jongeren en is hun arbeidssatisfactie groter. Er is meer variatie in bekwaamheid binnen een bepaalde leeftijdsgroep dan tussen leeftijdsgroepen<sup>102</sup>.

Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat ouderen minder vaak verzuimen, zij het dat de ziekteduur als zij verzuimen langer is. Het percentage dat in 1969 in industriële ondernemingen, blijkens een onderzoek van Philipsen, wegens ziekte verzuimde was bij de groep van 58 en 65 jaar 55% en bij de groep van 27-42 jaar 70%<sup>103</sup>. Het relatief hoge percentage oudere werknemers dat een uitkering uit de WAO krijgt, is geen goede maatstaf voor de arbeidsgeschiktheid van deze groep, omdat bij de WAO-keuring niet alleen de arbeidsgeschiktheid, maar ook de plaatsbaarheid op de arbeidsmarkt een rol speelt.

#### *Werkgelegenheid van jongeren*

Een argument voor de bevordering van pensionering van ouderen is de werkgelegenheid voor jongeren, die hierdoor zou ontstaan. Dit argument kan op twee manieren worden weersproken. Het leidt niet tot rechtvaardige verhoudingen, en het is de vraag of het op de lange termijn voor de jongeren nodig is.

Het is waarschijnlijk dat bij een ongunstige ontwikkeling in de toekomst van de maatschappelijke positie van ouderen, de voorrang van jongeren terzake van de werkgelegenheid door de ouderen als onrechtvaardig zal worden beoordeeld. Als het voordeel voor de jongeren wordt afgewogen tegen het nadeel voor ouderen in de vorm van verlies in inkomen en gezondheid na pensionering, is het niet zonder meer aanvaardbaar dat ten gunste van jongeren wordt beslist. Afgezien hiervan is het de vraag in hoeverre vroegtijdige uittreding of pensionering op de langere termijn ten behoeve van de arbeidsmarktpositie van jongeren gewenst is. Uit onderzoek naar de effecten van VUT-regelingen blijkt, dat slechts ongeveer 25% van de uitgetreden werknemers direct of indirect vervangen wordt door werklozen<sup>104</sup>. Er is dus geen equivalente relatie tussen vroegtijdige uittreding en de creatie van werkgelegenheid voor jongeren. De VUT-regelingen blijken thans voor een groot deel gebruikt te worden om overbodige arbeidsplaatsen op te heffen. Op de lange termijn zal dat vermoedelijk veranderen, en kan van een vervroegde pensionering in sterkere mate een groter aanbod van arbeidsplaatsen voor jongeren worden verwacht. Het is echter de vraag of dat op langere termijn nodig is. Ten eerste zijn jongeren relatief vaak tijdelijk werkloos, na opleidingen en tussen twee werkkringen in. Driekwart van de werklozen van 22 jaar en jonger was op de peildatum augustus 1981 korter dan 6 maanden werkloos<sup>105</sup>. Ten tweede zal het aanbod van jongeren op de arbeidsmarkt als gevolg van de demografische ontwikkelingen geleidelijk aan minder worden<sup>106</sup>. In de Verenigde Staten wordt wel de vrees uitgesproken dat dit zal leiden tot een te laag aanbod; om tekorten aan te vullen zou op den duur zelfs een groter beroep op ouderen noodzakelijk kunnen blijken te zijn. Voor de Nederlandse situatie lijkt het ontstaan van een tekort aan arbeidsaanbod evenwel minder waarschijnlijk, omdat bij een afnemend aanbod van jonge schoolverlaters, een stijgend aanbod van gehuwde vrouwen op de arbeidsmarkt kan worden verwacht.

<sup>102</sup> Report by the Select Committee on Aging, *Mandatory Retirement The social and human cost of enforced idleness*; Washington, US Government Printing Office, 1977, blz. 34.

<sup>103</sup> H. Philipsen, *Levensfase, generatie en ziekteverzuim, de invloed van belastende levensomstandigheden, mentaliteit en riskante gewoonten op het aantal ziekmeldingen*; Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1977, blz. 105.

<sup>104</sup> Ministerie van Sociale Zaken, op. cit., blz. 47.

<sup>105</sup> Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *De arbeidsmarkt in augustus 1981*; Publikatie afdeling externe betrekkingen, 's-Gravenhage, 1981.

<sup>106</sup> Centraal Planbureau, *Omvang en samenstelling van het trendmatige arbeidsaanbod tussen 1975 en 2000*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978.

### Individueel welzijn

Na de pensionering hebben velen nog een lange periode van inactiviteit voor zich. Uitgaande van de gemiddelde levensverwachting in 1977 en afhankelijk van uittreding uit het arbeidsproces bij 50 dan wel 60 jaar, geldt voor mannen een periode van inactiviteit van 25, respectievelijk 17 jaar; voor vrouwen 31, respectievelijk 22 jaar. Voor de gezondheid is een bepaald evenwicht nodig tussen individuele mogelijkheden en de werk- en taakbelasting. Uit een overzicht van het over dit onderwerp beschikbaar onderzoek komt Fuldauer tot de conclusie dat het uitsluiten van beroepsarbeid na het 65e jaar uit een oogpunt van gezondheid discriminerend is<sup>107</sup>. Hoewel het moeilijk is dit goed te onderzoeken, zijn er aanwijzingen dat pensionering na enige tijd leidt tot een stresssituatie<sup>108</sup>. Het is mogelijk dat individuele omstandigheden (gezondheidsproblemen en zware arbeid) pensionering noodzakelijk maken. Deze individuele omstandigheden hangen echter nauwelijks samen met de chronologische leeftijd, die nu bepalend is voor de pensionering.

Mensen die kunnen doorwerken, ervaren dit positief. Dit blijkt uit een in 1976 in Nederland gehouden onderzoek, waarvan enkele resultaten in tabel 5.22 zijn opgenomen. Tegenover de positieve ervaring van degenen die kunnen doorwerken, staat een mogelijk negatief gevolg voor hen die wel zouden willen, maar wegens verminderde geschiktheid niet meer in aanmerking komen voor betaalde arbeid. In een situatie waarin flexibele pensionering mogelijk is gemaakt, kan het pijnlijk zijn om te moeten ervaren dat men in tegenstelling tot anderen niet meer gewenst is in het arbeidsproces. Toch is het de vraag of dit wel een zwaarwegend bezwaar is tegen de introductie van flexibele pensionering. Wanneer mensen keuze wordt geboden, is de keerzijde uiteraard een grotere verantwoordelijkheid met de kans op psychische spanningen, die daarbij hoort. Als het algemeen aanvaarde praktijk wordt dat mensen zich gedurende een bepaalde periode — en niet meer op een vast tijdstip — kunnen terugtrekken uit het arbeidsproces, zullen ze zich daar ook op instellen en zal de een vroeger en de ander later gaan. In feite kan men dit nu reeds zien gebeuren met betrekking tot de vervroegde vrijwillige uittreding.

Tabel 5.22 Motieven van zelfstandig wonenden van 65 jaar en ouder om nog betaald werk te verrichten (in procenten), 1976

	Mannen	Vrouwen
Financiële reden	27,1	38,4
Om het sociale contact	33,2	33,4
Plezier in het werk	75,8	70,0
Om wat om handen te hebben	58,4	32,9
Nuttig voor maatschappij/zedelijke plicht	21,8	20,6
Overige redenen	18,7	10,7
Weet niet/geen antwoord	1,2	1,9

Bron: CBS, *De leeftijdsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, deel 1, kerncijfers*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 66.

Hoe groot zal de belangstelling zijn voor het doorwerken na de normale pensioneringsleeftijd van 65 jaar als deze grens vervalst? Tot nu toe blijkt de belangstelling in het buitenland, waar flexibele pensionering

<sup>107</sup> A. Fuldauer, 'Werk- en taakbelasting in het senium'; *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 10 oktober 1981, 125e jaargang nr. 41, blz. 1672.

<sup>108</sup> F. van Poppel, 'Uittreding uit het arbeidsproces en overlijden; enkele resultaten van recent onderzoek'; *Demografie*, Bulletin van het NIDI, no. 43, oktober 1981.

mogelijk is, af te nemen. Deze afname kan echter in verband worden gebracht met economisch gunstige omstandigheden, waaronder goede financiering van vervroegde uittreding mogelijk is. Als in de toekomst de financiële onafhankelijkheid van ouderen na pensionering slechts op een lager niveau gegarandeerd kan worden, lijkt het aannemelijk dat de belangstelling voor het doorwerken zal toenemen. Bovendien zou wat Nederland betreft de belangstelling hiervoor een stimulans kunnen ondervinden, wanneer in het beleid en in het arbeidsbestel een meer positieve waardering voor de bijdrage van ouderen ontstaat.

De conclusie kan worden getrokken dat aanpassing van de pensioneringsleeftijd bij de individuele mogelijkheden, het individueel welzijn van ouderen kan bevorderen. De mogelijkheid van vervroegde uittreding zou aangevuld moeten worden met de mogelijkheid tot latere uittreding. In plaats van een vaste bovengrens zou een flexibele pensioneringsleeftijd van kracht moeten worden. Voor de individuele beroepsbeoefenaar is het dan mogelijk dat de eigen wensen en mogelijkheden de pensioneringsdatum bepalen en niet de gegroeide praktijk of arbeidsvoorwaarden.

Voor de werkgever betekent flexibele pensionering dat de individuele mogelijkheden de doorslag moeten geven bij het aansturen op pensionering.

#### *Wetgeving en rechtspositie*

Flexibele pensionering zou onder andere bevorderd kunnen worden door analoog aan de Amerikaanse wetgeving een verbod in te stellen op ontslag, uitsluitend op basis van leeftijd<sup>109</sup>. Deze wet zou verandering moeten brengen in bepalingen in CAO-regelingen en in de gegroeide praktijk bij het geven van vergunning voor ontslag. In CAO-regelingen kunnen bepalingen opgenomen zijn waardoor wordt vastgelegd dat arbeidscontracten op een zekere leeftijd, meestal 65 jaar voor mannen, aflopen. Gewestelijke Arbeidsbureaus achten het bereiken van deze leeftijd — als er geen formele regels zijn — een geldige reden voor ontslag, en geven voor een dergelijk ontslag vergunning.

Ook zonder een speciale wetgeving zou in de toekomst de situatie kunnen ontstaan, dat ontslag om reden van leeftijd als verboden moet worden beschouwd en wel omdat het als een vorm van negatieve discriminatie kan worden gezien. Artikel 11 van de in behandeling zijnde nieuwe grondwet, die waarschijnlijk halverwege dit jaar in werking treedt, luidt: 'Allen die zich in Nederland bevinden worden in gelijke gevallen gelijk behandeld. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan'<sup>110</sup>. In antwoord op een vraag uit de Tweede Kamer of de toevoeging van andere gronden ook betrekking kon hebben op leeftijd, zei de minister dat het naar zijn mening onvermijdelijk zal blijven in tal van gevallen op grond van de leeftijd rechten en plichten te differentiëren<sup>111</sup>. Dit zou kunnen betekenen dat ontslag om reden van leeftijd thans niet als strijdig met de nieuwe grondwet wordt gezien. Bedacht dient evenwel te worden dat dit antwoord van de minister beschouwd kan worden als een uitspraak die de algemene opvatting op een bepaald moment weergeeft. In de loop van de komende jaren zouden de opvattingen ter zake kunnen veranderen. Een verschil in rechtspositie tussen mannen en vrouwen is immers ook niet altijd als negatief ervaren, terwijl dit nu wel het geval is.

Een verbod op ontslag op grond van leeftijd kan worden beschouwd als complementair aan WAO- en AAW-regelingen. Jongeren die niet kunnen werken, hoeven dit niet. Anderzijds heeft men een recht op werk

<sup>109</sup> Age Discrimination in Employment Act. Deze wet is overigens niet volledig prohibitief. Leeftijdsontslag na 70 jaar wordt wel toegestaan. Onlangs aanbevolen is ook deze grens te laten vervallen. Zie *Work after 65*.

<sup>110</sup> Ministerie van Binnenlandse Zaken, Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 13872, blz. 26.

<sup>111</sup> *Ibid.*, blz. 7.

als men dit wel kan. Er valt niet in te zien waarom bij een bepaalde leeftijd dit recht zou moeten vervallen. Voorafgaand aan de pensionering wordt men voortdurend *individueel* beoordeeld of men wel of niet in staat is bepaalde werkzaamheden te verrichten. Hiervoor is een omvangrijke juridische (arbeidsrechtelijke) en medische institutionele structuur tot stand gebracht: medische diensten, arbeidsbureaus, enzovoort. Boven een bepaalde leeftijd vervalt de individuele beoordeling en worden in feite *stereotype beelden* over ouderen bepalend voor de rechtspositie. Het is echter zeer goed mogelijk ook ouderen, op dezelfde manier als jongeren, individueel te beoordelen en dezelfde rechtsbescherming te geven.

## 5.6. Samenvatting en conclusies

In de periode van 1975 tot 2000 zal het aandeel van personen van 65 jaar en ouder in de totale bevolking stijgen van 10,7% naar 12,8%. Binnen deze groep neemt het aantal hoogbejaarde mensen sterk toe. In verband met deze ontwikkeling, en uitgaande van doelstellingen inzake het individueel welzijn en de gewenste maatschappelijke verhoudingen, ontstaan verscheidene knelpunten. In dit rapport is vooral aandacht besteed aan de behoefte aan georganiseerde dienstverlening (beroepsmatige dienstverlening en vrijwilligerswerk), de kosten van deze dienstverlening en de maatschappelijke positie van ouderen.

### 1. *Behoeftte aan georganiseerde dienstverlening*

Door de veroudering van de bevolking stijgt de behoefte aan georganiseerde dienstverlening. Hierin kan op twee elkaar aanvullende manieren worden voorzien: door beroepskrachten en door vrijwilligers. Een deel van de behoefte ontstaat door het wegvallen van de mogelijkheden tot onderlinge hulpverlening in de eigen omgeving van ouderen. Hier kan vrijwilligerswerk een belangrijke functie vervullen, met name bij de ondersteuning van het streven om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Vrijwilligerswerk zou gestimuleerd kunnen worden door hiervoor ruimte te scheppen in de financiering door sociale verzekeringsfondsen en subsidies van de dienstverlening aan ouderen. Voorts is erop gewezen dat de organisatie van het vrijwilligerswerk aan bepaalde eisen moet voldoen, indien men aan de bij uitkeringsgerechtigden levende wens tot het doen van vrijwilligerswerk tegemoet wil komen. Werkloze en arbeidsongeschikte mensen participeren mede als gevolg van formele regelingen minder in het vrijwilligerswerk. Voor deze groep kan vrijwilligerswerk een zinvolle tijdsbesteding zijn. Voor zover het perspectief bestaat op een betaalde baan, biedt het de mogelijkheid de nodige ervaring op te doen. Bovendien zou dit hun maatschappelijke integratie bevorderen. Het moet mogelijk worden geacht de vrijwillige hulpverlening aan ouderen zodanig te organiseren, dat werkloze en in het bijzonder arbeidsongeschikte mensen zonder het risico van het verlies van uitkeringen hieraan kunnen deelnemen.

### 2. *Kosten van georganiseerde dienstverlening*

Door de stijgende behoefte aan dienstverlening ontstaat een kostenprobleem. Dit ontstaat echter gedeeltelijk ook door een gebrek aan doelmatigheid. De manier van financieren is niet selectief. Wanneer verschillende voorzieningen dezelfde functie vervullen, of bestaande voorzieningen een niet (meer) gewenste soort dienstverlening bieden, wordt geen keuze gemaakt. De financiering richt zich naar de bestaande voorzieningen en past zich aan bij de historisch gegroeide situatie.

Het gebrek aan doelmatigheid kan in de toekomst het voortbestaan van essentiële voorzieningen in gevaar brengen. Daarom wordt voorgesteld om ten aanzien van met publieke middelen gefinancierde voorzieningen duidelijk taak en functie te omschrijven en vervolgens prioriteiten te stellen die ook in de financiering tot uitdrukking moeten komen.

Hierbij dient geen uitzondering te worden gemaakt voor met sociale verzekeringsgelden gefinancierde voorzieningen.

### 3. *Maatschappelijke positie van ouderen*

Ouderen in Nederland verkeren in een geïsoleerde maatschappelijke positie. Uit internationale vergelijking blijkt dat relatief veel ouderen opgenomen zijn in intramurale dienstverlenende instellingen. Ook blijkt dat in Nederland relatief weinig ouderen in het arbeidsproces zijn ingeschakeld. Door invoering van vervroegde uittredingsregelingen zal deze participatie vermoedelijk verder dalen. Deze ontwikkeling vindt plaats in combinatie met een veroudering van de bevolking. Hierdoor ontstaat een ongunstig perspectief met betrekking tot de mogelijkheid om ook in de toekomst de sociale zekerheid en het welzijn van ouderen te garanderen.

Door maatschappelijke normen wordt voorgeschreven dat ouderen beginnen met een periode van inactiviteit op een moment dat dit voor velen onder hen in fysiek of psychisch opzicht nog niet nodig is. Dit wordt gelegitimeerd door stereotype beelden over de ouderdom en het ouder worden. Hierdoor worden de positieve aspecten van het ouder worden, en de bijdrage die ouderen aan de samenleving zouden kunnen leveren, onderbelicht. Een van de mogelijkheden om ouderen in de samenleving beter tot hun recht te laten komen, is flexibele pensionering. Dit betekent dat de bestaande mogelijkheid tot vervroegde uittreding, wordt aangevuld met de mogelijkheid om later met pensioen te gaan dan bij de nu bestaande leeftijdsgrenzen. Er is dan geen vaste leeftijdsgrens meer aan de mogelijkheid tot het continueren van betaalde arbeid. In dit verband past de invoering van een verbod tot ontslag om reden van het bereiken van een bepaalde leeftijd.

## 6. EDUCATIE VOOR VOLWASSENEN<sup>1</sup>

### 6.1 Inleiding

Volwasseneneducatie is een betrekkelijk recente term in Nederland. Het is een overkoepelend begrip voor een groot aantal voorzieningen en activiteiten; onder volwasseneneducatie wordt verstaan het totaal van vorming, onderwijs en scholing aan volwassenen. Voor velen is volwasseneneducatie meer dan een verzamelterm en wordt er een beoogde vernieuwing mee aangeduid, namelijk de integratie van algemene en beroepsvorming, van vorming en van opleiding voor volwassenen. Educatie is dus een breder begrip dan onderwijs. In de betekenis waarin de Knelpuntennota de term hanteert, is educatie een van de hoofdfuncties op het gebied van welzijnsbevordering, naast zorg en recreatie; daar- onder vallen dan alle voorzieningen en activiteiten die gerekend kunnen worden tot onderwijs, vorming en andere aspecten van cultureel werk, massamedia en kunst. In de adviezen van de Commissie Bevordering Plaatselijke Educatieve Netwerken (CBPEN)<sup>2</sup> wordt educatie omschreven als de organisatie van leerprocessen, waarmee educatie afgebakend wordt van leren dat plaatsvindt door ervaringen, indrukken, enzovoort in het dagelijks leven.

Het begrip educatie is niet voldoende nauw omschreven om uitsluitende te geven over de beleidsmatige afbakening van het terrein. Achtereenvolgens kan men, met glijdende overgangen, onderscheid maken tussen:

- de *werksoort 'educatief werk'*, dat wil zeggen de instellingen en organisaties met specifieke kenmerken en bevoegdheden, die als hoofddoelstelling hebben het verzorgen van een educatief aanbod. Tot deze werksoort behoren dag- en avondscolen voor volwassenen, vormingscentra, volkshogescholen, volksuniversiteiten, instellingen voor afstandsonderwijs, Centra voor Vakopleiding enzovoort;

- de *'educatieve activiteiten'*, dat wil zeggen cursussen en projecten gericht op kennisverwerving, oefening in vaardigheden en/of verdieping van inzichten en opvattingen, die uitgevoerd worden door de instellingen voor educatief werk, maar ook door instellingen of groepen die andere (hoofd-)doelstellingen hebben, zoals vrouwenorganisaties, club- en buurthuizen, arbeidsorganisaties, belangenverenigingen enzovoort. Hierbij gaat het niet om het doel en karakter van de instelling maar van de afzonderlijke activiteit;

- het *aspect of facet 'educatie'* dat onderdeel vormt van activiteiten met andere c.q. meerdere doelstellingen. Het organiseren van leren of het motiveren c.q. mogelijk maken van leren kan onderdeel zijn van uiteenlopende activiteiten zoals:

- de inrichting van een arbeidsplaats, organisatieontwikkeling;
- de inwerkperiode of introductie op een arbeidsplaats en het inle-  
ren op de werkplek;
- de organisatie van inspraakprocessen;
- de belangenbehartiging van sociale groepen, sociale acties;
- opbouwwerk;
- bejaardenwerk, enzovoort.

<sup>1</sup> De paragrafen 6.1, 6.2, 6.3 en 6.4.1 zijn hoofdzakelijk gebaseerd op G. van Enckevort, 'Volwasseneneducatie in perspectief'; *Educatie en welzijn*, Voorstudies en Achtergronden V24, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 183-253.

<sup>2</sup> S. Bolhuis, *Kenmerken van Educatie*; Amersfoort, CBPEN, 1977.

Evenmin als het begrip educatie is het begrip volwassene voldoende eenduidig. In verband met de volwasseneneducatie vindt men verschillende interpretaties: iemand die juridisch deelneemt aan het maatschappelijk verkeer, iemand die in eigen levensonderhoud voorziet, iemand die ouder is dan 16 (18, 21) jaar, iemand die psychisch een rijpe persoonlijkheid is, of iemand die de eerste onderwijsweg heeft afgesloten.

In de praktijk zal het niet mogelijk zijn met één criterium te werken, maar de keuze van criteria is niet onverschillig; zij kan aanmerkelijke gevolgen hebben voor aard en toegankelijkheid van de volwasseneneducatie.

## 6.2 Ontwikkelingen in de vraag

Exacte cijfers met betrekking tot de deelneming aan volwasseneneducatie zijn niet voorhanden. Men kan globaal schatten dat ongeveer 10% van de volwassen bevolking in een bepaald jaar aan een of andere vorm van onderwijs, scholing, opleiding of vormingswerk deelneemt, dus aan wat in de vorige paragraaf is genoemd 'educatief werk' en 'educatieve activiteiten'. Dat zegt echter weinig over de intensiteit van de deelneming. Overigens komt men in landen als Zweden, Joegoslavië en de USA een stuk boven de 15% en dan nog hoofdzakelijk in onderwijs- en scholingsachtige activiteiten.

Ondanks het ontbreken van nauwkeurige gegevens is wel duidelijk dat volwasseneneducatie recent een explosieve groei heeft doorgemaakt. Enkele voorbeelden kunnen dit toelichten. In 1975 startte de eerste zogenaamde moeder-MAVO in Middenmeer. Dit was de stoot tot het gebruik maken van de mogelijkheden om het avondonderwijs ook overdag te geven. Aanvankelijk was dit vooral MAVO, later ook HAVO/VWO, en sinds 1979 tevens MEAO. De invoering van het certificatsysteem in 1978 (deelnemers per vak) was een tweede groeimogelijkheid. Met de explosieve toename van het dagonderwijs ging overigens een continue groei van het avondonderwijs gepaard.

**Tabel 6.1 Aantal leerlingen in het dag- en dag/avond- en het avondonderwijs voor volwassenen**

	1972	1976	1978	1979	1980
dag + avond	22.694	39.180	65.983	85.813	95.000
uitsluitend avond	22.694	33.345	39.986	49.076	56.127
uitsluitend dag	-	5.835	23.853	32.893	36.885
minder dan 6 vakken avond					30.239(54%)
dag					20.694(56%)

Bron: CBS, aangehaald in: G. Van Enckevort, 'Volwasseneneducatie in perspectief'; *Educatie en Welzijn*, Voorstudies en Achtergronden V24, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 200.

De grootste avondscholengemeenschap (in Den Haag) maakte in enkele jaren een groei door van circa 3000 leerlingen naar ruim 12.000 in 1979, waarvan meer dan de helft slechts één vak volgde. Het aantal deelnemers aan alfabetiseringsprojecten steeg in vijf jaar tijd van 600 naar 5.000. De in 1975/1976 gestarte projecten open school tellen ongeveer 4.000 deelnemers, projecten ouders-op-herhaling, VOS-cursussen en andere basiseducatie in buurt- en clubhuizen, ca. 25.000 deelnemers en de capaciteit is thans onvoldoende om aan de vraag te voldoen.

Een niet onbelangrijk deel van de volwasseneneducatie vindt plaats in het kader van de Wet op het Leerlingwezen. Het aantal deelnemers (tussen 18 en 27 jaar) is ongeveer 70.000. Een grote groei zit ook in de cursussen voor boven 27-jarigen, die mede door de landelijke organisatie voor het leerlingwezen, instellingen als de Stichting Opleiding Bejaardenhelpsters enzovoort worden georganiseerd. Het Centraal Overleg van de landelijke organisaties schat het aantal deelnemers hieraan in 1979/1980 op ongeveer 52.000. Een groot deel hiervan volgt cursussen op de streekscholen: schakelcursussen en primaire opleiding. Het percentage leerlingen boven 18 jaar op de streekscholen steeg van 22% in 1973/1974 tot 44% in 1977/1978 (circa 21.000).

Daarnaast kunnen nog worden genoemd:

- de verdubbeling van de opleidingscapaciteit van de Centra voor Vakopleiding van Volwassenen (van 3.500 naar 7.000 plaatsen), en
- de opkomst van de Centra voor Beroepsoriëntatie en Beroepsuitoefening, in 1980 overgegaan van het ministerie van CRM naar het ministerie van Sociale Zaken, met enkele duizenden cursisten uit de kring van Surinamers, Antillianen en buitenlandse werknemers.

Ten slotte is als een groeisector binnen de volwasseneneducatie te zien het hoger onderwijs voor volwassenen. Het aantal studenten in het deeltijd-HBO bedraagt thans ongeveer 70.000 (in 1974/1975 circa 55.000). Aan de universiteiten neemt het aantal studenten toe, dat de studie combineert met een gedeeltelijke of volledige werkkring (schattingen lopen uiteen van 10 tot 20%; dat wil zeggen tussen 15.000 en 30.000 studenten); enkele studierichtingen worden actiever in het opzetten van avond- en weekendprogramma's. Voor een deel zal deze groei in de toekomst een weg vinden binnen de open universiteit, die in 1983 of 1984 met de eerste programma's moet starten en een studentenaantal van 20.000 voor diploma's en 10.000 voor cursussen verwacht.

Daarnaast zijn allerlei activiteiten voor speciale groepen opgekomen (vrouwen, werklozen, WAO-ers).

Een aantal maatschappelijke en culturele ontwikkelingen kunnen ten grondslag liggen aan de gestegen behoefte aan volwasseneneducatie, ontwikkelingen die ook in de toekomst van invloed zullen blijven. Wetenschappelijke en technische ontwikkelingen maken her- en bijscholing nodig voor de uitoefening van een beroep. Economische ontwikkelingen doen arbeidsplaatsen verdwijnen en andere arbeidsplaatsen ontstaan, waardoor omscholing is vereist. Sociale ontwikkelingen brengen nieuwe groepen op de arbeidsmarkt, die opleiding en scholing nodig hebben. Mogelijk stijgt ook het aantal personen dat tijdens het arbeidsleven vrijwillig van beroep wisselt. In de privésfeer blijkt de van generatie op generatie overgeleverde kennis niet meer toereikend om een huishouden naar huidige standaarden te kunnen voeren. De gestegen consumptie leidt tot milieu- en gezondheidsproblemen. De cultivering van de privésfeer in materiële zin uit zich steeds meer in doe-het-zelf-activiteiten, die ambachtelijke kennis en vaardigheid vragen. Men zoekt individuele ontplooiing in de ontwikkeling van talenten en het vergaren van kennis. Culturele veranderingen komen tot uitdrukking in de relaties tussen partners en tussen ouders en kinderen, vaak op problematische wijze die de behoefte tot educatie voor nieuwe verhoudingen oproept. In de publieke sfeer vraagt de democratisering om kennis en vaardigheden voor het vervullen van de rol van burger. Steeds meer krijgt men te maken met bureaucratische overheids- en andere organisaties, contacten waarin



men sociale competentie nodig heeft. Het toenemend aantal buitenlanders met een van de Nederlandse sterk afwijkende cultuur maakt wederzijdse kennis van taal en cultuur noodzakelijk.

Deels komt de behoefte aan educatie voort uit het obsolete worden van kennis en vaardigheden ten gevolge van snelle veranderingen, deels uit veranderingen in waarden en normen die de mens nieuwe eisen doen stellen aan zichzelf en anderen. Op de educatie van de jeugd, met name zoals die plaatsvindt in het schoolonderwijs, hebben de culturele veranderingen tot nu toe weinig invloed gehad. In het onderwijs aan de jeugd wordt een beperkt deel van de cultuur overgedragen en in die cultuuroverdracht is de laatste halve eeuw weinig veranderd. Het jeugdonderwijs komt niet tegemoet aan bovengenoemde educatiebehoeften. Hier blijft buiten beschouwing of de school een aanzienlijke verbreding van onderwijsdoelen aan zou kunnen; er wordt slechts gesignaleerd.

De boven geschetste objectieve, dat wil zeggen van maatschappelijke ontwikkelingen afgeleide behoefte aan educatie van volwassenen wordt blijkbaar ook meer en meer subjectief ervaren. Hiertoe hebben zeker bijgedragen de toegenomen welvaart en vrije tijd, terwijl de invloed van sociale bewegingen, in het bijzonder het feminisme, van nauwelijks te overschatten betekenis is. Ook de algemene uitbreiding van de opleidingsduur in de jeugd kan van invloed zijn, want educatie blijkt een artikel waaraan de behoefte toeneemt naarmate men er meer van consumeert. De vraag naar volwasseneneducatie blijkt dan ook niet gelijk verdeeld te zijn over groepen met verschillend opleidingsniveau.

Zeer algemeen is er veel empirisch materiaal voor de stelling dat ongelijke deelname aan jongerenonderwijs bestendig of vergroot wordt in de volwasseneneducatie. Wie meer onderwijs heeft genoten in zijn jeugd, neemt ook meer deel aan programma's voor onderwijs vorming en scholing van volwassenen. Of omgekeerd: hoe minder onderwijs men heeft gehad, hoe minder kans op deelname aan enigerlei vorm van volwasseneneducatie. Een Amerikaans onderzoek geeft een beeld van de typische participant aan volwasseneneducatie, dat in de meeste Westerse landen geldt: 'Het is minstens even vaak een hij als een zij; is meestal jonger dan 40 jaar; heeft minstens voortgezet onderwijs; heeft een hoger dan gemiddeld inkomen; werkt fulltime en meestal in een witte-boorden-beroep; leeft in een stedelijke omgeving'<sup>3</sup>. Enkele Nederlandse gegevens:

— wie tweemaal zoveel onderwijs heeft gehad in de jeugdijaren, neemt ook tweemaal zoveel deel aan vormen van volwasseneneducatie in het latere leven. Van de groep die 6 jaar of minder onderwijs heeft gehad, beweert 75% nooit aan een cursus/opleiding te zijn begonnen. Van de groep die 11 jaar of meer onderwijs heeft gehad, zegt 32% nooit aan een cursus/opleiding te zijn begonnen;

— deelname aan volwasseneneducatie leidt tot steeds meer deelname. Bij schriftelijk onderwijs is bijna 60% voor de tweede of volgende keer ingeschreven. Deelnemers aan plaatselijke cursussen nemen ook vaker deel aan schriftelijk onderwijs, bedrijfsopleidingen en internaatscursussen. De verschillende soorten volwasseneneducatie versterken elkaar en versterken de reeds genoten schoolopleiding;

— het aandeel van deelnemers uit lagere milieus is groter dan in het overeenkomstige jongerenonderwijs. Het aandeel van de lagere milieus in de volwasseneneducatie blijft echter onder het percentage dat zij uitmaken van de Nederlandse bevolking: ongeschoolde en geschoolde arbeiders in de bevolking 46% en in avondonderwijs voor MAVO 41%, voor HAVO 26% en voor VWO 16%.

Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken, dat, hoewel in relatief mindere mate dan in het jongerenonderwijs, sociale ongelijkheden

<sup>3</sup> J.W.C. Johnstone and R.J. Rivera, *Volunteers for Learning*; Chicago, Aldine Press, 1965; aangehaald in G. van Enckevort, op. cit., blz. 208.

zich eveneens weerspiegelen in de volwasseneneducatie. Met name zijn te noemen<sup>4</sup>:

1. situatie op de arbeidsmarkt. Hoe minder opleiding een bepaalde functie vraagt, hoe minder stimulansen er van het werk uitgaan om tot verdere scholing en vorming te komen. De hoogst opgeleiden krijgen de meeste faciliteiten. De scholing voor de laagst opgeleiden is er meestal toe beperkt het bestaande niveau te handhaven;
2. maatschappelijke activiteiten. Een actieve opstelling in het maatschappelijke leven (naast beroep ook verenigingsleven, vrijetijdsbesteding, milieu-acties enz.) gaat gepaard met deelname aan educatie. Voor het omgekeerde, actieve educatie als compensatie voor een passief maatschappelijk functioneren, bestaat geen empirische grond;
3. sociaal milieu. In de meeste vormen van volwasseneneducatie is er een relatief geringere deelname van mensen uit de lagere milieus;
4. sekse. Het aandeel van de vrouwen in het vormingswerk en het algemeen voortgezet onderwijs is groeiend en overtreft soms het aantal mannen. In het dag/avond-AVO/VWO studeren thans meer vrouwen dan mannen: avond-MAVO/HAVO/VWO circa 58%, dag-MAVO/HAVO-VWO circa 92%, terwijl in 1970 het percentage vrouwen onder de 30 lag. In het parttime beroepsonderwijs nemen echter meer mannen deel: dag- en avond-MEAO 62% mannen, partieel MBO en partieel HBO circa 65% mannen, met uitzondering van enkele 'klassieke' vrouwenopleidingen (sociaal-pedagogisch onderwijs e.d.);
5. leeftijd. Voor oudere werknemers (boven 50 jaar) zijn er nauwelijks geschikte scholingsvoorzieningen. Van de leeftijdsgroep boven 65 jaar zegt 67% nooit aan een cursus of opleiding te zijn begonnen na het initiële onderwijs en voor 18% was dit 21 jaar of langer geleden. Uit een regionaal overzicht voor de Bevelanden blijkt dat er geen educatieve voorzieningen zijn specifiek gericht op mensen van 45 jaar en ouder (2/5 deel van de bevolking) en dat ook hun deelname aan het bestaande werk achterblijft, nog meer bij mannen dan bij vrouwen. In het (dag-)/avond-AVO/VWO was de gemiddelde leeftijd enkele jaren geleden nog 23 jaar; nu is één op de drie leerlingen op de dag-AVO/VWO-scholen voor volwassenen ouder dan 40 jaar;
6. geografisch. Uit onderzoek in de Bevelanden en in Overijssel blijken aanmerkelijke geografische verschillen. Twee conclusies uit deze onderzoeken:

— In plattelandsgemeenten is het aantal en de variëteit van voorzieningen zowel op het terrein van onderwijs en scholing als van vormings- en ontwikkelingswerk beperkt.

— De deelname zowel aan het totaal van de volwasseneneducatie als aan vormen van basiseducatie blijft in plattelandsgemeenten achter bij stedelijke en bij provinciale en landelijke gebieden.

Over specifieke maatregelen om deelname te bevorderen, zoals de invoering van educatief verlof, mag men op korte termijn en zonder aanvulling door gerichte werving niet optimistisch zijn; wel corrigeren deze sommige ongelijkheden, zoals blijkt uit Duits onderzoek<sup>5</sup>. In Bremen maakte in 1976 2,7% van de gerechtigden gebruik van vormingsverlof; daarvan behoorde 23% tot de arbeidersklasse, die overigens slechts 7% van de deelnemers aan volwasseneneducatie leverde. In Hessen lag in 1976 het gebruikspercentage op gemiddeld 2%, maar met aanmerkelijke verschillen tussen mannen en vrouwen (respectievelijk 2,6% en 1,4%) en tussen 'leerlingen' en oudere arbeiders (respectievelijk 7,8% en 0,4%).

Uit deze cijfers mogen geen al te overhaaste conclusies worden getrokken. De democratiserings- en emancipatiegolf uit de jaren zestig stelde de ongelijkheid van maatschappelijke kansen met grote indringendheid aan de kaak, daarbij ook wijzend op milieu- en seksegebonden

<sup>4</sup> G. van Enckevort, op. cit., blz. 208.

<sup>5</sup> D. Görs, *Zur politischen Kontroverse um den Bildungsurlaub*; Köln, Bund, 1978; aangehaald in G. van Enckevort, op. cit., blz. 210.

verschillen in onderwijskansen. Dit gaf de volwasseneneducatie een impuls gericht op herkansing en het aanvullen van educatieve achterstanden. De positieve bijdrage van de volwasseneneducatie aan het tegengaan van ongelijkheden blijkt bij nadere beschouwing vanuit de volgende drie gezichtshoeken:

- a. volwasseneneducatie is geen eenheid. Belangrijke onderdelen zijn wel degelijk een factor in de democratisering van het educatieve aanbod, en met name in de laatste 5 à 10 jaar is er een gevarieerd aanbod tot stand gekomen dat tegemoet komt aan de wensen en behoeften van die groepen die tot nu toe weinig kansen hadden. Het feit dat het ook hier gaat om een 'topje van de ijsberg' doet niet af aan de constatering dat alfabetiseringscursussen, bijspijker- en herhalingscursussen, open-schoolprojecten, dag-onderwijs voor volwassenen ('moederMAVO's'), activiteiten voor buitenlandse werknemers, projecten 'Pensioen in zicht' enzovoort juist die volwassenen bereiken die hun kansen in het jeugdonderwijs en in het partiële onderwijs gemist hebben;
- b. niet alleen percentages zijn van belang, maar ook de absolute aantallen. De meeste vormen van volwasseneneducatie hebben voor de individuele deelnemers een tweede-kans- of tweede-weg-functie. Voor deze individuen wordt een deel van hun 'ongelijkheid' weggenomen;
- c. in het dagonderwijs-AVO/VWO voor volwassenen en het open-school-werk hebben, zoals hierboven al aangegeven, vrouwen de meerderheid. Wat sociaal milieu betreft, de lagere milieus zijn in het avondonderwijs in ieder geval wel beter vertegenwoordigd dan in het overeenkomstige jongerenonderwijs, zoals blijkt uit tabel 6.2.

**Tabel 6.2 Sociaal milieu en deelname aan enkele vormen van voortgezet onderwijs door ouderen en jongeren, 1970, 1974/1975 (in procenten)**

milieu	avondscholen 74/75			dagscholen jongeren'70			bevolking'70
	MAVO	HAVO	VWO	MAVO	HAVO	VWO	---
lager	42	26	17	30	19	10	38
middel- baar	45	50	47	44	42	29	43
hoger	13	24	36	26	39	61	19

Bron: Het Avondonderwijs onderzocht, aangehaald in: Van Enckevort, op.cit., blz. 210.

Waarschijnlijk zijn de lagere milieus oververtegenwoordigd binnen de open-school-projecten (door de selectieve werving) en het dagonderwijs voor volwassenen (geen exacte onderzoeksgegevens bekend).

De bovengeschetste ontwikkelingen lopen parallel met de maatschappelijke erkenning van volwasseneneducatie. Tijdens zijn ministerschap noemde Pais de volwasseneneducatie een van de belangrijkste groeisectoren voor de jaren tachtig<sup>6</sup>. De erkenning is geformuleerd in het ook door de regering onderschreven beginsel van permanente educatie<sup>7</sup>: 'een als cultuurpolitiek beginsel nagestreefd samenhangend educatief beleid: met inachtneming van de eigen verantwoordelijkheid van het individu gaan wij ervan uit dat dit beleid aan elk mens in zijn verschillende levensfasen en situaties de voor hem geschikte mogelijkheden

<sup>6</sup> In een interview in HBO-Journaal, 26 maart 1980.

<sup>7</sup> Brief van de minister van Onderwijs en Wetenschappen, van de staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en van de minister van Sociale Zaken aan de Tweede Kamer van 21 november 1978, zitting 1978-1979, 15 387, nr. 1.

moet bieden om in zijn educatieve behoeften te voorzien, zowel ter bevordering van zijn educatieve ontplooiing, als voor de actieve deelneming aan de vormgeving van het maatschappelijk leven en de sociale en economische ontwikkeling van de samenleving.'

Permanente educatie wordt vaak verbonden met een stelsel van wederkerende educatie: een zodanige inrichting van educatie, arbeidsleven en vrije tijd, dat werken en leren elkaar na een periode van funderende educatie voortdurend kunnen afwisselen en samengaan. De drie bewindslieden die de volwasseneneducatie tot voorwerp van overheidszorg hebben gemaakt op de grondslag van het beginsel van permanente educatie, verklaarden bij die gelegenheid ook aandacht te zullen besteden aan de mogelijkheden om te komen tot een stelsel van wederkerende educatie. Wederkerende educatie is dus een manier om permanente educatie te verwezenlijken. Eén manier; Illich heeft een andere naar voren gebracht, 'ontscholing van de samenleving'.

De consensus omtrent volwasseneneducatie in het perspectief van permanente educatie betreft een wel zeer abstracte formulering, die niet toelaat nader te preciseren welke eisen er aan inhoud en vorm van de volwasseneneducatie gesteld moeten worden. Op een lager abstractieniveau zal de eensgezindheid verdwijnen. Van Enckevort wijst er bijvoorbeeld op dat verschillende legitimaties door elkaar lopen<sup>8</sup>:

1. een *fundamentalistische*, gebaseerd op een (gepostuleerd) leerrecht van volwassenen. Dit leerrecht impliceert drie aspecten:
  - a. toegankelijkheid of opeisbaarheid van educatieve voorzieningen,
  - b. ontwikkelen van een aanbod afgestemd op manifeste vragen, en
  - c. bevorderen van gelijke mogelijkheden voor deelname;
2. een *personalistische* waarin volwasseneneducatie noodzakelijk wordt geacht vanwege haar bijdrage aan de persoonlijke ontwikkeling en de ontplooiing van persoonlijke talenten;
3. een *sociaal-politieke* of *cultuur-politieke* legitimatie waarbij van de volwasseneneducatie vooral wordt verwacht dat zij bijdraagt tot de maatschappelijke toerusting en tot instandhouding of ontwikkeling van de samenleving. Onder deze gemeenschappelijke noemer zijn drie meer of minder tegenstrijdige oriëntaties te rangschikken:
  - a. een *marktgerichte* benadering. Het gaat er hierbij om tegemoet te komen aan vragen die voortkomen uit maatschappelijke veranderingen. De toegenomen mobiliteit en complexiteit moet 'bijgehouden' worden door burgers die inzicht hebben in de veranderingen. De vragen om meer kennis en inzicht staan op zich niet ter discussie. De voornaamste doelstelling is wendbaarheid (vergroting van individuele keuzevrijheid);
  - b. een *reformistische* benadering. Hierin ligt meer nadruk op de deelname, de participatie aan de veranderingen. Deelname aan educatie staat al ongeveer gelijk aan deelname aan maatschappelijke bewegingen. Tegengaan van sociale ongelijkheden betekent tegengaan van ongelijkheid in educatief opzicht. Maatschappelijke weerbaarheid (verhoging van veranderingsmogelijkheden) is een centrale doelstelling;
  - c. een *socialistische* benadering. Volwasseneneducatie krijgt hierbij een rechtvaardiging vanuit de bijdrage aan emancipatie en democratisering. Het is één van de middelen om machtsposities te veranderen en om de maatschappelijke veranderingen te (leren) sturen;
4. een *technologisch-economische* legitimatie, waarbij volwasseneneducatie wordt gezien als een instrument om het arbeidspotentieel in de samenleving gelijke tred te doen houden met de technische veranderingen in het produktiesysteem. Vorming en opleiding van volwassenen zijn onmisbaar in het verwerven van kwalificaties voor beroepsuitoefening (zowel de functiebekwaamheden als het vormgeven aan de arbeidsorganisatie) en daarmee voor het voortbestaan van een productieve samenleving.

<sup>8</sup> Van Enckevort, op. cit., blz. 204.

In de praktijk van de volwasseneneducatie, in de adviezen van overheidscommissies en in het overheidsbestel zelf lopen deze legitimaties meestal door elkaar heen of worden gecombineerd. Toch zijn er op zijn minst accentverschillen.

De ontwikkelingen in de volwasseneneducatie betreffen niet alleen de kwantiteit, maar ook de kwaliteit van de vraag. De aanvankelijke onderscheiding van vorming, onderwijs en scholing is niet houdbaar gebleken. In de praktijk lopen verwerving van standpunten, opdoen en overdragen van kennis en oefening in vaardigheden door elkaar heen. Ook voor de deelnemers bestaat er geen strikt onderscheid.

In de volwasseneneducatie staat het 'ervaringsleren' op de voorgrond, voortkomend uit de overtuiging dat leren pas effectief is als het is ingebed in andere activiteiten en dat de overgang tussen schools en buitenschools leren een vloeiend verloop moet hebben.

### 6.3 Ontwikkelingen in het aanbod

De volwasseneneducatie is 'een versnipperd veld'. De versnippering is ten dele een gevolg van de verscheidenheid van educatieve behoeften en de noodzaak in verbinding te blijven met andere sociale activiteiten zoals de zorg voor gezondheid en milieu, de arbeid, de vrijetijdsbesteding. Tot op zekere hoogte is het bestaan van een geschakeerde volwasseneneducatie functioneel. Ook is de versnippering een gevolg van de traditie van particulier initiatief en zelfbeheer waaraan naast vele positieve ook nadelige kanten zitten. In het veld overheersen de particuliere organisaties. Aanvankelijk betekende dit een verzuiling in levensbeschouwelijk opzicht, dezelfde als die welke de hele Nederlandse samenleving kenmerkt. Volksuniversiteiten, avondscolen, club- en buurthuizen, internaatswerk, vrouwenorganisaties, enzovoort bestonden minstens in drievoud: algemeen, protestants-christelijk en rooms-katholiek. Hoewel deze verzuiling grotendeels is verdwenen, is de verkokering gebleven: een verkokering naar werksoorten met landelijke koepeles, eigen ondersteuningsinstellingen voor de deelsector, een eigen ideologie en jargon ter rechtvaardiging, veelal eigen opleidingen en bijscholingsmogelijkheden voor de medewerkers, en dit alles versterkt door eigen subsidieregelingen, departementale organen en publikatiemogelijkheden. De verkokering is niet alleen een structureel kenmerk, maar wortelt diep in het sociaal-psychologisch klimaat van de diverse werksoorten. Slechts voor een klein deel lijken hieraan objectieve belangtegenstellingen in de maatschappij ten grondslag te liggen. Door het niet deelnemen van de overheid ontbreken in het algemeen de 'openbare' instellingen. Slechts het avondonderwijs kent gemeentelijke scholen (ongeveer 20%). De Centra voor Vakopleiding van Volwassenen zijn instellingen van het ministerie van Sociale Zaken. De meeste muziekscholen zijn gezamenlijke instellingen dan wel hebben een intergemeentelijke regeling. Hoewel steeds meer 'onverzuild' wordt de volwasseneneducatie toch voor het grootste deel verzorgd door het particulier initiatief.

In paragraaf 6.2 bleek al, dat het aanbod niet voldoende is om te voorzien in de stijgende vraag, ook al is het aanbod de laatste jaren sterk gegroeid. Ondanks de grote verscheidenheid zijn er toch nog veel witte plekken, met name op het platteland. Avondscolen, vormingscentra, volksuniversiteiten, streekscholen en Centra voor Vakopleiding zijn, voor zover het enigermate professioneel bemande instellingen betreft, geconcentreerd in ongeveer 80 gemeenten: de grote en middelgrote steden. Dépendances komen wel voor een deel tegemoet aan grotere spreiding, maar het criterium van de nabijheid is zeker niet bereikt. Bovendien zijn er belangrijke witte plekken in het aanbod: basiseducatie voor volwassenen, voortgezet zowel als lager beroepsonderwijs (elementaire beroepskwalificatie voor volwassenen), vormingswerk voor culturele minderheden.

In het voorzieningenpatroon van de volwasseneneducatie overheersen de instellingen voor vormingswerk en voor algemeen voortgezet onderwijs. De mogelijkheden om deel te nemen aan beroepsonderwijs of scholing voor volwassenen zijn in het algemeen in formeel (toegangseisen), financieel en geografisch opzicht geringer. Een overzicht van werksoorten vindt men in de volgende tabel, die is ontleend aan het Negende Advies van de CBPEN, Onderzoek Hajer/Heij<sup>9, 10</sup>:

Tabel 6.3 Jaarcijfers van deelnemers, personeel en kosten volwasseneneducatie per werksoort, omstreeks 1975

Werksoorten	Deelnemers		Personeel		Directe kosten
	aantal deelnemers	contacturen per deelnemer	in manjaren	aantal in mln. gld.	per contactuur per deelnemer in gld.
A. Opleiding en onderwijs w.v.	427.000		5610	380.1	
1. Partieel onderwijs,	(177.400)		(3410)	(235.7)	
waarvan: LBO	4.100	x	x	2	x
MBO	22.700	480	590	44,3	4,10
HBO	45.200	320	1230	88,1	6,10
AVO	24.000	480	520	35,4	3,10
Beroepsbegeleidend					
onderwijs	24.500	360	540	37,4	4,20
Overig	56.900	160	530	28,5	3,10
2. Schriftelijk onderwijs	250.000	x	2200	135	x
3. Educatieve omroep	x	x	x	9,4	x
B. Scholing, w.v.	139.300			302,6	
1. Interne cursussen bedrijven	124.000	150	x	256	12,50
2. Ondernemersonderwijs	10.000	x	x	5	
3. Banden met bedrijfsleven	3.000	600	x	15,8	8,80
4. Centra voor vakopleiding	2.300	1920	270	25,8	6,70
C. Algemeen vormingswerk, w.v.	446.900		1500	155.9	
1. Plaatselijk vormingswerk	x	x	300	24,3	
2. Vormingswerk in internaten	111.200	48	300	57,8	10,80
3. Vormingswerk jong volwassenen	9.200	480	250	15,2	3,40
4. Landelijk en overig					
vormingswerk	x	x	x	6,2	x
5. Muziekscholen	134.500	40	350	25,4	31,60
6. Creativiteitscentrum	192.000	25	300	27	7,50
D. Ingebouwd educatief werk, w.v.	417.400			118,3	
1. Vakverenigingen	40.100	32	x	15,5	12,20
2. Politieke partijen	4.900	9,5	x	1,5	33,00
3. Vrouwenorganisaties	55.400	4	x	0,2	1,00
4. Kerkelijke organisaties	310.000	23	x	99	14,00
5. Overige (GBIO)	7.000	32	x	2,1	10,70

x = gegevens onbekend.

Bron: J. Hajer en P.A. Heij, aangehaald in Van Enckevort, op.cit., blz. 193.

<sup>9</sup> Met name in categorie D wijkt deze tabel af van de gegevens in CBPEN en COS, *Kosten en financiering van de volwasseneneducatie in de toekomst*; derde respectievelijk zevende advies, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978; en J.M.M. Ritzen, 'Onderwijs en economie'; in: *Onderwijs: bestel en beleid*, onder redactie van J.A. van Kemenade, Groningen, Wolters-Noordhoff, 1981.

<sup>10</sup> Het CBS maakt bij deze opstelling van cijfers in zijn bericht van april 1981 nog de volgende opmerkingen: 'De Arbeidskrachtentelling 1979 van het CBS geeft ook een indicatie. Hierbij is gevraagd of men op het moment van de enquête een opleiding of cursus volgde. Uit de cijfers blijkt dat circa 750.000 personen (excl. scholieren en studenten) deelnemen aan de volwasseneneducatie. Gezien de vraagstelling is het mogelijk dat deelnemers aan een aantal vormen van volwasseneneducatie deze vraag negatief beantwoordden. Dit zou ook kunnen blijken uit het feit dat uit een wat ruimere vraagstelling bij het Proefonderzoek Gezondheidsenquête 1979 een deelname van circa 900.000 personen afgeleid kan worden. Gezien deze aantallen mag geconcludeerd worden dat het aantal deelnemers aan de volwasseneneducatie in de buurt van de 1 miljoen ligt'.

In recente overzichten (Beginselennota; initiatief-wetsontwerp PvdA) worden nog meer terreinen bij de volwasseneducatie gerekend, zoals het gehele leerlingwezen, het postacademisch onderwijs, de (na)scholing van onderwijsgeevenden, de M.O.-opleidingen, het bibliotheekwerk, het sociaal-culturele werk, de vakopleiding voor jonge schoolverlaters enzovoort.

De categorieën van de werksoorten in tabel 6.3 corresponderen met bestuurlijke verantwoordelijkheden van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (opleiding, onderwijs), van Sociale Zaken (scholing) en van CRM (vorming). De minister van Onderwijs treedt op als coördinerend minister (sinds 1981 als projectminister). De centrale overheid heeft op diverse begrotingsposten van Onderwijs en Wetenschappen, CRM en Sociale Zaken voor 1981 een bedrag van ongeveer f 1105 miljoen begroot. De verschillende posten betekenen even zo veel verschillende financiële regelingen, die nog nauwelijks geharmoniseerd zijn.

Tot 1965/1970 nam de overheid ten opzichte van de volwasseneducatie een afwachtende houding aan. Voor zover de overheid voor die tijd actieve belangstelling toonde voor de volksontwikkeling, ging die veel meer uit van de gemeenten dan van de centrale overheid. Pas toen het principe van permanente educatie als richtsnoer voor overheidshandelen erkenning ging krijgen, kreeg de volwasseneducatie meer aandacht van de rijksoverheid.

In zijn advies over de volwasseneducatie onderscheidt de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid drie beleidstradities:

- de sociaal-culturele traditie, waarin het accent ligt op de opbouw van onderop, decentrale regelgeving, integratie met andere welzijnsvoorzieningen;
- de onderwijstraditie, waarin voorkeur uitgaat naar centrale regelingen en samenhang met het jeugdonderwijs;
- de sociaal-economische traditie, met eveneens centrale regelingen maar eveneens gericht op de arbeidsmarkt<sup>11</sup>.

De Beginselennota handhaaft deze toestand, constaterende dat 'vooralsnog één samenhangend wettelijk systeem voor de gehele volwasseneducatie niet kan worden gerealiseerd'<sup>12</sup>. Van de zijde van de PvdA werd in 1981 een wetsvoorstel ingediend voor het gehele terrein van de volwasseneducatie<sup>13</sup>.

Het overheidsbeleid wordt niet alleen beïnvloed door het onderscheid tussen de drie betrokken ministeries, ook de verhouding van de overheid tot het particulier initiatief dat zo belangrijk is in de volwasseneducatie, is een factor. De volgende posities zijn mogelijk<sup>14</sup>:

1. een liberaal model, waarbij de overheid afwachtend is ten aanzien van het particuliere initiatief en alleen negatieve effecten probeert in te dammen;
2. een samenwerkingsmodel, waarbij overheid en particulier initiatief gezien worden als partners: de overheid voorwaardenscheppend, het particulier initiatief bij voorrang uitvoerend (subsidiariteitsprincipe);
3. een publiek-democratisch model, waarbij de overheid wordt aangesproken op een verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van voorzieningen en voor het bepalen van prioriteiten en structuren (door middel van planning) maar de uitvoering kan worden overgelaten aan het particuliere initiatief, of de overheid zelf in gelijkwaardigheid;
4. een exclusief overheidsmodel waarbij de overheid bij voorkeur het

<sup>11</sup> Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (HRWB), *Volwasseneducatie, Advies over de ontwikkeling van een interdepartementaal beleid*; Advies nr. 10, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980 blz. 38 e.v..

<sup>12</sup> Beginselennota inzake de volwasseneducatie; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, juni 1981, blz. 51.

<sup>13</sup> Voorstel van Wet van de leden Van Kemenade, Meijer en Worrell, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16689, nrs. 1-3.

<sup>14</sup> G. van Enckevort, op. cit., blz. 222.

educatieve aanbod zelf verzorgt en beheert en initiatieven neemt tot de oprichting van voorzieningen.

Men kan zeggen dat in Nederland in de praktijk van het overheidshandelen model 2 of model 1 overheerst. In adviezen en verklaringen omtrent (toekomstig) beleid wordt opgeschoven naar model 3, maar onder meer het grondwetsartikel over de vrijheid van onderwijs (208 GW) en de traditie van het particulier initiatief stellen hier grenzen. Dat is echter ook weer een globaal beeld. Voor belangrijke en omvangrijke terreinen van de volwasseneneducatie zoals de interne bedrijfsopleidingen, het schriftelijk onderwijs, het merendeel van het ingebouwde vormingswerk geldt in feite model 1, terwijl de bedrijfs-externe vakopleiding van volwassenen door het ministerie van Sociale Zaken in overleg met de sociale partners wordt opgezet volgens model 4.

De overheid toont zich op het ogenblik het meest actief in het uitvoeren van een aantal ontwikkelingsprojecten. Hierin worden enkele initiatieven uit de jaren zeventig en het voorbereidende werk van Commissie Open School (COS) en CBPEN voortgezet. Het gaat hier om

- circa 30 projecten introductie open-school-werkwijze
- circa 200 alfabetiseringsprojecten
- circa 100 projecten educatie voor culturele minderheden
- 12 projecten educatieve netwerken
- circa 20 projecten beroepskwalificerende educatie
- een ondersteuningsproject pre-pensionering.

De keuze van de projecten lijkt nogal willekeurig; belangrijke onderdelen van de volwasseneneducatie worden er niet door bestreken; het is niet duidelijk of de projecten moeten aantonen dat een bepaalde vorm van volwasseneneducatie er moet komen of hoe die er moet komen; met andere woorden de projecten zijn niet opgenomen in een duidelijke beleidsstrategie voor de volwasseneneducatie. De faciliteiten voor de uitvoering, de coördinatie en de ondersteuning van de projecten zijn uiterst gering, zowel in financieel opzicht als in de mogelijkheden voor toepassing van experimentele regelingen (bevoegdheden van leerkrachten, gebruik van materiaal en accommodaties).

De legitimaties voor volwasseneneducatie kunnen als zij voldoende draagvlak hebben, hun neerslag vinden in een leerrecht voor volwassenen. In een aantal Europese landen is dit gebeurd, evenals in internationale verdragen, die ook door Nederland zijn ondertekend, een vorm van leerrecht is neergelegd. Niettemin is het nog in discussie in hoeverre ook voor Nederland een leerrecht gepostuleerd kan worden. De Nederlandse overheid stelt zich terughoudend op, zoals recent nog bleek uit de Beginselennota. Omdat de aarzelingen vooral lijken samen te hangen met de financiële implicaties van een leerrecht hebben CBPEN en COS al eerder een advies uitgebracht over de financiële beheersbaarheid van een leerrecht<sup>15</sup>. Leerrecht opgevat als *sociaal'grondrecht* houdt in dat de overheid verplicht is tot een actief en constructief beleid met betrekking tot educatieve voorzieningen en wel door te zorgen voor toegankelijkheid van voorzieningen, door het stimuleren van passende voorzieningen (tegemoetkomend aan de vraag) en door het scheppen van gelijke kansen in het gebruik van voorzieningen. Het sociale grondrecht benadrukt dus de planningsverantwoordelijkheid van de overheid jegens de samenleving en de educatie in haar geheel. Het leerrecht kan ook opgevat worden als een *individueel opeisbaar recht*. Dit is enerzijds een aspect van een sociaal grondrecht, anderzijds een uitvloeisel van klassieke vrijheidsrechten. Individuen kunnen bij de overheid de toegang tot bepaalde voorzieningen afdwingen. Hier gaat het niet om de gehele volwasseneneducatie maar om onderdelen ervan. Zo geldt er ook voor volwassenen volgens de WVO (en nader ingevuld bij de planprocedures) een recht op dag-/avondonderwijs — MAVO/HAVO/VWO/MEAO. Het

<sup>15</sup> CBPEN en COS, op. cit..



Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten bepaalt dat het lager onderwijs voor 'allen' verplicht en kosteloos beschikbaar dient te zijn, maar de nieuwe Nederlandse Wet op het Basisonderwijs beperkt dit tot jongeren. De CBPEN betoogt dat een leerrecht voor volwassenen niet in strijd is met de toepassing van een profijtbeginsel. Doorberekening van de kosten aan de deelname zal echter niet of minder plaatsvinden

— wanneer het gaat om een collectief goed dat niet door te berekenen is in exclusieve zin (bijvoorbeeld educatieve omroep via het open net), en

— wanneer het gaat om 'bemoeigoederen' waarvan de overheid het gebruik wil stimuleren vanwege grote externe effecten of vanwege bevordering van meer gelijk gebruik (bijvoorbeeld arbeidsgerichte educatie, educatie voor emancipatie en democratisering, compensatie van buiten eigen schuld gemiste onderwijskansen in de jeugd).

Er wordt in dit verband gepleit voor een basisaanbod dat opeisbaar zou moeten zijn door de burgers en dat zou moeten bestaan uit een aanvulling van het reeds bestaande recht op algemeen voortgezet onderwijs (MAVO enz.) in de vorm van dag-avond- en avondschole. Die aanvulling zou moeten bestaan uit funderende educatie voor volwassenen, zowel algemene als beroepsvoorbereidende, uit educatieve ondersteuning van emancipatie en maatschappelijke participatie van minderheidsgroepen en uit activering ten behoeve van volwasseneneducatie. De Beginselennota zwijgt echter over de noodzaak van een basisaanbod en de aard en omvang hiervan.

Leerrecht wordt in het kader van wederkerende educatie gekoppeld aan betaald educatief verlof. In feite bestaan er al enkele mogelijkheden om een uitkering uit de sociale verzekering te combineren met een opleiding, te weten de deelneming door werkloze werkzoekenden aan de Centra voor Vakopleiding van Volwassenen en Centra voor Beroepsoriëntatie en Beroepsbeoefening, de deelneming aan educatieve activiteiten met behoud van uitkering op grond van artikel 36 WWV, en de deelneming aan educatieve activiteiten van vrouwen met een bijstandsuitkering. In 1982 gaat een experiment met betaald educatief verlof van start voor laag(st) opgeleide werknemers, de doelgroep die bij de regering prioriteit heeft. De regering stelt zich achter het principe van vrije keuze van de deelnemer, maar is wel van mening dat het verlof bij voorkeur een positief effect moet hebben op het functioneren in de arbeidsorganisatie en op de arbeidsproductiviteit<sup>16</sup>.

Wat betreft de institutionele vormgeving van de volwasseneneducatie is er noch bij de overheid noch bij de werkers in de praktijk en de veldorganisaties eenstemmigheid. Weliswaar hebben de adviescommissies uit de voorbije periode, COS en CBPEN, duidelijke hoofdadvisen uitgebracht en hebben zij (en ook de Commissie Betaald Educatief Verlof) elkaar gevonden in de voornaamste uitgangspunten en in de wensen met betrekking tot de toekomst. De overheid, zowel op nationaal als op plaatselijk niveau (sprekend via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten), en de landelijke koepels hebben deze keuzen echter (nog) niet overgenomen. De instemming met permanente educatie en (meer of minder) met leerrecht verbergt veel onopgeloste tegenstellingen.

Enkele daarvan zijn:

— wet- en regelgeving als eigen sector of als onderdeel van diverse andere sectoren (onderwijs, welzijnswerk, arbeidsbemiddeling, enz.);

— centrale of decentrale planning (of breder: de systematieken van planning en programmering);

— uitbouw via nieuwe of vernieuwde instellingen ter plaatse (educatieve centra e.d.) of vanuit de versterking van enkele bestaande instellingen (avondschole, volksuniversiteiten, streekschole);

<sup>16</sup> Beginselennota inzake de volwasseneneducatie, op. cit., blz. 80.

- doelstellingen ontleend aan versterking van de individuele en sociale weerbaarheid of ontleend aan de eisen van het veranderde bedrijfsleven (specialisatie, omscholing);
- beheersvormen aansluitend bij het bestaande particulier initiatief of meer gebaseerd op zelfbeheer in een politiek kader (democratiseringsvoorschriften);
- ondersteuningsinstellingen voor deelnemers als onderdeel van de bestaande belangen van gevestigde instellingen of vanuit de maatschappelijke en politieke belangenorganisaties van de bevolking;
- een omvangrijk opeisbaar aanbod parallel aan de educatieve voorzieningen voor jongeren of een minimaal basisaanbod met politieke discussies op plaatselijk vlak over prioriteiten met betrekking tot het aanvullend aanbod;
- rechtspositieregelingen, bevoegdheidseisen, kwaliteitseisen en dergelijke.

Het debat over deze en dergelijke problemen is in de politieke partijen en in de volksvertegenwoordiging nog maar nauwelijks begonnen. De Beginselennota handhaaft de bestaande situatie van drie regimes met drie budgettaire verantwoordelijkheden. De gemeente wordt in de Beginselennota de taak toebedacht van inventarisatie van behoeften aan activiteiten/voorzieningen, ook die waarvoor de gemeente geen rechtstreekse verantwoordelijkheid draagt. Deze inventarisatie zal dienen als basis voor de beslissingen op de diverse overheidsniveaus op verschillende terreinen. Een dergelijke wijze van inventarisatie zou een wettelijke grondslag behoeven.

De in 1981 aangetreden minister van Onderwijs fungeert ten aanzien van de volwasseneneducatie als projectminister. Een projectstaf is belast met de uitwerking van een beleidsplan voor basisvoorzieningen voor elementaire educatie, met de voorbereiding van harmonisatie van wet- en regelgeving en van wet- en regelgeving met betrekking tot betaald educatief verlot.

Overigens is er op gemeentelijk niveau toch wel enige voortgang geboekt met de vormgeving van volwasseneneducatie. Onder invloed van de opeenvolgende rijksbijdrageregelingen (eerst vormings- en ontwikkelingswerk, later sociaal-culturele activiteiten) van CRM en voortvloeiend op de welzijnskaderwet, komt in veel gemeenten in Nederland een educatieve planning op gang. Dit leidt niet alleen tot een duidelijker beleid met betrekking tot de volwassenenvorming (die hiervan financieel afhankelijk is), maar ook tot een inventarisatie van andere educatieve activiteiten (onderwijs en scholing) en het aangeven van relaties tot welzijnsterreinen als buurtwerk, opbouwwerk, hulpverlening enzovoort. Een neveneffect is vaak een grotere betrokkenheid van de bevolking en het gebruiken van de inventarisatie als informatie voor de burgerij.

Voor de samenwerkingsverbanden, die door de CBPEN zijn omschreven als educatieve netwerken, wordt op verschillende plaatsen een aanzet gegeven doordat plaatselijke instellingen voor vormingswerk, club- en buurthuiswerk, soms ook avondonderwijs enzovoort zich gezamenlijk presenteren. Er ontstaan plaatselijke samenwerkingsverbanden, verenigingen van instellingen op educatief terrein, overleggroepen en dergelijke. Veelal vervullen zij zowel een functie naar de overheid (inbreng van het veld in de gemeentelijke planning) als naar de deelnemers toe (gezamenlijk aanbod van programma's). In de locaties van de open-schoolprojecten ontstaan dergelijke samenwerkingsverbanden als een draagvlak voor de voortzetting van het open-school-werk.

Het functioneren van deze netwerken zou volgens de CBPEN moeten worden gedragen door de drie betrokken partijen, de gemeentelijke overheid, de bevolking/deelnemers en de uitvoerende instellingen, uitgaande van een publiek-democratisch model. Grondslag is gemeentelijke planning van educatieve activiteiten. Daarnaast zouden centrale elementen in de planning niet kunnen worden ontbeerd. Deze hebben vooral te maken

met de kwaliteit van het aanbod en de omvang van het basisaanbod (zie hiervoor), met rechtszekerheid en met algemene maatschappelijke behoeften. Door de inbreng van deze centrale elementen zou een minimale infrastructuur van praktische leermogelijkheden op plaatselijk uitvoerend niveau verzekerd kunnen worden, c.q. tot stand kunnen komen. Hier zitten echter ook enkele knellende politieke discussiepunten: de reikwijdte van de wetgeving, het al of niet blijven honoreren van verworven rechten (van onder meer het avondonderwijs, in de Wet op het Voortgezet Onderwijs), de omvang van het basisaanbod, de vrije beleidsruimte van de gemeente, de voorkeur voor uitvoering door het (bestaande) particulier initiatief.

Het begrip educatief netwerk kwam in de plaats van het voordien door de CBPEN gehanteerde begrip educatief centrum, waarmee uitdrukking werd gegeven aan een grotere terughoudendheid ten aanzien van de rol van de overheid, het zoeken van aansluiting bij bestaande voorzieningen, minder nadruk op (verplichte) samenwerking waarvoor in de plaats de nadruk op samenhang, en aarzelingen ten opzichte van de wenselijkheid van een nieuw instituut met uitvoerende taken (de educatieve centra). Toch zijn er in de laatste jaren in een aantal plaatsen educatieve centra opgericht. Soms gebeurde dit om een instelling te krijgen voor de uitvoering van activiteiten, daar waar geen of nauwelijks een aanbod was. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in Venray, Goes, Heerenveen. Soms ging het om een platform van bestaande instellingen voor gezamenlijke informatie en advisering en/of voor overleg over samenwerking in het aanbod. Voorbeelden daarvan zijn de initiatieven in Hengelo en Purmerend. Ook gebeurt het dat bestaande instellingen door taakverbreding uitgroeien tot een educatief centrum.

De ondersteuningsstructuur van de volwasseneneducatie is gebrekkig en versnipperd. Op landelijk niveau zijn verschillende ondersteuningsinstellingen werkzaam: voor deelfuncties (zoals onderzoek en documentatie, statistiek enz.) en voor deelsectoren of themagebieden (zoals politieke vorming, kunstzinnige vorming, milieu-educatie). Bovendien is er de ondersteuning gekoppeld aan landelijke koepelorganisaties per werksoort. De behoefte aan ondersteuning is met de groei van het werk zelf duidelijk gestegen. Doordat er geen systematisch beleid is, worden er steeds meer ad hoc oplossingen gekozen. In eerste instantie voldoen die goed omdat ze dicht bij de praktijk ontstaan. Er treedt echter een zelfstandiging en versnippering op die inefficiënt werkt, aanleiding geeft tot overlapping en conflicten, te weinig rekening houdt met schaars potentieel en niet of nauwelijks ingepast kan worden in een op de toekomst gericht beleid.

## **6.4 Evaluatie**

Eerst wordt een algemeen overzicht gegeven van effecten van volwasseneneducatie zoals die uit onderzoek en literatuur naar voren komen. Daarna vindt in paragraaf 6.4.2 een evaluatie plaats van doelstellingen en middelen, i.c. van het 'systeem' van de volwasseneneducatie.

### **6.4.1 Ontwikkelingen in de effecten**

Van de effecten van educatie is het enige dat betrekkelijk gemakkelijk en eenduidig is vast te stellen het rendement in termen van uitval, diploma's enz.. Toch zijn hierover in de volwasseneneducatie nog maar beperkt gegevens voorradig, die vaak ook eenmalig verzameld zijn en dus over ontwikkelingen geen uitsluitsel geven.

In een overzicht van Duits en Amerikaans onderzoek<sup>17</sup> komt Schroeder (1980) tot de conclusie dat het aantal deelnemers dat een cursus in de volwasseneneducatie voortijdig beëindigt, in het algemeen tussen een derde en de helft ligt. De voornaamste voorspellende factor vormt onregelmatige deelname. Van een verband met lagere sociale status, minder vooropleiding of beroep is in het algemeen geen sprake. Minder vooropleiding houdt wel verband met meer uitval bij taalcursussen en bij langdurige cursussen (langer dan een half jaar). Oudere deelnemers blijken een cursus minder voortijdig af te breken. Persoonlijke omstandigheden van deelnemers en organisatie van de cursus, kenmerken van cursusleiders en dergelijke zijn van meer invloed.

Enkele Nederlandse gegevens:

1. In het avondonderwijs-AVO/VWO haalt circa 65% niet de eindstreep, dat wil zeggen een geslaagd eindexamen. Bij het vergelijkbare jongerenonderwijs ligt dit tussen 20 en 30%; bij het middelbaar beroepsonderwijs voor jongeren tussen 40 en 50%. Het schoolrendement in het dagonderwijs voor volwassenen lijkt gunstiger te liggen. De eerste onderzoeksresultaten wijzen uit dat ruim de helft van de dagcursisten (51%) haar of zijn studie met goed resultaat afsluit. Het 'lagere' rendement van het avondonderwijs dient op vier manieren gerelativeerd te worden:

a. voor veel deelnemers blijkt het eerste trimester een soort oriëntatieperiode. De uitval na drie maanden ligt op ongeveer 30%. Daarna is de uitval niet aanmerkelijk hoger dan in het jongerenonderwijs;

b. de investering van de overheid in het avondonderwijs is ongeveer de helft van die in het vergelijkbare jongerenonderwijs (bedragen per leerling);

c. het persoonlijke rendement voor volwassenen ligt niet alleen en bij sommigen ook niet bij voorbaat in het behalen van een diploma. Het rond 1978 ingevoerde certificatenstelsel zal de rendementscijfers nog meer moeten differentiëren. Voor ruim 4/5 van de stakers heeft de studie naar eigen zeggen wel wat opgeleverd;

d. het rendementscijfer ligt hoger dan in het enig aanwezige alternatief, namelijk het schriftelijk onderwijs.

2. In het schriftelijk onderwijs is de drop-out, tot en met het examen, tussen 80 en 85%. Dit geldt echter alleen voor de cursussen voor MAVO/HAVO/VWO. Bij de relatief kortere beroepsgerichte cursussen en de talencursussen met een eigen certificaat is de drop-out aanmerkelijk lager (resp. 20 à 30%). Behalve de lengte van de cursus speelt ook het ontbreken van een 'school'-examen bij de AVO-VWO-opleidingen een rol. Het deelnemen aan aanvullende mondelinge lessen, wat veel cursisten wel willen, blijkt voor de meesten op praktische problemen te stuiten. Aan het begin van de cursus is 39% van plan mondelinge lessen te volgen (46% weet het nog niet), maar na 8 maanden heeft slechts 8% dit gerealiseerd en heeft al 40% de studie gestaakt.

3. Vergeleken met deze cijfers vallen de uitstapperspercentages in de open-school-proef gunstig uit. Gemiddeld is het percentage 27% over de periode van de eerste twee jaar in de proef, en van deze 'vroegtijdige stoppers' is 70% gericht op doorstroming naar verdere vormen van volwasseneneducatie. Bij de jong-volwassenen ligt het aantal stoppers hoger: circa 40%, maar hiervan stapt 90% over naar andere vormen van volwasseneneducatie. Na de aanlooptijd en na een verandering in het curriculum in 1979/'80 is de drop-out teruggebracht tot ongeveer 13%.

4. Op andere terreinen van de volwasseneneducatie in Nederland is tot nu toe geen systematisch onderzoek verricht naar het drop-out-verschijnsel. Uit vergelijking met buitenlands onderzoek en uit casestudies mag verondersteld worden dat de uitval in meerjarige cursussen

---

<sup>17</sup> H. Schroeder, 'Dropout-Forschung'; *Taschenbuch der Weiterbildungsforschung*, aangehaald in G. van Enckevort, op.cit., blz. 211.

part-time (beroeps-)onderwijs in het algemeen boven de 50% ligt. Als de cursus korter is of wanneer er meer begeleiding of groepsdwang is (bijv. in het parttime sociaal-pedagogisch onderwijs) ligt dit percentage waarschijnlijk lager; in het (meer geïndividualiseerde) schriftelijk onderwijs hoger.

5. Uitval is een aspect van een breder nonparticipatieprobleem. Hierover hebben Doerbecker, Geurts en Doets gegevens verzameld in het vormings- en ontwikkelingswerk<sup>18</sup>. Zij komen tot de conclusie dat ongeveer één op de tien deelnemers in eigen ogen en/of naar het oordeel van groepsleiding of mede-deelnemers weinig of bijna niet meedoet. Waar de affiliatiebehoeften en de conditionele motivaties een grote rol spelen (naar blijkt uit veel onderzoek), mag gesteld worden dat deze vorm van non-participatie negatief is voor het persoonlijk welbevinden of in veel gevallen althans niet tegemoet komt aan de verwachtingen waarmee men een cursus begint. Subjectieve maatstaven (bevredigend meedoen, meelevens, op je gemak voelen, doen wat men zich had voorgesteld) wijzen ook uit dat 10% 'problematisch deelnemer' is, en dat daarboven nog tussen 15 en 25% geen positieve uitspraken over z'n deelname doet. Persoonlijke kenmerken, groepskenmerken en de persoon van de groepsleider blijken hierbij van meer invloed dan externe sociale factoren zoals milieu of geslacht of vooropleiding.

Effecten in termen van maatschappelijke functies en individueel welzijn zijn veel moeilijker vast te stellen dan de output. In algemene zin is iedereen overtuigd van het grote maatschappelijke belang van onderwijs. Zowel uit Nederlands als uit Duits onderzoek komt naar voren dat circa 80% van de bevolking de volwasseneneducatie als de moeite waard beschouwt. In theoretische analyses en empirisch onderzoek worden als de voornaamste functies van de volwasseneneducatie de volgende genoemd:

- volwasseneneducatie verzorgt technisch-instrumentele kwalificaties van arbeidskrachten;
- volwasseneneducatie zorgt voor socialisatie van volwassenen, namelijk een loyaliteit met betrekking tot eisen en verwachtingen van de maatschappelijke orde, identificatie met autoriteitsstructuren;
- volwasseneneducatie dient als rechtvaardiging van de verdeling van sociale status en posities: alleen wie bepaalde vormen van onderwijs en opleiding heeft genoten heeft aanspraak op bepaalde posities, volwasseneneducatie geeft de belofte te kunnen stijgen en heeft daarmee een 'troost-effect';
- volwasseneneducatie vangt crisissen op de arbeidsmarkt op door tijdelijke ontlasting of sturing 'parkeer'functie);
- volwasseneneducatie biedt een nieuwe zingeving en nieuwe identiteiten in een samenleving die instabiel is geworden (ideologie-kritische functie).

De confrontatie van de in paragraaf 6.2 genoemde legitimaties met deze functies kan wat ontnuchterend werken, in het bijzonder wat betreft de rol van volwasseneneducatie in de vermindering van sociale ongelijkheid. Er valt echter ook te wijzen op de doorwerking op langere termijn, met name op de kinderen van ouders die in de volwasseneneducatie een ervaren tekort aan ontwikkeling aanvullen. Hierover zijn geen onderzoeksgegevens.

---

<sup>18</sup> C. Doerbecker en J. Geurts; *Het non-participatie-, isolatie- en uitvalsprobleem in het educatieve werk*; Amersfoort, NCVO, 1973; C. Doerbecker en C. Doets, *Non-participatie bij vormingsgroepen*; Amersfoort, NCVO, 1974. Beide aangehaald in G. van Enckevort, op.cit., blz. 212.

Volwasseneneducatie kan zowel positieve als negatieve effecten hebben voor het individueel welzijn. Voor veel deelnemers is volwasseneneducatie vooral belangrijk als zelfontplooiing, als mogelijkheid om eerder onbenutte talenten te ontwikkelen, en levert zij een bijdrage aan de mogelijkheden voor welzijnsbeleving in andere sectoren (sociaal-cultureel werk, bibliotheken etc.) en aan emancipatie in de privésfeer (het gevoel te kunnen 'meepraten'). Daar staat tegenover dat volwasseneneducatie kan leiden tot onrust of onbehagen als gevolg van bewustwording van onvrije situaties waarin weinig verandering te brengen is of tot hoge verwachtingen omtrent maatschappelijke kansen door een betere opleiding, die niet bewaarheid worden. Veel uitvallers van de volwasseneneducatie hebben het gevoel van de zoveelste mislukking; maatschappelijke ongelijkheden worden tot gevoelens van individueel falen.

#### 6.4.2 *Globale evaluatie van doelstellingen en middelen*

Recent is er vanuit verschillende bevolkingsgroepen en met verschillend leerdoel een grote toeloop ontstaan naar educatieve voorzieningen voor volwassenen, waarvan aantal en gevarieerdheid aanzienlijk zijn genomen. De verwachting is dat deze groei zich zal voortzetten en een dergelijke ontwikkeling wordt in het algemeen positief beoordeeld. Volwasseneneducatie is verklaard tot voorwerp van overheidszorg, geplaatst in het kader van permanente educatie en wederkerende educatie, de instelling van een leerrecht en betaald educatief verlov zijn in discussie.

In de doelstellingen die voor de volwasseneneducatie worden geformuleerd (zie par. 6.2), zijn de in paragraaf 2.1 verwoorde doelstellingen van individueel en maatschappelijk welzijn terug te vinden, al krijgen de abstracte doelen wel een verschillende inhoud naar gelang zij binnen verschillende visies op de samenleving figureren. Individueel welzijn vindt men terug als ontplooiing van talenten, van wendbaarheid in de zin van vergroting van keuzevrijheid, en van weerbaarheid; gelijkheid als gelijke toegang tot voorzieningen, vermindering van ongelijkheid in educatief opzicht, maar ook als bijdrage tot emancipatie en democratisering; integratie als sociale participatie en stabiliteit voornamelijk als het op peil houden van kennis en bekwaamheden van het arbeidspotentieel. Ook al is volwasseneneducatie op zich niets nieuws, de uitbreiding van het educatieve bestel met voorzieningen voor grote aantallen volwassenen is dat wel, zeker als deze gekoppeld wordt aan leerrecht en betaald educatief verlov. De vraag naar de verhouding van volwasseneneducatie tot de educatie in de jeugd vloeit hier logisch uit voort. Het verschil ligt vooral in de bijdrage aan de doelstellingen van sociale integratie en sociale stabiliteit. In de volwasseneneducatie zal meer nadruk liggen op verandering en pluriformiteit, in de jeugdeducatie op continuïteit en uniformiteit. In de volwasseneneducatie heeft altijd al een sterk accent gelegen op cultuurvernieuwing; sociale en culturele veranderingen mogen geacht worden een belangrijke impuls te zijn voor de huidige groei. Deze veranderingen brengen met zich mee dat educatieve behoeften per individu ('ontplooiing') en groep uiteenlopen. Hoewel ook de jeugdeducatie zich tot op zekere hoogte zal aanpassen aan maatschappelijke veranderingen, is dit wat het onderwijs betreft een moeizaam verlopend en aan nauwe grenzen gebonden proces. Onderwijs is op vele manieren vervlochten met maatschappelijke en groepsbelangen, die zijn en worden vastgelegd in tal van structuren zoals organisatiestructuren, examenregelingen, overlegstructuren, financiële en rechtspositieregelingen enzovoort. Deze tendens is de laatste tijd nog versterkt doordat het eertijds hoofdzakelijk administratief beleid van de overheid steeds meer plaats maakt voor een constructief beleid, waarvoor de overheid nieuwe structuren in het leven roept. Dit maakt het jeugdonderwijs moeilijk veranderbaar. Toch is dat niet alleen maar een nadeel. Continuïteit in de overdracht van cultuur aan een nieuwe genera-

tie is ook een vereiste daar immers verschillende generaties samen moeten leven en samen moeten werken. Uniformiteit in de cultuuroverdracht aan een jonge generatie is eveneens noodzakelijk. Zeker in een maatschappij als de onze waar vrijwel iedereen in allerlei rollen met vele anderen te maken heeft, is een gemeenschappelijke basis nodig.

De nadruk op verandering en pluriformiteit in de volwasseneneducatie laat zich meteen vertalen in de noodzaak van flexibiliteit van het aanbod. Wat dat in concreto betekent zal in de volgende paragrafen blijken.

Dat de volwasseneneducatie ook een functie krijgt toegemeten in de vermindering van verschillende uitingen van sociale ongelijkheid bleek in paragraaf 6.2. In welke verhouding volwasseneneducatie en jeugdonderwijs in dit opzicht gezien moeten worden is niet in algemene zin te zeggen. In de volgende paragrafen wordt dat in specifieke zin uitgewerkt.

Spreeken over 'de volwasseneneducatie' suggereert dat er hier sprake zou zijn van een samenhangend systeem, terwijl de term in feite een etiket is voor een groot aantal educatieve voorzieningen zonder enig onderling verband. Dit wordt door vele betrokkenen als een bezwaar gezien voor de verwezenlijking van de doelstellingen. Zowel inhoudelijke als methodische integratie van educatieve activiteiten die door verschillende instellingen worden aangeboden, wordt noodzakelijk geacht, maar wat men ziet als een versnippering en verkokering van het aanbod staat daaraan in de weg. Op het niveau van de landelijke overheid is er evenmin eenheid van beleid. Er bestaat een spanningsverhouding tussen de drie voornaamste betrokken ministeries. Het gemeenschappelijk beleid beperkt zich tot een aantal experimentele projecten. Ook uit een ander oogpunt wordt de vraag actueel of naar een samenhangend systeem van volwasseneneducatie moet worden gestreefd. De groeiende vraag betekent een kostenverzwaring. Hoewel de verantwoordelijkheid voor de volwasseneneducatie, die de overheid op zich genomen heeft, niet inhoudt dat zij de volledige bekostiging draagt, zullen de aan de overheid gestelde verwachtingen en eisen toenemen. Dat zal onvermijdelijk een afweging tussen verschillende educatieve behoeften of tussen educatieve en andere behoeften noodzakelijk maken. Deze afweging zal de minste nadelen opleveren als het stelsel zo doelmatig mogelijk functioneert.

Om deze redenen maakt de WRR de vraag tot de zijne, of naar een samenhangend systeem van volwasseneneducatie moet worden gestreefd, van welke aard de samenhang c.q. differentiatie moet zijn en waar de grenzen moeten worden getrokken. Daarbij worden ook uitspraken gedaan over interpretatie van en prioriteiten tussen doelstellingen. De behandeling wordt toegespitst op de bestuurlijke en beleidsmatige consequenties voor de drie voornaamste betrokken ministeries, met name wat betreft de verantwoordelijkheid voor beheer en financiering van de volwasseneneducatie.

## **6.5 Nadere uitwerking**

### **6.5.1 *Begrenzing, differentiatie en samenhang***

Een eventueel stelsel van volwasseneneducatie is te begrenzen door

- educatie te onderscheiden van andere welzijnsvoorzieningen, zoals informatie, voorlichting;
- volwasseneneducatie te onderscheiden van jeugdeducatie;
- educatie als zelfstandig doel van een organisatie te onderscheiden van educatie die ondergeschikt is aan een ander organisatiedoel, zogenaamde ingebouwde educatie.

Voor de interne samenhang dan wel differentiatie van de volwasseneneducatie zijn de volgende onderscheidingen thans belangrijk:

- die tussen voorzieningen voor onderwijs, voor scholing en voor vorming en ontwikkeling;
- binnen de scholing die tussen bedrijfsinterne en bedrijfsexterne scholing;

— binnen het onderwijs die tussen algemeen en beroepsonderwijs en die tussen open onderwijs en onderwijs dat eisen stelt aan vooropleiding;

— binnen de vormings- en ontwikkelingsvoorzieningen die tussen algemene en voor bepaalde groepen bestemde.

Men heeft de keuze uit verschillende regelingsmogelijkheden. Zo kan men zich de volwasseneneducatie voorstellen ondergebracht in de Kaderwet Specifiek Welzijn, maar ook met het jeugdonderwijs in de onderwijswetgeving. Andere mogelijkheden zijn een aparte sector met eigen wettelijke regelingen of het voortduren van de bestaande situatie, waarbij educatieve voorzieningen onder verschillende ministeries vallen. In het laatste geval moet toch de noodzaak onder ogen worden gezien van een harmonisatie van regelingen met betrekking tot zaken als kwaliteit, personeel, bekostigingsvoorwaarden. Is een samenhangende planning een vereiste, op centraal en/of decentraal niveau?

Het vaststellen van de noodzaak van een zekere samenhang en differentiatie in voorzieningen gaat vooraf aan het vaststellen van de noodzaak van een samenhangend beleid en wordt bepaald door de vraag of met het bestaande patroon van voorzieningen functies adequaat kunnen worden vervuld. Op voorhand is te zeggen dat deze samenhang niet het karakter van een rigide organisatie mag dragen. Immers, de volwasseneneducatie is nog volop in ontwikkeling. Veeleer gaat het erom te voorkomen dat het voorzieningenpatroon zich zodanig ontwikkelt dat bepaalde functies onvoldoende kans krijgen.

In de volgende paragrafen worden maatschappelijke en individuele welzijnsdoelen c.q. -effecten betrokken op de educatieve voorzieningen. Daaruit worden conclusies getrokken omtrent de functionaliteit van bestaande scheidslijnen tussen voorzieningen.

In de volwasseneneducatie ligt grote nadruk op de vermindering van ongelijkheid 'tweede kans', 'inhalen van achterstanden'). Daarom wordt deze doelstelling als uitgangspunt genomen (paragraaf 6.5.2). Andere maatschappelijke en individuele doelstellingen die samenhangen met sociale integratie en sociale stabiliteit, worden in paragraaf 6.5.3 voor de arbeids sfeer en in paragraaf 6.5.4 voor de publieke en privésfeer behandeld. Daarmee worden ook de conclusies uit paragraaf 6.5.2 over ongelijkheid in verband gebracht. In paragraaf 6.5.5 wordt het grensgebied van volwasseneneducatie en jeugdeducatie onderzocht.

#### *6.5.2 Functies van de volwasseneneducatie voor het compenseren van achterstanden*

De voorzieningen die nu onder de noemer volwasseneneducatie zijn gebracht, lopen uiteen naar oorsprong en ontwikkeling. Vele ervan echter, zowel oude als nieuwe, hebben ten doel ervaren tekorten in ontwikkeling aan te vullen, tekorten die ontstaan zijn omdat men om welke reden dan ook onvoldoende heeft gebruik gemaakt van het jeugdonderwijs. Nader inzicht in de aard van deze vraag is nodig om vast te stellen of deze tijdelijk of blijvend is en of de bestaande voorzieningen de compenserende functie vervullen.

Als men spreekt over achterstand of over gebrek aan kansen verwijst men naar een norm — een norm overigens die verschuift met de stijging van het algemene opleidingsniveau. Er zijn twee verschillende normen. De ene is absoluut en individueel toe te passen, de andere is relatief en slechts op geaggregeerd niveau toe te passen.

De absolute norm betreft het niveau van ontwikkeling waaronder men geacht wordt belemmeringen te ondervinden in het zelfstandig behartigen van eigen zaken in allerlei situaties. Beneden deze norm vallen in elk geval personen die functioneel analfabeet zijn en personen die slechts (onvolledig) lager onderwijs hebben genoten. Personen die een onvolledige lagere beroeps- of MAVO-opleiding hebben worden ook meer en meer tot deze categorie gerekend omdat zij een tekort aan arbeidskwalificaties hebben. Vrouwen en buitenlanders zijn in deze cate-



gorieën sterk vertegenwoordigd. De relatieve norm wordt ontleend aan vergelijking van de deelneming door verschillende groepen aan het onderwijs op de diverse niveaus. Dan blijken groepen uit lagere sociale-economische milieus, vrouwen en buitenlanders zwak of nauwelijks vertegenwoordigd op de hogere trappen van onderwijs. Ten gevolge daarvan zijn de maatschappelijke kansen, dat wil zeggen kansen op een voordelige beroepspositie, ongelijk verdeeld. Oorzaken van het opleidingstekort liggen bij ouderen en daarvan weer vooral bij vrouwen, voor een belangrijk deel in de materiële en sociale belemmeringen voor het volgen van onderwijs in hun jeugd. Onder de jongeren zullen er veel meer zijn die tijdens de eerste onderwijsweg afgehaakt hebben omdat zij de opleiding niet konden of wilden volbrengen. Bij meisjes is op verschillende niveaus van onderwijs — naar gelang het sociale milieu — het rolconflict doorslaggevend voor het afbreken van hun opleiding. Bij buitenlanders zullen zowel materiële als sociaal-culturele oorzaken een rol spelen.

Op de duur zal de inhaalvraag — voortkomend uit financiële belemmeringen in de jeugd — verminderen. De weg door het onderwijs is lang en vaak frustrerend, zeker als men meermalen struikelt en gedwongen is naar een lager onderwijstype te verhuizen<sup>19</sup>. De afhankelijke positie van de oudere leerlingen in het voortgezet onderwijs steekt vreemd af tegen de grote autonomie die zij daarbuiten genieten. De jongeren die er de brui aan geven, zijn degenen die zich in het jeugdonderwijs niet thuis voelen, waarbij een belangrijke reden kan zijn dat hun capaciteiten te kort schieten om het huidige onderwijs met vrucht te volgen. Deze groep die nu ook voorkomt onder de cliëntèle van de volwasseneneducatie<sup>20</sup>, zal daarin in de toekomst een relatief grotere plaats gaan innemen.

De onderwijsbehoefte van de vrouwen zal zich verplaatsen. Zij zijn hun achterstand in het algemeen voortgezet onderwijs aan het inhalen, maar de inhaalmanoeuvre stopt bij het beroepsonderwijs<sup>21</sup>. Naarmate vrouwen zich dit als een tekort bewust worden, zal de vraag naar beroepsonderwijs voor volwassenen groeien. Voor buitenlanders zal de situatie in de komende tijd weinig veranderen.

De te verwachten verschuivingen in de vraag, zoals hier gesignaleerd, duiden op de noodzaak het systeem flexibel te houden.

In de genoemde tekorten probeert men te voorzien met uiteenlopende vormen van volwasseneneducatie. Er ontstaan naar inhoud en methode nieuwe voorzieningen voor de groepen die een absoluut tekort aan ontwikkeling hebben. Alfabetiseringscursussen, VOS-cursussen (Vrouwen Oriënteren zich op de Samenleving), Open School, ouders-op-herhaling, 'moeder-MAVO' mikken op een vergroting van de redzaamheid in de publieke en privésfeer. Deze cursussen beantwoorden, voor zover na te gaan, aan het doel. Voor zover er gegevens zijn over het rendement bieden die vergelijkenderwijs een gunstig beeld. De cursussen verschillen wat betreft bestuurlijk onderdak, bestaanszekerheid en financiering.

Scholing op een Centrum voor Vakopleiding voor Volwassenen of ingevolge de Studiekostenregeling Werkzoekenden zijn maatregelen in het kader van het arbeidsmarktbeleid en niet primair bedoeld om achterstanden op te heffen. Plaatsing op de Centra loopt via de arbeidsbureaus en het is gebleken dat plaatsing relatief minder wordt toegepast bij hen die geen beroepsonderwijs hebben gevolgd en bij groepen die structureel een kwetsbare positie innemen op de arbeidsmarkt (vrouwen en ouderen). Het Centrum voor Vakopleiding voor Volwassenen blijkt een

<sup>19</sup> P.N. Karstanje, 'Onderwijs en welzijn van de 12- tot 16-jarigen'; *Educatie en Welzijn*, Voorstudies en Achtergronden V24, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 69-138.

<sup>20</sup> M. de Goede en R. Hoksbergen (red.), *Onderwijs aan volwassenen*; Groningen, Wolters-Noordhoff, 1979, blz. 75.

<sup>21</sup> P.N. Karstanje, op. cit..

soort herkansing te zijn voor hen die gedeeltelijk beroepsonderwijs hebben gevolgd: het gevolgd hebben van een cursus verhoogt de plaatsingskans wel<sup>22</sup>, maar de aanvankelijke kansverschillen worden niet opgeheven. Uit een oogpunt van effectiviteit als arbeidsmarktmaatregel is een selectief plaatsingsbeleid wel terecht, uit een oogpunt van gelijk-gerechtigdheid is het discutabel. In het algemeen zullen naarmate het arbeidsoverschot groter is, deze maatregelen minder soulaas bieden voor de groepen waarvoor zij bedoeld zijn.

Omdat het Centrum voor Vakopleiding voor Volwassenen niet de meest aangewezen onderwijsvoorziening bleek voor personen met een absolute onderwijsachterstand is een begin gemaakt met de oprichting van Centra voor Beroepsoriëntatie en Beroepsbeoefening. Het is nog te vroeg voor resultaten.

Een enorme uitbreiding ondergaat het avondonderwijs, terwijl daarnaast het dag-avondonderwijs ontstaat. Het eerste omvat het algemeen voortgezet onderwijs en beroepsonderwijs, het tweede algemeen voortgezet onderwijs. Dit onderwijs leidt op voor dezelfde diploma's als het eerste-weg-onderwijs en is daarvan in opzet en inrichting een afspiegeling. De exorbitante groei van dit onderwijs kan niet zonder meer worden opgevat als een bewijs dat de vraag zich vooral hierop richt. Er is namelijk geen sprake van dat de vraag zich articuleert onafhankelijk van het aanbod. Dat er een behoefte bestaat, blijkt uit de gretigheid waarmee van elk nieuw initiatief wordt gebruik gemaakt en uit de snelle uitbreiding van nieuwe vormen van aanbod.

Als we kijken naar de motieven tot het volgen van dit onderwijs, en naar de resultaten, dan wordt de aansluiting tussen vraag en aanbod twijfelachtig. Velen zijn niet uit op een diploma (of rationaliseren een mogelijk falen a priori). Vooral bij vrouwen staat de intrinsieke motivatie voorop. Toch blijkt in de loop van de studie ook bij hen de extrinsieke motivatie meer op de voorgrond te komen. Van degenen die een algemeen voortgezet onderwijs diploma behalen, maakt een groot deel zich op voor voortgezette studies, met name in het beroepsonderwijs<sup>23</sup>.

Hoewel dus lang niet iedereen het onderwijs als middel zegt te zien tot een verder gelegen doel grijpt men toch naar het diploma-onderwijs. Daar kunnen verschillende redenen voor bestaan, zoals:

- bekendheid met dit aanbod,
- educatie is in de voorstelling synoniem met het schoolse onderwijs,
- het verschaft een hogere status,
- het is altijd gemakkelijk een diploma te hebben,
- het kan motiverend zijn om naar een in het zicht liggend doel toe te werken.

Het rendement van het avond-algemeen-voortgezet-onderwijs is niet hoger dan van het initieel algemeen voortgezet onderwijs. Voor schriftelijke cursussen MAVO/HAVO/VWO ligt het aanzienlijk lager. Het rendement van meerjarig parttime beroepsonderwijs ligt lager dan van initieel beroepsonderwijs. Mislukking wordt geweten aan overbelasting en de duur van een studie. Rond 1978 heeft men in het algemeen voortgezet onderwijs het certificatenstelsel ingevoerd - studie en diploma per vak - waarvan druk gebruik gemaakt wordt.

Men mag echter aannemen dat bij een deel van de studenten de leermoeilijkheden uit de jeugd zich herhalen. Als voldaan is aan de inhaalvraag van hen die in het verleden ondanks capaciteiten geen kansen hadden, dan zal het rendement waarschijnlijk nog verminderen.

<sup>22</sup> Althans bij de onderzochte jaargangen, 1972 en 1975. J.H.I.W. Diederens, H.A.J. Koekenbier, G.M.J.M. van Rossum en H.J.P.M. Verijdt, *Effecten van scholingsmaatregelen*; 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale Zaken, juli 1979.

<sup>23</sup> Studiecentrum NCVO, *Het avondonderwijs onderzocht; Eindrapportage van een onderzoek onder scholieren en leraren van het avond-MAVO, -HAVO en -VWO*; SVO-reeks nr. 28, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.

In het licht van motivatie en rendement wordt de traditionele uit het jeugdonderwijs overgenomen leerweg en de daarbij passende selectiviteit een dubieus middel voor het inhalen van achterstanden. Voor degenen die geen diploma beogen voor gebruik in het arbeidsbestel, is het niet halen ervan wellicht een persoonlijke frustratie maar het heeft geen zakelijke gevolgen. Voor degenen die dat wel beogen, is het een duidelijke streep door de rekening. Maar welke waarde heeft een diploma algemeen voortgezet onderwijs op de arbeidsmarkt? En heeft de volwasseneneducatie een functie voor het arbeidsbestel waarmee de traditionele inrichting en selectiviteit van het volwassenenonderwijs — het algemene en het beroepsonderwijs — kan worden gerechtvaardigd?

Deze laatste vraag wordt in paragraaf 6.5.3 beantwoord. Het antwoord op de eerste vraag is dat die waarde steeds minder wordt. Enerzijds is er het voortdurend stijgende tekort aan arbeidsplaatsen, anderzijds is het aanbod van schoolverlaters met middelbare (en dan vooral algemeen voortgezette) en hogere opleidingen aanzienlijk toegenomen en groeit het nog steeds. Volwassenen die door middel van volwassenenonderwijs een entree op de arbeidsmarkt zoeken, moeten met hen concurreren. Het volwassenenonderwijs scheidt zo een aanbod waarvoor in toenemende mate geen arbeidsplaatsen voorradig zijn. De concentratie op (vormingswerk en) algemeen voortgezet onderwijs kan maken dat het aanbod van vooral vrouwen enige tijd latent blijft. Volwasseneneducatie kan een tijdlang mensen aan de arbeidsmarkt onttrekken en vervult zo een 'parkeerfunctie' waardoor de druk op de arbeidsmarkt vermindert. Al dan niet welbewust worden deze problematische aspecten verdoezeld in rechtvaardigingen voor volwasseneneducatie vanuit motieven van individueel welzijn zoals 'persoonlijke verrijking'.

De eisen die het huidige volwassenenonderwijs aan de cliënten stelt en de verwachtingen die het scheidt, stroken geenszins met de reële mogelijkheden op de arbeidsmarkt.

In dit verband moet ook gewezen worden op de betekenis die aan onderwijs toegekend wordt voor de verdeling van persoonlijke arbeidsinkomens. Vooral Tinbergen heeft op grond van theoretische analyse en empirisch onderzoek de mogelijkheid onder de aandacht gebracht van geleidelijke nivellering van inkomens met behulp van een vergroting van het onderwijsaanbod<sup>24</sup>. Slechts voor zover de volwasseneneducatie leidt tot een betere aansluiting van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt, mag hiervan een nivellerende invloed op de arbeidsinkomens worden verwacht en daarmee een bijdrage aan beperking van sociale ongelijkheid. Deze aansluiting is het onderwerp van de volgende paragraaf.

### 6.5.3 *Functies van de volwasseneneducatie in de sfeer van de arbeid*

De educatieve voorzieningen voor volwassenen die bedoeld zijn om een socialiserende en een selectie- en allocatiefunctie te vervullen voor het arbeidsbestel zijn het avondonderwijs, algemeen en beroeps, het dag-avondonderwijs, bedrijfsinterne en bedrijfsexterne scholingsvoorzieningen. Voorts bestaan er vele cursussen op commerciële basis. Als men een leeftijdscriterium aanlegt, bijvoorbeeld 18 jaar, is een groot deel van het reguliere beroepsdagonderwijs ook volwasseneneducatie. Dit betreft wetenschappelijk onderwijs, hoger beroepsonderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en leerlingwezen. Een dergelijk formeel criterium is echter van elke zin ontbloot, zolang niet is aangetoond dat het samenvalt met sociale of psychologische criteria.

Voor het individu moeten deze voorzieningen entree of mobiliteit op de arbeidsmarkt mogelijk maken. Voor het arbeidsbestel gaat het om het

---

<sup>24</sup> J. Tinbergen, *Income distribution*; Amsterdam, Noordhollandsche Uitgeversmaatschappij, 1975.

aanpassen van mensen aan veranderende eisen op de arbeidsplaats en om het geschikt maken van mensen voor een (andere) arbeidsplaats. Van belang zijn dus de ontwikkelingen in het arbeidsbestel en hun implicaties voor de volwasseneducatie. De dynamische relatie tussen arbeidsbestel en educatie wordt eerst in algemene zin behandeld, waarna specifieke consequenties voor de verschillende vormen van volwasseneducatie getrokken worden. Hierbij wordt ook de in de vorige paragraaf gestelde vraag betrokken of de traditionele inrichting en selectiviteit van het volwassenenonderwijs kan worden gelegitimeerd met zijn functie voor het arbeidsbestel.

De schakel tussen onderwijssysteem en arbeidssysteem is de arbeidsmarkt, dat wil zeggen alle processen en relaties waardoor vraag en aanbod worden uitgewisseld. De gangbare voorstelling van de relatie tussen onderwijssysteem en arbeidsbestel is die van een rechtstreekse binding: het algemeen onderwijs selecteert naar niveau; eenmaal geselecteerd krijgt men een opleiding die de noodzakelijke beroeps-kwalificaties aanbrengt<sup>25</sup>; het spel van vraag en aanbod beweegt zich binnen de door de kwalificaties gestelde grenzen.

Deze opvatting blijkt niet houdbaar. Het onderwijssysteem en het arbeidsbestel ontwikkelen zich in hoge mate autonoom ten opzichte van elkaar. Opleidingen worden slechts globaal afgestemd op functie-eisen, deelmarktgrenzen op de arbeidsmarkt zijn vaag. Het is ook niet zinvol en vaak nauwelijks uitvoerbaar om opleidingen die enige jaren duren, nauwkeurig af te stemmen op beroeps- en functie-eisen die ten gevolge van economische, technische en organisatorische ontwikkelingen veranderen, soms zelfs in hoog tempo. Er zijn bovendien allerlei mechanismen die als een schakel tussen onderwijssysteem en arbeidsbestel fungeren. De arbeidsmarkt, gezien als verzameling van bemiddelingsmechanismen voor vraag en aanbod, heeft een grote mate van flexibiliteit. Zowel vragers als aanbieders van arbeid beschikken over aanpassingsmogelijkheden om eventuele discrepanties tussen aangeboden en gevraagde kwalificaties op te lossen zonder afwenteling op andere systemen<sup>26</sup>. Als zodanig zijn aan te merken:

- aanpassingen in de verwachtingen bij de aanbieders;
- processen van mobiliteit en substitutie, waarbij eventueel omscholing een rol speelt;
- het ontstaan van een bedrijfsinterne arbeidsmarkt met eventueel bedrijfsinterne scholing;
- aanpassingen in de arbeidsplaatsenstructuur.

Toch werken deze mechanismen onvoldoende of worden zij onvoldoende benut.

Het ligt in de rede educatieve voorzieningen voor volwassenen (mede) als een flexibiliteit verhogend mechanisme te gebruiken. Bestaande voorzieningen verschillen in de mate waarin en de wijze waarop zij behoeften van het arbeidsbestel tot hun richtsnoer maken. Het avondberoeps onderwijs dat door de overheid wordt bekostigd, dupliceert het reguliere beroepsdagonderwijs. Voor de Open Universiteit is door de Commissie Open Universiteit een opzet voorgesteld die afwijkt van het traditionele wetenschappelijk onderwijs. Zij distantieert zich uitdrukkelijk van het kopiëren van universitaire dagopleidingen<sup>27</sup>. Wat daarvan gerealiseerd wordt, moet nog blijken. In het kader van hulp aan werklozen of hulp aan hen die met werkloosheid worden bedreigd, fungeren de Centra

<sup>25</sup> '... Het labyrint van opleidingsmogelijkheden, dat verondersteld wordt in zijn structuur een afspiegeling te zijn van de onder de jeugd voorkomende begaafdheidsniveaus enerzijds en de arbeidsverdeling in de welvaartsstaat anderzijds.' M.A.J.M. Mathijssen, *Klasseonderwijs*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1971, blz. 121.

<sup>26</sup> J.J. van Hoof en J. Dronkers, *Onderwijs en arbeidsmarkt*; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980, blz. 34 e.v..

<sup>27</sup> De Nederlandse Open Universiteit. Eindrapport van de Commissie Voorbereiding Open Universiteit; Tweede Kamer, Zitting 1978-1979, 14 400, nrs. 3-4.

voor Vakopleiding van Volwassenen, de Studiekostenregeling en de Bijdrageregeling scholing in samenwerking tussen overheid en bedrijfsleven. Zij die opgeleid worden in het kader van de beide eerste regelingen behouden een uitkering uit de sociale verzekering; de laatste regeling impliceert een dienstverband van degene die wordt geschoold. Op de vrije markt aangeboden cursussen moeten zich weliswaar richten op een daarnaar bestaande vraag, of zij daarmee ook flexibiliserend werken ten aanzien van de arbeidsmarkt is niet bekend. Bedrijfsinterne scholing wordt sterk geleid door de personeelsbehoeften van een bedrijf. De vraag is of de bestaande differentiatie functioneel is en of al deze voorzieningen onder een stelsel van volwasseneneducatie moeten vallen, waar de overheid (mede) verantwoordelijkheid voor draagt.

Om de voorzieningen te confronteren met behoeften van het arbeidsbestel, is het nodig na te gaan welke ontwikkelingen zich aan de vraagkant van de arbeidsmarkt voordoen, die opleidingsaspecten hebben. De indeling van de arbeidsmarkt, die Van Hoof en Dronkers gebruiken in navolging van Lutz en Sangenberger, sluit goed aan op de indeling van het beroepsonderwijs. Het is een indeling gebaseerd op de voorhanden empirische kennis, die ondanks de grote groei van het arbeidsmarkt-onderzoek nog vele leemten heeft. De arbeidsmarkt wordt door hen verdeeld in drie soorten deelmarkten: de vakdeelmarkten, de bedrijfsdeelmarkten en de niet-specifieke deelmarkten<sup>28</sup>.

Op de vakdeelmarkten komt de aansluiting tussen onderwijs en arbeidssysteem nog het meest overeen met de stereotype voorstellingen hiervan: men wordt expliciet opgeleid voor een bepaald beroepsdomein, vraag en aanbod spelen zich hierbinnen af. Toch bestaan ook hier aansluitingsproblemen, voornamelijk ten gevolge van twee ontwikkelingen: het hoge veranderingstempo in sommige beroepsdomeinen, dat voortdurend beschikbare kwalificaties doet verouderen en nieuwe vereiste kwalificaties doet ontstaan, en de economische structuurveranderingen waardoor sommige domeinen inkrimpen terwijl tegelijkertijd andere uitbreiden. Hierdoor wordt de flexibiliteit van deze deelmarkten een probleem, dat des te dringender is naarmate de opleidingen langduriger en specialistischer zijn. Het uitbouwen van omscholingsmogelijkheden is één methode om de flexibiliteit op deze deelmarkten te vergroten. De verbreding van de vakopleiding is een andere weg waarlangs men de flexibiliteit van dit soort deelmarkten meent te kunnen bevorderen<sup>29</sup>.

Op de bedrijfsdeelmarkten worden veeleer arbeidskrachten met leer- en aanpassingsvermogen gevraagd dan met specifieke beroepstoe-rusting. Het toenemende bedrijfsspecifieke karakter van de noodzakelijke kwalificaties maakt het moeilijk concrete opleidingseisen op de externe markt te stellen. Opleidingseisen worden hier meer gebruikt als 'screening device'. Er is daardoor speelruimte voor substitutie. Bedrijfsinterne scholing wordt toegepast om aan veranderende eisen te beantwoorden. Van Hoof en Dronkers suggereren dat de vraag naar vakmensen op het ogenblik meer voortkomt uit de behoefte aan mensen met brede inzetbaarheid dan aan een vraag naar vakarbeid. Onderbenutting van kwalificaties en verlies van mogelijkheden tot externe mobiliteit achten zij hier gevaren. Om de recrutering op de externe arbeidsmarkt te bevorderen worden thans mengvormen tussen bedrijfsscholing en externe vakopleiding beproefd. De behoefte aan bedrijfsspecifieke kwalificatie-eisen lijkt toe te nemen, wat tot een groeiende betekenis van de bedrijfsdeelmarkten en een uitholling van de vakdeelmarkten leidt.

Op de niet-specifieke deelmarkten worden vrijwel geen specifieke opleidingseisen boven het minimumniveau gesteld. De selectie

---

<sup>28</sup> Van Hoof en Dronkers, op. cit., blz. 69 e.v..

<sup>29</sup> Ibid, blz. 70.

geschiedt voornamelijk op ascriptieve kenmerken zoals leeftijd, sekse, nationaliteit. In vele gevallen bestaat hier een onderbenutting van kwalificaties. De aanbieders moeten noodgedwongen hun verwachtingen omlaag schroeven. Hierin zou alleen aanpassing in de arbeidsplaatsenstructuur verandering kunnen brengen. Onder invloed van technische ontwikkelingen lijkt een soort polarisatietendens op te treden, zowel in industriële als kantoorarbeid: de middenfuncties nemen af, aan de bovenkant en de onderkant vindt een toename plaats.

De volwasseneneducatie is te zien als een van de mechanismen die de flexibiliteit van de allocatie zouden kunnen vergroten. Alvorens deze mogelijkheid wordt onderzocht is het noodzakelijk vast te stellen wat het onderwijs niet kan. Het tekort aan arbeidsplaatsen, de rigide arbeidsplaatsenstructuur en de discriminatie van bepaalde groepen op de arbeidsmarkt veroorzaken ongelijkheid, die door de verwachtingen die het onderwijs schept, verscherpt worden ervaren. Hoogstens kan men een indirecte invloed van het onderwijs op de laatste twee problemen verwachten, namelijk doordat individuen zich gaan weren. Dat zal dan echter collectief moeten gebeuren, wil het enig effect sorteren. Een andere mogelijkheid is dat men zijn verwachtingsniveau aanpast, met de kans op een sterk instrumentele arbeidsopvatting en instabiel arbeidsmarktgedrag. In ieder geval lijkt het onjuist de fictie te continueren dat met een uitbreiding van onderwijsmogelijkheden voor volwassenen de ongelijkheid van maatschappelijke kansen vermindert. Zolang er geen veranderingen optreden in de arbeidsverdeling en de arbeidsplaatsenstructuur wordt aan deze ongelijkheid niet getornd.

Wat het *avond en dag-avondonderwijs* betreft, *algemeen en beroeps*, in de bovenstaande arbeidsmarktanalyse liggen geen argumenten die ervoor pleiten de tweede leerweg een herhaling van de eerste leerweg te doen zijn, integendeel. Op vakdeelmarkten vindt door economische structuurveranderingen inkrimping en uitbreiding van beroepsdomeinen plaats, die herallocatie en omscholing vraagt. Langdurige en specialistische opleidingen voor volwassenen vergroten de flexibiliteit niet. Voor hen die hun arbeid op de in betekenis toenemende bedrijfsdeelmarkten aanbieden, heeft opleiding de functie van een bewijs dat zij iets gepresteerd hebben en derhalve tot meer in staat zijn, maar zij hebben geen behoefte aan de traditionele beroepskwalificaties.

Diploma's en niveaus blijven noodzakelijk zowel uit oogpunt van de selecterende arbeidsorganisatie als van de cliënt die een tastbaar resultaat beoogt. De diploma's behoeven echter niet dezelfde kwalificaties te dekken als die van het eerste-weg-onderwijs. Het gaat om soortgelijke maar niet om exact gelijke maatschappelijke mogelijkheden. Of opleidingen als gelijkwaardig of ongelijkwaardig worden beschouwd is in de praktijk meer het gevolg van tradities, onderwijsstructuur en regelingen op de arbeidsmarkt dan van objectieve vergelijking. Het is meer een zaak van wat maatschappelijk als gelijkwaardig wordt beschouwd dan van wat naar objectieve criteria gelijkwaardig is<sup>30</sup>. Dit vergt wel een schatting van de kans die nieuwe opleidingen maken om als gelijkwaardig te worden aanvaard, of anders gezegd, het maakt overleg met en openheid voor de inbreng van organisaties uit de arbeidssfeer noodzakelijk. Bovendien zullen opleidingsinstellingen althans in het begin hun abiturienten moeten 'verkopen'. Daarbij wordt echter ook initiatief en bewuste keuze door de leerling verwacht.

Richting en hoeveelheid van de studie zullen moeten aansluiten bij wat

---

<sup>30</sup> De Nederlandse Open Universiteit, op. cit., blz. 70.

de leerling denkt nodig te hebben. Dan is het nodig het beroepsonderwijs een open karakter te geven, dat wil zeggen geen toegangseisen te stellen. Dat zal het noodzakelijk maken elementen uit het algemeen onderwijs in te bouwen, die in de plaats komen van volledige algemeen voortgezette opleidingen. Onderwijsprogramma's opgebouwd uit kleine eenheden die een variatie van pakketkeuze mogelijk maken, een praktijkgerichte opzet en een afzienbare studieduur hebben, zullen het rendement vergroten, minder frustraties opleveren en de kosten beperken. In het perspectief van wederkerende educatie is een dergelijke ontwikkeling ook te prefereren. Wederkerende educatie veronderstelt betaald educatief verlof. Dat zal van beperkte duur zijn en daar zal de opleidingsduur zich aan moeten aanpassen. Een gevolg van een en ander is dat de huidige scheiding tussen algemeen voortgezet onderwijs en beroepsonderwijs niet meer zal kunnen blijven bestaan.

Velen hebben een meervoudige motivering tot het volgen van volwassenenonderwijs. Zij zoeken ontplooiing in het volgen van onderwijs, maar hopen er ook een entree mee op de arbeidsmarkt te krijgen. Bij een steeds stijgend tekort aan arbeidsplaatsen wordt de kans hierop steeds geringer.

In de privésfeer worden echter steeds meer activiteiten verricht met een 'semi-beroeps'-karakter, terwijl ook een eventueel toenemende inschakeling van vrijwilligers in diverse sectoren om kennis en vaardigheden vraagt. In dit verband doet de Commissie Open School een voorstel voor op elkaar aansluitende programma's die qua niveau uitwaaiëren van aan het beroep ontleende activiteiten, via activiteiten gericht op de 'aankomend' vakman op uitvoerend niveau, tot aan programma's gericht op het vervullen van kaderfuncties.

Een zelfde redenering valt op te zetten voor een verbinding tussen opleiding voor vrijwilligerswerkzaamheden in de publieke sfeer en voor beroepsuitoefening aldaar. De Commissie Open Universiteit noemt activiteiten in politieke en bestuurlijke organen, vakverenigingen, ondernemingsraden, besturen van instellingen enzovoort. De daarvoor vereiste vaardigheden liggen onder andere op het terrein van economie, recht, sociale en gedragswetenschappen en met name op het gebied van hun geïntegreerde aanpak vanuit organisatiekunde, bestuurskunde, bedrijfskunde, welzijnswerk en personeelswerk. Het moet mogelijk zijn uit het cursusaanbod korte programma's samen te stellen die geschikt zijn voor die activiteiten<sup>31</sup>. Dit zal samenwerking vereisen tussen onderwijsinstellingen, organisaties voor vorming en ontwikkeling van volwassenen en eventueel dienstverlenende organisaties.

Hoe de samenhang en differentiatie er precies zal uitzien is nog niet te zeggen. Duidelijk is dat met name het volwassenenonderwijs niet als een geïsoleerd systeem moet blijven bestaan en dat ook de differentiatie binnen dit systeem wijzigingen zal moeten ondergaan.

Eén kanttekening moet nog worden gemaakt. De huidige neiging van de overheid om het vrijwilligerswerk naar voren te halen wordt vanuit emancipatie-oogpunt met zeer gemengde gevoelens bekeken. Worden niet weer juist de vrouwen naar onbetaalde arbeid verwezen? Een zeer reële mogelijkheid, waar het bestaan van opleidingen op zichzelf geen invloed op heeft. De gelijkheid tussen mannen en vrouwen wordt zo dus niet bevorderd. Dit is evenwel geen reden om dergelijke opleidingen af te wijzen. Educatie, welke dan ook, heeft een emanciperend effect in de zin van bewustmaking en verhoging van het zelfvertrouwen. Mogelijk ook zullen cursussen voor vrijwilligerswerk een andere categorie vrouwen trekken dan beroepsopleidingen. Een deel van de vrouwen die een 'opleiding voor vrijwilliger' hebben gehad, zal wellicht gemakkelijker overstappen naar een vervolgopleiding die hun meer beroepskwalificaties bijbrengt. Daarmee hebben zij uiteraard nog geen betaald emploi, maar wel zullen zij zich hun maatschappelijke positie meer bewust zijn.

<sup>31</sup> Ibid., blz. 73.

Er is een onbekend, doch zonder twijfel groot aantal *bedrijfsinterne scholingsactiviteiten* die een ad hoc karakter hebben en doorgaans van tijdelijke aard zijn<sup>32</sup>.

De produktie doet een behoefte aan bedrijfsspecifieke kwalificaties ontstaan die men zelf bijbrengt, hetzij aan personeel dat men in huis heeft, hetzij aan nieuw aangetrokkenen. Deze opleidingen zijn afhankelijk van de bedrijfsconjunctuur; zij vormen een aanpassingsmechanisme bij uitstrek van vraag en aanbod.

Uit een oogpunt van individueel welzijn worden er wel bezwaren tegen geuit. Deze opleidingen zouden zeer beperkte kwalificaties bijbrengen, die buiten het betreffende bedrijf weinig bruikbaar zijn en daarmee de bedrijfsafhankelijkheid van de werknemer vergroten. Ook wordt gesteld dat bedrijven meer allround geschoolde mensen zoeken voor zeer gespecialiseerd werk, omdat zij die slechts korte en dus goedkope bedrijfsopleidingen behoeven te geven. Daardoor neemt de onderbenutting van kwaliteiten toe<sup>33</sup>. Deze op zich zelf niet onjuiste voorstelling van zaken vraagt om enige aanvulling. Het lijkt een miskenning van de mondigheid van de huidige werknemer om te menen dat hij de niets vermoedende en aan alle kanten gebonden prooi is van de werkgever. Werknemers kunnen geacht worden te weten wat de mogelijkheden van zo'n opleiding zijn<sup>34</sup>. De gevallen van scholing door een (groot) bedrijf waarbij men zich daarna de opgedane bekwaamheden ten nutte maakt bij een ander (klein) bedrijf zijn ook niet te verwaarlozen. Dergelijke opleidingen worden meestal in bedrijfstijd gegeven en kosten de werknemer dus niets. Onderbenutting van kwaliteiten is een probleem dat alleen door herstructurering van arbeidsplaatsen kan worden opgelost. Daarbij zullen ook opleidingen gegeven moeten worden, maar van een ander karakter dan de bestaande bedrijfsopleidingen.

De bedrijfsspecifieke scholing heeft eigenlijk geen relatie tot andere educatieve activiteiten. Reeds uit dien hoofde ligt opnemning in een stelsel van volwasseneneducatie niet voor de hand. Er is echter een ontwikkeling in de richting van medebekostiging door de overheid, namelijk bij de Scholing in samenwerking tussen Overheid en Bedrijfsleven-regeling, die zijn motief vindt in werkloosheidsbestrijding. De regeling draagt een ander karakter dan die voor scholing op een Centrum voor Vakopleiding voor Volwassenen en de Studiekostenregeling. Deze scholing is bedoeld voor arbeidskrachten die met een bedrijf een dienstverband hebben of aangaan. Financiering door de overheid gebeurt hier zilver op economische of werkgelegenheidsgronden. (Dat de maatregel niet altijd conform de doeleinden wordt toegepast, doet hier niets aan af.) Daarom lijkt er veel voor te zeggen dergelijke interne, specifieke opleidingen buiten een eventueel stelsel van volwasseneneducatie te laten vallen.

Anders ligt het voor de opleidingen van *Centra voor Vakopleiding van Volwassenen (CVV)*, eveneens arbeidsmarktgericht, maar meer in de zin van verbetering van kansen van het individu dan vanuit een directe vraag naar arbeid. Deze opleidingen bieden bij grote werkloosheid weinig verlichting, ook al wordt hun capaciteit verdubbeld. Zij kunnen eigenlijk alleen een functie vervullen binnen een werkgelegenheidsbeleid dat gericht is op het creëren van nieuwe arbeidsplaatsen en/of herverdeling van de bestaande. Nu worden zij gebruikt alsof zij op zichzelf een stuk werkgelegenheidsbeleid zouden zijn.

In het kader van een meervoudig werkgelegenheidsbeleid zal een ver-

<sup>32</sup> Enkele grote bedrijven hebben ook permanente opleidingen die volledige beroepsopleidingen zijn.

<sup>33</sup> Van Hoof en Dronkers, op. cit., blz. 63-68.

<sup>34</sup> Onderzoekresultaten wijzen ook in die richting.

H.A.J. Koekenbier en G.M.J.M. van Rossum, *Bijdrageregeling scholing in samenwerking tussen overheid en bedrijfsleven; Evaluatie en scholingsmaatregelen, deelonderzoek 4*; ITS, oktober 1978, blz. 180.



ruiming van de toelating tot deze opleidingen noodzakelijk zijn, waarbij overigens de uitkeringsgerechtigdheid niet onverkort voor alle toelaten hoeft te gelden. Opmerkelijk in dit opzicht zijn de voornemens die in de Beginselennota worden geuit. In de fasegewijze verdubbeling van de cursuscapaciteit zal aan de orde komen: een verruiming van de toelating, bijvoorbeeld tot personen met een te laag startniveau, een vergroting van de mogelijkheden voor vrouwen, leden van culturele minderheden, gehandicapten, openstelling van de CVV's voor ieder die zich een betere startpositie op de arbeidsmarkt wil verwerven, een vergroting van de mogelijkheid om met persoonlijke educatieve wensen van deelnemers rekening te houden, samenwerking met andere educatieve instellingen, onderzoek naar benutting van bijvoorbeeld open schoolwerkwijze door CVV's, bestudering van de vraag hoe het opleidingssysteem flexibeler te maken<sup>35</sup>. In het voorgaande werd een soortgelijk beleid bepleit voor het avond- en dag-avondonderwijs. Een dergelijke gelijkgerichtheid behoeft geen ongewenste verdubbeling op te leveren, integendeel, zij maakt een duidelijke werkverdeling mogelijk op basis van een zelfde functie in de afstemming van vraag en aanbod.

Voor alle opleidingen zal de relatie met de arbeidsmarkt goed bewaard moeten blijven zowel door overleg met de arbeidsbemiddeling als direct met de bedrijfstakken.

Dergelijke opleidingen en scholingscursussen zullen ook 'vormings'-elementen opnemen. Dit blijkt bijvoorbeeld al waar de Beginselennota gewag maakt van speciale aandacht voor rol doorbreking, inpassing van gehandicapten in het arbeidsproces. Sterker wordt dat het geval als een beleid ter verbetering van de arbeidskwaliteit van de grond zou komen, waarvoor de kiem ligt in de Arbeidsomstandighedenwet.

Overigens dient bedacht te worden dat de CVV's ook dienstverlenend optreden voor cursussen in het kader van de S.O.B.-regeling, die althans bedoeld is de werkgelegenheid zeer direct te dienen. Waar de beperkte capaciteit van een CVV een keuze noodzakelijk maakt, zou niet de ene regeling prioriteit boven de andere moeten hebben, maar zouden prioriteiten gesteld moeten worden op grond van een vergelijking van feitelijke behoeften en mogelijke effecten.

Het samengaan van afstemming op de arbeidsmarkt met taakverdeling tussen en samenwerking met andere instellingen voor volwasseneneducatie verdraagt zich beter met een regionale aanpak dan met een centrale.

*Cursussen op commerciële basis* worden of aan de werkgever of aan particulieren aangeboden. De eerste (bijv. managementcursussen) hebben een hoogstens indirecte relatie tot de arbeidsmarkt. Het zijn meestal opfris- en bijscholingscursussen, bestemd voor hoger en middenkader. Het is niet goed in te zien waarom zulke cursussen niet onafhankelijk van een stelsel van volwasseneneducatie zouden blijven voortbestaan, mits vanuit het stelsel niet onnodig concurrerend wordt opgetreden.

De aan particulieren aangeboden cursussen benutten veelal schriftelijke onderwijsvormen. Hun huidige functie voor de arbeidsmarkt en voor de positie van hun cliënten op de arbeidsmarkt is onduidelijk. Dat de volwasseneneducatie, wil zij enigszins betaalbaar blijven, ook gebruik zal moeten gaan maken van schriftelijk onderwijs is buiten twijfel. Dit behoeft niet te betekenen dat het cursuspakket van de bestaande instellingen voor schriftelijk onderwijs als zodanig wordt ingeschakeld. Eerder is te denken aan medewerking aan eerder genoemde opleidingen die in relatie tot de arbeidsmarkt worden opgezet.

---

<sup>35</sup> Beginselennota inzake de volwasseneneducatie, op.cit., blz. 105.

#### 6.5.4 *Functies van de volwasseneneducatie in de privé-sfeer en de publieke sfeer*

In paragraaf 6.2 werden de veranderingen geschetst die zich onder invloed van sociale, culturele en technische ontwikkelingen voltrekken in de privésfeer en de publieke sfeer en die maken dat de informele cultuuroverdracht van generatie op generatie de mens onvoldoende in staat stelt zich te handhaven tot welbevinden van zich zelf en zijn omgeving. Deze veranderingen hebben dan ook een hele reeks van instituties in het leven geroepen, die ter ondersteuning bedoeld zijn. Informatie, advies, voorlichting, psycho-sociale hulpverlening, opbouwwerk, zelfhulp en educatieve voorzieningen maken er deel van uit. Al deze instituties hebben gemeen dat zij het gedrag van mensen willen beïnvloeden, hetzij door louter verstrekking van kennis, hetzij door gelijktijdige verandering van attitudes, waarden en normen. Is hieruit een samenhang af te leiden tussen educatie en de andere vormen van steun, die zou pleiten voor gezamenlijke opnemings in één systeem waar de overheid een zekere verantwoordelijkheid voor draagt? Een samenhang, waarbij gedacht wordt aan een situatie waarin voorzieningen gericht zijn op een behartiging van geheel of ten dele dezelfde taak, mogelijk ten aanzien van dezelfde doelgroep, waaruit op grond van doeltreffendheid en doelmatigheid de noodzaak tot samenwerking, taakverdeling of substitutie voortvloeit.

Educatie biedt de basis waarop men van andere hulp effectief gebruik kan maken. Naarmate men meer opleiding heeft, is men beter in staat informatie, voorlichting en psycho-sociale hulpverlening te benutten. Om die tekorten aan opleiding aan te vullen zijn educatieve activiteiten als VOS-cursussen, Open School en dergelijke ontstaan. Volwasseneneducatie kan dus het gebruik van dergelijke voorzieningen stimuleren. Toch mag men educatie ook een vervangingsfunctie toeschrijven; zij kan een preventieve werking hebben, die de noodzaak van het beroep op andere voorzieningen voorkomt. Een preventieve taak is evenwel van andere aard dan hulpverlening. De diverse doelgroepen van deze vormen van hulp vallen evenmin samen met die van de educatie, op zijn minst genomen in de tijd niet, met uitzondering van sommige vormen van psycho-sociale hulpverlening. Op deze gronden kan men zich samenhang tussen volwasseneneducatie en genoemde hulpvormen niet in bovengenoemde zin denken. Hoogstens in een andere zin, dat educatiebehoeften manifest worden vanuit het beroep dat op deze hulpvormen wordt gedaan. Daarmee behoren zij eerder tot de voor een systeem van volwasseneneducatie relevante omgeving dan tot het systeem zelf, op dezelfde wijze als bijvoorbeeld arbeidsbureaus en vakbonden voor beroepsgerichte educatie van belang zijn.

Een voor de begrenzing belangrijk onderscheid is dat tussen instellingen die educatie bedrijven als doel, en groepen of organisaties waarin educatie een middel is om het doel van de groep of organisatie te bereiken. Dit laatste, de zogenaamde ingebouwde educatie, is zeer omvangrijk. Ingebouwde educatie kan kennis en vaardigheden leveren die alleen van nut zijn voor dat doel of wel doordrenkt zijn van de ideologie van de groep of organisatie, maar de verstrekte educatie kan ook wel een bredere waarde en betekenis hebben. Het ingebouwde educatieve werk recruteert zijn cliënten uit de leden van de organisatie. Het heeft een functie in de initiatie van maatschappelijke veranderingen. Zonder dat hier harde kwantitatieve gegevens over beschikbaar zijn, is de bijdrage onmiskenbaar van bijvoorbeeld het ingebouwde werk van vakbonden en de sociale scholen van KAB/NKV aan de arbeidersemancipatie en van de plattelandsvrouwenorganisaties aan de modernisering van het platteland.

Het zelfstandige educatieve werk is in zijn effecten tot op zekere hoogte afhankelijk van de mogelijkheid om aan te sluiten bij of voort te bouwen op dit ingebouwde educatieve werk. Samenwerking kan vruchtbaar zijn en zelfs noodzakelijk. Dat zou het ingebouwde werk in principe tot

deel van een eventueel systeem van volwasseneneducatie maken, zij het dat het ook een geïntegreerd bestanddeel is van andere systemen (bijv. gezondheidszorg, sport). Het dilemma is op te lossen door als belangrijkste elementen van een systeem van volwasseneneducatie educatieve activiteiten te zien in plaats van educatieve instellingen. Uiteenlopende instellingen kunnen hun bijdrage leveren in deze activiteiten waardoor de volwasseneneducatie ook een flexibel karakter kan houden. Daarvoor is een goede infrastructuur echter wel een noodzaak.

Met betrekking tot de differentiatie en samenhang tussen educatieve voorzieningen zijn drie zaken van belang. De eerste betreft het vervagen van het onderscheid tussen vormingswerk, ontwikkelingswerk en onderwijs. In theoretische zin zijn deze onderscheidingen achterhaald en trouwens ook in de praktijk van nieuwe vormen van onderricht zoals de Open School. Zij blijven echter gehandhaafd in de indeling van educatieve organisaties. Oorspronkelijk zou het ontwikkelingswerk zich ten doel stellen slechts leermogelijkheden aan te bieden voor afzonderlijke verwerking van kennis, vaardigheden en inzichten. Vormingswerk zou zich vooral op de integratie van deze afzonderlijke leermomenten richten (zich dus richten op de 'totale mens') en daarbij dit leren uitdrukkelijk in verband brengen met de leef-, woon- en werksituatie van de deelnemers. Hoewel beide werksoorten in de praktijk moeilijk onderscheidbaar bleken, waren er organisaties die de nadruk legden op het ontwikkelingsaspect en andere die het vormingsaspect naar voren haalden. Ontwikkelingswerk beperkt zich tot het aanbieden van mogelijkheden voor leerprocessen in een enkel kennis- of vaardigheidsgebied; met onderwijs wordt veelal een systematisch geheel van instructie in kennis- en vaardigheidsgebieden bedoeld die in leerplannen inhoudelijk en didactisch zijn uitgewerkt. Zodra in het ontwikkelingswerk eindtermen voor de leerprocessen worden gesteld, dus inhoudelijk omschreven normen waar men door middel van het leerproces aan zou kunnen voldoen, gaat het aan onderwijs grenzen<sup>36</sup>.

Het onderscheid tussen vormingswerk en ontwikkelingswerk is sedert 1977 verder vervaagd: de vormingsinstituten bouwen in toenemende mate elementen van cognitieve overdracht in hun programma's in; de ontwikkelingsinstellingen (zoals volksuniversiteiten) verbreden de verwerking van de leerstof door het aanstellen van vormingswerkers. Vormings- en ontwikkelingswerk is mitsdien tegenwoordig nog nauwelijks een optelsom van twee werksoorten, doch veeleer een eenheid. Deze eenheid blijft echter nog wel in een concurrerende verhouding met het volwasseneneducatie (Volksuniversiteiten die certificaatonderwijs in talen gaan geven, avondonderwijs waar men voor één vak kan inschrijven, avondonderwijs dat de open-school-werkwijze overneemt). Dergelijke concurrentie vloeit voort uit de hantering van een vraag-aanbodschema waarin het marktmechanisme overheerst. Voor de differentiatie/samenhang van voorzieningen — en dit is het tweede in dit kader te bespreken punt — is een benadering die daarnaast opkomt, van groeiend belang. Dat is de doelgroepenbenadering. Deze vindt zijn bestaansgrond in de doelen die door velen aan de volwasseneneducatie worden gesteld. Het gaat niet alleen om het aanvullen van een gebrek aan kennis, maar om beïnvloeding van attitudes, waarden en normen. Kennisverwerving is daaraan ondergeschikt. Het gaat om:

- bevorderen van maatschappelijke weerbaarheid en deelname aan sociale activiteiten, besluitvormingsprocessen enzovoort;
- bevorderen van democratisering en humanisering;
- bijdragen tot beïnvloedings- of sturingsmogelijkheden in maatschappelijke processen, actief staatsburgerschap;
- bevorderen van emancipatie, verandering in rolopvattingen;

<sup>36</sup> CBPEN, *Door planning tot educatieve netwerken: een afbakening van verantwoordelijkheden en functies*; Tweede advies, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977, blz. 66.

— verwerven van een persoonlijke identiteit, ontplooiing van de persoonlijkheid<sup>37</sup>.

Educatie die dit nastreeft, heeft de meeste kans van slagen als ingebouwd educatief werk. Daar vindt zij dan ook geredelijk haar legitimatie als bijdrage tot het doel van de organisatie of groep. Ieder die aan die educatie deelneemt, is lid van de organisatie of op zijn minst belangstellend. Iedere deelnemer weet ook in welk kader de educatie aangeboden wordt en kan bevroeden wat hij voorgeschoteld krijgt.

Maar welke is de legitimatie voor zelfstandig educatief werk dat zich ten doel stelt mensen in zekere zin op te voeden en hoe kan dit doel bereikt worden? Een legitimatie ligt in maatschappelijke behoeften die voortvloeien uit de noodzaak van sociale integratie en sociale stabiliteit. Dit kan echter niet de enige legitimatie zijn. Weliswaar baseerden oudere educatieve organisaties zich uitsluitend op een door hen waargenomen maatschappelijke behoefte (bijv. aan de 'verheffing des volks'), maar een dergelijke bevoogding vindt thans weinig waardering (hoewel deze in de praktijk zeker niet afwezig is). Deze organisaties hebben trouwens vaak hun educatief aanbod moeten aanpassen aan de vraag en daarmee wel een nuttige functie vervuld, echter voor andere groepen dan zij beoogden, en zo toch niet aan hun oorspronkelijk doel beantwoord. Legitimatie alleen vanuit maatschappelijke gronden is niet bevorderlijk voor de effectiviteit. Legitimatie is ook nodig op grond van geconstateerde individuele behoeften.

Een volwassene is al vergaand 'gevormd' en is meestal alleen bereid zich 'om te vormen' als de omstandigheden daartoe aanleiding geven. Die omstandigheden kunnen zeer uiteenlopen: crisissituaties, veranderingen in de omgeving, nieuwe eisen die aan hem gesteld worden en dergelijke. Een volwassene laat zich niet vangen door volwasseneneducatie als hij daartoe al niet gedisponeerd is. De deelnemers nu wil men vinden in zogenaamde doelgroepen. Dat kan in wezen dan niet anders betekenen dan het zoeken van aansluiting op aanwezige behoeften door middel van inschakeling van (potentiële) deelnemers in de vormgeving van het educatief aanbod. Het ligt ook in de rede dat cliënten zich gaan organiseren om hun educatieve wensen collectief kenbaar te maken en te laten honoreren. Het aanbod kan zeer gevarieerd worden. Nieuwe initiatieven zullen ontstaan die buiten bestaande instellingen vallen zoals het afgelopen decennium al heeft geleerd. Doelgroepenbenadering is gekoppeld aan activering van behoeften, politisering van de inhoud en stimuleren van zelfbeheer van leerprocessen door groepen met gemeenschappelijke belangen<sup>38</sup>. Aan de positieve kant van een dergelijke ontwikkeling staat de spontane behoefte aan educatie, aan de negatieve kant de verdergaande splitsing in belangengroepen en de categoriale isolatie die hiermee gepaard kan gaan<sup>39</sup>.

Een dergelijke ontwikkeling heeft gevolgen voor het overheidsbeleid. Als het aanbod in overleg met cliënten ontwikkeld moet worden, moet dat centraal gebeuren, op gemeentelijk of regionaal niveau. Welke educatieve activiteiten financieel ondersteund worden, is een kwestie van politieke keuze en wel op gemeentelijk niveau. Er is een subtiel maar wezenlijk onderscheid tussen het stimuleren van zelforganisatie (door middel van bijv. informatie, beschikbaar stellen van deskundigheid en ruimte) en marketing. Het eerste dient door de overheid te worden bevorderd.

Sommigen vinden het noodzakelijk een bepaald aanbod te garanderen, dat wil zeggen centraal voor te schrijven, en dat is vooral dat educatief aanbod waaraan een grote behoefte bestaat maar dat niettemin om verschillende redenen tussen wal en schip zou kunnen vallen (zwakke

<sup>37</sup> Van Enckevort, op. cit., blz. 216.

<sup>38</sup> Ibid..

<sup>39</sup> R. Hager, *Volwassenenvorming'-beleid en democratisering; Terugblik en perspectief*; Amersfoort, De Hoestink, blz. 235.

positie van de doelgroep, politieke controversen). Er is reden voor twijfel aan de noodzaak van een dergelijke handelwijze. Nederland heeft een traditie van volwasseneneducatie waarin het particulier initiatief en de gemeenten een belangrijkere rol hebben gespeeld dan de centrale overheid. Er is geen reden te menen dat de volwasseneneducatie voor sociaal minder bedeelde groepen bij de gemeenten in slechtere handen is dan bij de landelijke overheid. Van oudsher heeft een groot deel van de volwasseneneducatie in het teken gestaan van zorg om deze groepen.

Het derde punt dat samenhang en differentiatie betreft, is al eerder besproken. In paragraaf 6.5.3 is erop gewezen dat sociale en economische ontwikkelingen de waterdichte scheiding tussen activiteiten in de arbeidssfeer en die in de privé-sfeer kunnen opheffen en tot overeenkomstige leerbehoeften kunnen leiden. Dit vereist nieuwe vormen van onderwijs waaraan door verschillende van de bestaande educatieve voorzieningen zal moeten worden bijgedragen, daar vorming, onderwijs en scholing hier hand in hand gaan.

#### 6.5.5 *Jeugdonderwijs en volwasseneneducatie*

Het gaat hier met name om het onderscheid en de onderlinge afbakening van jeugdonderwijs en volwassenenonderwijs. Die zijn niet duidelijk gemarkeerd. Het nut en de noodzaak van een dergelijke afgrenzing wordt bepaald door verschillen in doelstellingen en functies. Deze verschillen zijn in het voorgaande meermalen beklemtoond. Dient het jeugdonderwijs voornamelijk de continuïteit en de uniformiteit, het volwassenenonderwijs zal veel meer de nadruk leggen op verandering en pluriformiteit. Gewezen werd op de flexibiliteit bevorderende functie die volwasseneneducatie kan hebben voor de arbeidsmarkt, op de functie voor de verbinding tussen arbeidssfeer en privé- en publieke sfeer, die zowel nieuwe normatieve kaders als nieuwe kennis en vaardigheden vragen. Gewezen werd ook op het feit dat educatie die bestemd is voor mensen die na hun initiële opleiding levens- en arbeidservaring hebben opgedaan, andere eisen stelt aan duur, inhoud en wijze van overdracht dan die voor de jeugd. Maatschappelijke doelen en doelen van individueel welzijn moeten geacht worden zo heel goed verenigbaar te zijn. Dat impliceert wel dat de gelijkheidsnorm anders geïnterpreteerd wordt dan tot nu toe vaak gebeurt.

Er zal een vraag blijven bestaan naar educatie ter aanvulling van tekorten aan jeugdonderwijs. Thans worden daarvoor mogelijkheden geboden die erop neerkomen dat men de diploma's van het jeugdonderwijs op latere leeftijd kan halen. Het is een meer letterlijke opvatting van gelijkheid, die op verschillende punten botst met andere doelstellingen. Ongetwijfeld moeten ook aan het volwassenenonderwijs civiele effecten verbonden zijn die gelijkgerechtigheid opleveren, maar dat behoeft geen educatieve gelijkvormigheid in te houden.

Bezien we nu wat er in het grensgebied tussen volwassenenonderwijs en jeugdonderwijs gebeurt, dan blijken hier uiteenlopende, en deels tegengestelde ontwikkelingen aan de gang te zijn:

1. De Beginselennota noemt allerlei onderwijsinstellingen van de eerste leerweg onder de volwasseneneducatie (leerlingstelsel, MBO, HBO, WO) zonder daar overigens bestuurlijke of beleidsmatige consequenties aan te verbinden. Wellicht is hier als criterium gebruikt het feit dat dit dagonderwijs uit de eerste leerweg wordt bezocht door personen die juridisch en maatschappelijk als volwassen gelden.

Ook wordt een verschuiving gestimuleerd van leerlingen uit het dagonderwijs naar het avond- en dag-avondonderwijs. Leerlingen bijvoorbeeld wier eindexamenpakket niet voldoet aan de eisen van de door hen gekozen studierichting, worden voor aanvulling verwezen naar het avond- en dag-avond-AVO. Voor leerlingen die voor het eindexamen MEAO zakken, wordt overwogen hen de onvoldoende vakken te laten overdoen in het avondonderwijs. Hoewel het hier om beperkte aantallen

zal gaan, versterkt dit de bestaande toestand dat het volwasseneneducatie een duplicaat van de eerste leerweg is.

2. Een anders gerichte ontwikkeling is de ruimere toepassing van het leerlingwezen. Het leerlingwezen, in oorsprong een onderdeel van de eerste leerweg, is ook meer en meer een tweede-kans-onderwijsweg geworden. In de Beginselennota stelt de regering te willen onderzoeken hoe de mogelijkheden tot deelneming aan het leerlingwezen voor werknemers van 27 jaar en ouder kunnen worden vergroot en hoe het aanbod op hen kan worden afgestemd<sup>40</sup>. In principe strookt een opleiding in het leerlingwezen, indien enigszins aangepast, goed met de beginselen van volwasseneneducatie. De grote moeilijkheid is echter dat voor deelneming aan een leerlingstelsel het hebben van een arbeidscontract nodig is. Oplossingen voor dit probleem worden gezocht in stimulering van het in dienst nemen van leerlingen door toekenning van subsidies en in meer structurele maatregelen, zoals het instellen van bedrijfstakgewijze egalitatiefondsen voor de financiering van een leerlingstelsel en het oprichten van speciale leerlingbouwplaatsen en leerlingwerkplaatsen.

3. Het algemeen voortgezet onderwijs voor volwassenen, te weten het huidige avond- en dag-avondonderwijs is gemodelleerd naar het algemeen voortgezet onderwijs voor jongeren. Het leidt op voor dezelfde diploma's, maar men kan hier per vak examen doen en het diploma trapsgewijs behalen. Dit onderwijs valt onder de Wet op het Voortgezet Onderwijs en wordt bekostigd volgens de voorwaarden en normen van die wet en heeft daarmee 'automatische' groeimogelijkheden die andere vormen van volwasseneneducatie missen. In paragraaf 6.5.2 en 6.5.3 werd uiteengezet dat aan dit onderwijs als norm van volwasseneneducatie bezwaren kleven. Bovendien bestaat de kans dat het uitgroeit tot een even rigide systeem als het jeugdonderwijs. Ten slotte is het een duur systeem, ook al is het aanzienlijk goedkoper dan het jeugdonderwijs.

4. Een vorm van volwasseneneducatie die qua opzet duidelijk anders is dan de eerste leerweg is de Open Universiteit. Het rapport van de Commissie Open Universiteit mikt althans op een hoge mate van flexibiliteit, open onderwijs (geen toelatingseisen), vrijheid van samenstelling van het studieprogramma en aanpassing van het studietempo aan individuele omstandigheden. Er zijn diploma's met civiel effect voorzien, die gelijkwaardig maar niet gelijk moeten zijn aan die van het overige hoger onderwijs. De kans is echter niet gering dat bij de vormgeving van de Open Universiteit de angst de overhand krijgt, dat men niet zal meetellen als instelling van hoger onderwijs en dat de programma's in die richting zullen worden aangepast. De Commissie Open Universiteit namelijk ziet de Open Universiteit als 'primair een onderdeel van het deeltijd-hogeronderwijs, vervolgens ook van het volwassenenonderwijs. Zij dient te ressembleren onder het Directoraat-Generaal van het Hoger Onderwijs en het Wetenschappelijk Onderzoek...' enzovoort<sup>41</sup>. Hoewel de argumenten die de Commissie hiervoor aanvoert zeker hout snijden, is het gevaar niet afwezig dat de Open-Universiteitgedachte hieronder zal lijden. De Commissie Open Universiteit tracht zich hiertegen te wapenen door in de toekomstige Wet op de Open Universiteit ook de regeling van het onderwijs qua structuur en onderwijsaanbod, onderwijsvormen en onderwijsmiddelen te willen opnemen.

Aan universiteiten bestaat voor bepaalde studierichtingen een tweede leerweg, die gelijk is aan de eerste leerweg. De concurrentie tussen deze opleidingen en die van de Open Universiteit zal zeker de verdere ontwikkelingsrichting bepalen. De bedoeling is dat de Open Universiteit stimuleert tot vernieuwingen in het hele hoger onderwijs<sup>42</sup>. Dat zal echter zeker niet het effect zijn als de Open Universiteit zich te sterk modelleert naar het bestaande hoger onderwijs.

<sup>40</sup> Beginselennota inzake de volwasseneneducatie, op. cit., blz. 101.

<sup>41</sup> De Nederlandse Open Universiteit, blz. 10.

<sup>42</sup> Ibid., blz. 21.

5. Een nieuwe vorm van jeugdonderwijs in de tweede fase is het kort middelbaar beroepsonderwijs (KMBO) dat thans nog maar alleen bij wijze van proefneming voorkomt. Naarmate meer en meer jongeren langer deelnemen aan het initieel onderwijs, schuift de leeftijdsnorm voor het verlaten van de school naar boven op. Dit is tot uitdrukking gekomen in een successievelijke verlenging van de leerplicht tot 16-jarigen. De tegenstanders van een verdere uitbreiding van de volledige leerplicht tot 18 jaar zijn talrijker dan de voorstanders. Grenzen aan de uitbreiding worden mede gesteld door de uitvoerbaarheid, die gering geacht moet worden. Men kan moeilijk de ouders meer aansprakelijk stellen voor de vervulling van de schoolplicht door de kinderen; men heeft te maken met jonge volwassenen die zich een dergelijke plicht niet gemakkelijk zullen laten opleggen.

Meer dan de helft van de groep 16- tot 18-/19-jarigen, de meerderheid meisjes, profiteert niet van reguliere onderwijsvoorzieningen. Slechts de helft van die groep heeft een diploma: 35% LBO en 15% MAVO. Nader aangeduid zijn op deze 16- tot 18-/19-jarige jongeren de volgende elkaar gedeeltelijk overlappende criteria van toepassing<sup>43</sup>:

- jongeren die weinig succesvol waren in de eerste fase van het jeugdonderwijs, waardoor ze niet voldoen aan de toelatingseisen voor onderwijsvoorzieningen in de tweede fase;
- uitvallers uit het jeugdonderwijs in de tweede fase (vroegtijdige schoolverlaters);
- werkende jongeren die wel en niet deelnemen aan het parttime onderwijs in de tweede fase.

De onderwijsvoorzieningen die men voor deze jongeren wil creëren moeten worden gezien tegen de achtergrond van de relatief hoge jeugdwerkloosheid, die door sommigen als een niet zo ernstige frictiewerkloosheid wordt beschouwd<sup>44</sup> en door anderen als een structureel probleem. Het zijn de volle-tijd- en de deeltijdvariant van het KMBO. Voor deze opleidingen worden geen toelatingseisen gesteld. Zij beogen een meervoudige kwalificatie bij te brengen: voorbereiding op een beroep, op het functioneren in andere maatschappelijke verbanden en de doorstroming naar een ander niveau van onderwijs. De proefprojecten die zijn gestart zouden op twee vragen antwoord moeten geven:

- slaagt het KMBO erin deze leerlingen voldoende te motiveren om hen vast te houden?
- verbetert deze specifiek op beroepseisen gerichte opleiding de arbeidsmarktpositie van deze jongeren?

Wat de eerste vraag betreft, deze opleidingen zullen gebruik maken van het zogenaamde participeren leren (koppeling van het leren aan de werk- en leefsituatie) een methode die voor een deel de leerlingen zowel motiverend kan werken als tot meer resultaten kan leiden dan het traditionele vakkenonderwijs. Maar of dat voor alle leerlingen zal opgaan? Is er eigenlijk nog een geschikte vorm van educatie voor jongeren die jarenlang gefrustreerd zijn door het moeten volgen van onderricht dat hen niet aansprak of onoverkomelijke moeilijkheden bezorgde? Voor deze jongeren liggen de maatschappelijke kansen veeleer in de mogelijkheid om arbeidservaring op te doen waaruit zij eventueel inzicht kunnen putten in het nut en de noodzaak van leren. In het cursusjaar 1979/80 had van de leerlingen van het KMBO 70% een diploma (60% LBO en 10% MAVO). Van de jongeren die in het cursusjaar 1976/77 aan het vormingswerk voor de werkende jeugd deelnamen, had slechts 42% een diploma. Met het nodige voorbehoud zou men daaruit kunnen concluderen, dat het vormingswerk de vroegtijdige schoolverlaters beter

<sup>43</sup> L.J. van den Bosch, 'Het onderwijs voor 16- tot 18-/19-jarigen'; *Educatie en Welzijn*, Voorstudies en achtergronden V24, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 142.

<sup>44</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Jeugdwerkloosheid*; SCP-cahier no. 20, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, blz. 38.

R. Schuitemaker, *Vroegrijp voor de WW, Jeugdwerkloosheid, inzicht en uitweg*; WBS cahiers, Deventer, 1981, blz. 190 e.v..

bereikt dan het KMBO<sup>45</sup>. Het is waarschijnlijk dat het KMBO 'het gat in de Mammoet' verkleint, maar niet opvult.

De verbetering van de positie op de arbeidsmarkt is eveneens onzeker. In het algemeen blijven de abiturienten van deze opleidingen de laagst gekwalificeerden. Als hun kwalificaties niet anders gericht zijn en zij in bepaalde opzichten niet meer waard zijn dan bijv. MBO-ers zal bij een aanbodoverschot hun positie op de arbeidsmarkt niet veel gunstiger worden. Van de cursussen voor vrouwenberoepen (die formeel niet zo genoemd worden maar het in feite wel zijn) is in ieder geval te zeggen dat het beroepen zijn waarnaar de vraag op de arbeidsmarkt reeds lang gering is of dat het werkzaamheden zijn die ook door niet-opgeleiden gedaan kunnen worden, die dan ook concurreren op de arbeidsmarkt.

Op het eerste gezicht is het KMBO het logische sluitstuk van ons stelsel van jeugdonderwijs. Bij nader inzien zijn daar vraagtekens bij te plaatsen. Niet alleen bij het rendement en de kansverbetering voor de individu op de arbeidsmarkt, maar ook bij de kwalificatie voor het volgen van verder onderwijs. Als deze jongeren het KMBO — eventueel nog met een voorafgaande schakelklas — hebben voltooid, zijn zij 20 à 23 jaar. Dan hebben zij het recht om toegelaten te worden tot het MBO, dat wil zeggen een nieuwe opleiding van drie tot vier jaar. Zij hebben dan formeel gelijke kansen op verder onderwijs, maar is het realistisch waar het om jongeren gaat die het onderwijs weinig na aan het hart ligt? Als er voldoende mogelijkheden zouden bestaan voor hen in de open, dus geen toelatingseisen stellende, volwasseneneducatie, zouden zij daar aanzienlijk meer mee gebaat zijn. Terugredenerend en in acht nemend dat het KMBO wel een parkeerfunctie zou kunnen hebben, maar dat er vele onzekerheden bestaan over zijn verder nut voor de individu, komt men ertoe het KMBO als sluitstuk van het stelsel van jeugdonderwijs in twijfel te trekken. Velen van deze jongeren hebben primair werk nodig, waaraan mogelijk een vorm van educatie gekoppeld kan worden. Een vorm van arbeidsmarktgericht of beroepsgericht volwassenenonderwijs lijkt het meest geschikt.

Het moet echter niet onmogelijk geacht worden om bij de constitutie van het KMBO tevens te voorzien in de behoefte aan volwassenenonderwijs. De Innovatie Commissie Participatie-onderwijs doet ook voorstellen in deze richting<sup>46</sup>. Parttime onderwijs gebaseerd op de koppeling van arbeids- en leercontract kan inhoudelijk en organisatorisch verbonden worden met beroepsonderwijs, waaraan met verschillende intensiteit kan worden deelgenomen<sup>47</sup>. Daartoe moeten programma's worden opgebouwd vanuit kleine afgeronde eenheden. De soms als bezwaar geuite veronderstelling dat 16- tot 18-/19-jarigen een andere benadering zouden vragen dan — oudere — volwassenen is niet overtuigend.

De genoemde ontwikkelingen tenderen niet naar een eenduidig onderscheid tussen en een duidelijke begrenzing van jeugdonderwijs en volwasseneneducatie. Als de volwasseneneducatie wil toegroeien naar de haar toegekende functies, moet het onderscheid wel degelijk gemaakt worden, een onderscheid dat in ieder geval tot uitdrukking komt in opbouw, inhoud en methode van onderwijs, alsmede in de mate van vrijheid van de leerling/cliënt.

Dit onderscheid is niet noodzakelijk ook een onderscheid tussen onderwijsinstellingen, hoewel het moeilijk zal zijn om binnen een en dezelfde instelling naast een gevestigd onderwijspatroon van jeugdonderwijs

<sup>45</sup> P. Godefrooij e.a., *Onderwijsvoorzieningen voor 16-18 jarigen in de regio Amsterdam, een inventarisatie*; Amsterdam, Kohnstamm Instituut van de Universiteit van Amsterdam, december 1980, blz. 188/189.

<sup>46</sup> Innovatie Commissie Participatie-onderwijs, *De beroepsopleiding in de twee varianten van het KMBO*; negende advies, 's-Gravenhage, 1981, blz. 38. e.v..

<sup>47</sup> Het is de bedoeling dat het leerlingwezen opgenomen wordt in de parttime variant van het KMBO. Daaraan kleven dus de onder punt 2 van deze paragraaf genoemde problemen van een gebrek aan arbeidsplaatsen.



een radicaal andere opzet uit te werken voor volwasseneneducatie.

Ook gaat hiermee geen rigoureuze onderscheid naar leeftijd van de leerlingen gepaard. Er zal zelfs een overlapping zijn in de leeftijden van 16 tot circa 27 jaar. Deze categorie dient te kunnen kiezen tussen jeugdonderwijs of volwasseneneducatie en accepteert daarmee dan ook de consequenties. Voor velen van deze jonge volwassenen contrasteert de eerste leerweg te zeer met de zelfstandigheid die zij genieten in hun buitenschools leven. In dit verband zou het nuttig zijn een aantal jaren bij te houden hoeveel jongeren binnen 5 jaar na verlaten van het jeugdonderwijs in de volwasseneneducatie c.q. tweede leerweg terecht komen en om welke redenen.

Het bovenstaande heeft geenszins de strekking de noodzaak te ontkennen van het zo veel mogelijk voorkomen van onderwijsachterstanden in de jeugd. Een voor de hand liggende reden is dat het individueel welbevinden niet gediend is met een frustrerend schoolleven. Een andere reden is dat, zoals eerder werd aangetoond, de belangstelling voor volwasseneneducatie samenhangt met de hoeveelheid in de jeugd genoten onderwijs. Dit onderwijs zou de motivatie voor verdere educatie moeten aanwakkeren, ook bij die leerlingen voor wie het huidige cognitief abstracte onderricht niet de meest aangewezen methode is.

Uit een oogpunt van permanente educatie moet het jeugdonderwijs een basis leggen, waarop men zich verder kan ontwikkelen en bekwaam maken. Allen zouden op circa 16-jarige leeftijd een dergelijk niveau moeten hebben bereikt. Het past in het perspectief van wederkerende educatie dat zij dan een keuze kunnen maken tussen voortzetting van de eerste leerweg of overstappen naar de volwasseneneducatie. Dit impliceert dat de maatschappelijke kansen die men heeft door het volgen van de ene of de andere weg uiteindelijk niet te zeer uiteenlopen. Zoals eerder gezegd is daarvoor afstemming van de volwasseneneducatie op behoeften van het arbeidsbestel noodzakelijk. Overigens zijn de maatschappelijke kansen niet alleen zaligmakend. In de keuze spelen allerlei factoren een rol, die op andere wijze samenhangen met het individueel welzijn.

## **6.6 Samenvatting en conclusies**

### **6.6.1 *Functies van de volwasseneneducatie***

Het verminderen van educatieve achterstanden is thans een belangrijk doel in het veld van de volwasseneneducatie. Absolute achterstanden met betrekking tot de privé- en publieke sfeer zijn goed te bestrijden met de diverse nieuwe vormen van volwasseneneducatie die zich ontwikkelen. De doelen van individueel welzijn en vermindering van ongelijkheid in de zin van grotere weerbaarheid mag men hiermee gediend achten.

Als absolute achterstand in de arbeids sfeer wordt wel aangemerkt het niet voltooid hebben van een algemeen voortgezette opleiding dan wel vakopleiding. Onderwijs alleen zal hier geen oplossing bieden voor een entree op de arbeidsmarkt (al zullen enkelingen wel een kans maken met zo'n opleiding), omdat het hier vaak groepen betreft die ook om andere redenen moeilijk emplooi vinden. Absolute achterstanden zullen in de toekomst vooral voorkomen bij kinderen van buitenlandse arbeiders.

De relatieve achterstand, de ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen op hogere opleidingsniveaus, zal niet in te halen zijn door middel van het volwassenenonderwijs, zoals dat nu functioneert. Deze is namelijk niet opgeheven als aan de inhaalvraag is voldaan. Velen immers die in het jeugdonderwijs strandden, zullen dat in een op vrijwel gelijke wijze ingericht volwassenenonderwijs weer doen dan wel daar nooit aan beginnen. Voor zover dit inhoudt dat capaciteiten voor het volgen van onderwijs ongelijk over de sociale lagen zijn verdeeld, moet men bedenken dat het gaat om capaciteiten voor het volgen van *dit* onderwijs, die in zekere mate (in welke mate is omstreden) afhankelijk zijn van de beïnvloeding die men ondergaat door zijn milieu. Het wil dus niet zeggen dat

bij een andere inrichting van het onderwijs de leerling niet wél tot resultaten zou kunnen komen.

Velen zeggen trouwens geen diploma te beogen. Voor hen lijkt het huidige volwassenenonderwijs niet de meest aangewezen onderwijsvorm. Zij die wel op een diploma uit zijn en daarmee een ingang op de arbeidsmarkt zoeken, zullen naarmate de waarde van het diploma daalt (zogenaamde overscholing) en het tekort aan arbeidsplaatsen toeneemt, in hun verwachting worden teleurgesteld. In deze zin draagt dit onderwijs niet bij aan de gestelde doelen.

Het ligt in de rede educatieve voorzieningen voor volwassenen in de arbeids sfeer een andere functie te geven dan het initieel beroepsonderwijs. Deze voorzieningen zouden de flexibiliteit van de arbeidsmarkt, de aanpassingsmogelijkheden tussen vraag en aanbod van arbeid, moeten vergroten en daarmee bijdragen tot sociale stabiliteit en sociale integratie. Vanuit dit standpunt bezien maken de ontwikkelingen op een drietal deelmarkten van de arbeidsmarkt het niet gewenst het beroepsonderwijs voor volwassenen in te richten naar het voorbeeld van het initieel beroepsonderwijs. Waar dat thans wel gebeurt, wordt tegemoet gekomen aan de - veronderstelde - behoefte van jongeren die in het dagonderwijs stranden, maar die via deze tweede leerweg dan toch nog de gelegenheid krijgen het diploma te behalen. Toch zal men een keuze moeten maken tussen beroepsonderwijs voor volwassenen als tweede leerweg voor jongeren en beroepsonderwijs voor volwassenen ter verhoging van de flexibiliteit van de arbeidsmarkt.

Bij keuze voor de laatste functie, die overigens zeker te combineren is met het voldoen aan individuele behoeften, zal het voortgezet onderwijs voor volwassenen niet als een geïsoleerd systeem kunnen blijven bestaan en zal ook de differentiatie binnen dit systeem (bijvoorbeeld tussen algemeen voortgezet onderwijs en beroepsonderwijs) zich moeten wijzigen. Taakverdeling en samenwerking zal ook nodig zijn met CVV's (en CBB's) die hun functie pas goed kunnen vervullen in het kader van een werkgelegenheidsbeleid.

De bedrijfsexterne scholingsvoorzieningen voor volwassenen, die de bestrijding van werkloosheid ten doel hebben, kunnen hun functie in de huidige situatie van een voortdurend groeiende werkloosheid pas vervullen in het kader van een omvattend werkgelegenheidsbeleid. Nu kunnen zij hoogstens de arbeidskansen van een aantal individuen enigszins verbeteren. Dan zal echter behalve een verruiming van de toelating ook een uitbreiding en wijziging van de opleidingen nodig zijn, waarbij afstemming en coördinatie nodig is met de opleidingen die in het voortgezet onderwijs voor volwassenen tot ontwikkeling zullen komen.

Van de commerciële instellingen zijn die voor schriftelijk onderwijs belangrijk omdat van hun ervaring gebruik zal moeten worden gemaakt om de volwasseneneducatie betaalbaar te houden. Ook andere massamedia moeten worden ingeschakeld. Een multimediale aanpak zal voor veel vormen van volwasseneneducatie noodzakelijk zijn om bij beperkte financiële middelen de gewenste verscheidenheid zoveel mogelijk recht te doen. Het kabelnet, videobanden en op de duur de beeldplaat openen grote mogelijkheden.

Bedrijfsinterne scholingsvoorzieningen die ad hoc, tijdelijk en zeer gespecialiseerd zijn, hebben op zich zelf weinig affiniteit tot andere educatieve voorzieningen. Daarom ligt opnemning in een stelsel van volwasseneneducatie niet voor de hand.

Al met al vraagt een vergroting van de flexibiliteit van de arbeidsmarkt andere vormen van differentiatie en samenhang tussen educatieve voorzieningen dan er thans bestaan. Welke dat precies moeten zijn, kan nog niet vastgesteld worden. Eerst is nodig dat de voorwaarden worden geschapen, waarbinnen zich een dergelijke ontwikkeling kan voltrekken. Hiertoe behoort een decentrale aanpak.

Hoewel de volwasseneneducatie ten behoeve van privésfeer en publieke sfeer verwantschap vertoont met diverse andere welzijnsvoorzieningen, is die niet van zodanige aard dat er een nauwe samenhang bestaat qua taakstelling en doelgroep. Veeleer maken deze voorzieningen deel uit van de relevante omgeving van de volwasseneneducatie.

Ingebouwde educatie vindt haar voornaamste doel niet in de opleiding van de individuele deelnemer, maar in het leveren van een bijdrage aan de doelen van de organisatie waarvan zij deel uitmaakt. Uit de voortrekkersfunctie die ingebouwd werk kan hebben, kunnen echter allerlei impulsen voortkomen voor de zelfstandige volwasseneneducatie. In een stelsel van volwasseneneducatie zou gebruik gemaakt kunnen worden van de ervaring uit het ingebouwde werk door een dergelijk stelsel opgebouwd te zien uit educatieve activiteiten en niet uit institutionele voorzieningen. Uiteenlopende instellingen kunnen dan hun bijdrage leveren zonder dat de overheid verantwoordelijkheid draagt voor deze instellingen in hun geheel. Omgekeerd zou de zelfstandige volwasseneneducatie diensten kunnen verlenen aan andere organisaties en aan groepen.

Nieuwe differentiaties ontstaan ten gevolge van een oriëntatie op doelgroepen, die aan belang wint, naast de van oudsher bestaande afstemming op een via de markt benaderde vraag. De doelgroepenbenadering maakt het noodzakelijk het educatief aanbod samen met de deelnemer te ontwikkelen, een democratisering die als pendant overheidsbesluitvorming op decentraal niveau heeft. In dit verband moet aan de bevordering van zelforganisatie de voorkeur worden gegeven boven marketing van volwasseneneducatie voor specifieke doelgroepen.

Educatieve behoeften in de arbeidssfeer en in de privésfeer zullen dichter bij elkaar komen en een educatief aanbod vergen waartoe verschillende voorzieningen zullen kunnen bijdragen, daarmee sociale stabiliteit en integratie dienend.

In het grensgebied van volwasseneneducatie en jeugdonderwijs doen zich tegengestelde ontwikkelingen voor. Sommige gaan in de richting van een eigen functie voor de volwasseneneducatie, waarin de nadruk ligt op flexibiliteit en pluriformiteit. Andere tenderen naar een volwasseneneducatie i.c. volwassenenonderwijs dat als tweede leerweg en tweede kansonderwijs de nadruk legt op continuiteit en uniformiteit. In het licht van maatschappelijke en individuele behoeften is de functionaliteit van de laatste ontwikkeling twijfelachtig. Hij vloeit mede voort uit een opvatting van gelijke kansen, die dreigt zijn doel voorbij te schieten.

De veranderende sociale positie van jongeren vanaf 16 jaar maakt het legitiem hun de keuze te geven tussen de eerste leerweg en onderwijs voor volwassenen, maar deze niet op dezelfde leest te schoeien.

Dit alles leidt tot de volgende algemene conclusies.

De volwasseneneducatie is een veld in ontwikkeling. De groei van de vraag zal zich voortzetten. De overheid heeft verantwoordelijkheid voor de volwasseneneducatie aanvaard en die geplaatst in een perspectief van permanente educatie en wederkerende educatie. Het huidig overheidsbeleid staat echter op verschillende punten op gespannen voet met principes van permanente en wederkerende educatie.

Er is een spanning tussen de nadruk op achterstandsbestrijding en functies die de volwasseneneducatie, mede uit een oogpunt van permanente educatie, ten behoeve van maatschappij en individueel welzijn zou kunnen uitbouwen. Speciale voorzieningen voor achterstandsbestrijding moeten daarom alleen ingesteld worden waar dit beslist niet anders kan (bijv. alfabetisering, onderwijs in de Nederlandse taal). In het algemeen moet de volwasseneneducatie zo ingericht worden dat zij die een tekort aan jeugdonderwijs hebben, terecht kunnen bij voorzieningen waar ook anderen gebruik van maken.

In het algemeen heeft het scheppen van afzonderlijke voorzieningen voor allerlei doelgroepen bezwaarlijke kanten. Het bevordert categoriale isolatie, versplintering in belangengroepen en verhindert dat de volwasseneneducatie vorm krijgt met het oog op permanente en wederkerende educatie voor allen.

2. Er is ook een spanning tussen volwasseneneducatie — en dan met name het huidige voortgezet onderwijs — als tweede leerweg voor jongeren die nog geen arbeidservaring hebben en als onderricht voor volwassenen met ervaring, dat mede dient ter vergroting van de flexibiliteit van de arbeidsmarkt. Het laatste past in een perspectief van permanente en wederkerende educatie; het eerste niet.

3 Ten slotte is er een spanning tussen de wijze waarop educatieve voorzieningen die daartoe wettelijk in staat gesteld zijn, zich thans ontwikkelen en de mogelijkheden die andere voorzieningen ter beschikking staan. Bij permanente en wederkerende educatie zal niet alleen de reeds genoemde afstemming op de arbeidsmarkt van belang zijn, met name ook educatie van een oriënterend karakter, die kan bijdragen aan de zingeving van het bestaan, zal een grote plaats moeten innemen. Beide ontwikkelingen krijgen onvoldoende kansen door het automatisme in de toekenning van financiële middelen aan het voortgezet onderwijs.

In deze paragraaf zijn de uitspraken herhaald die eerder werden gedaan over de richting die de ontwikkeling van volwasseneneducatie zou moeten inslaan om deze spanningen op te lossen in een beantwoording aan de behoeften van individu en maatschappij. Het zijn uitspraken die de ontwikkeling niet voortijdig willen vastleggen, maar integendeel een evenwichtige uitgroei, een functionele samenhang en een grote flexibiliteit van de voorzieningen op het oog hebben. Daartoe is het nodig de verkokerde ontwikkeling te doorbreken. De mogelijkheid moet geschapen worden om het educatieve aanbod af te stemmen op de behoeften van cliënt, arbeidsbestel, privé- en publieke sfeer en op de ruimte die er in een eventueel betaald educatief verloop zit. Een grote plaats moet ingeruimd worden aan nieuwe educatieve vormen en inhoud. Strijdig daarmee zijn de ontwikkelingen in het volwassenenonderwijs, die dit constitueren als een duplicaat van het jeugdonderwijs, waar straks niet meer aan valt te tornen. Voor de opbouw van de volwasseneneducatie zullen de middelen beperkt zijn. Dit vergt zowel goede afweging tussen educatieve activiteiten als samenwerking om tot de meest effectieve benutting van aanwezige capaciteit te komen. Voor beide is het plaatselijke of regionale niveau het meest aangewezen, daar zowel behoeften als voorzieningen plaatselijk verschillen. De volgende paragraaf gaat in op de bestuurlijke voorwaarden voor de gewenste ontwikkeling.

### 6.6.2 *Institutionele vormgeving*

De Raad beperkt zich tot de naar zijn mening belangrijkste aspecten van de institutionele vormgeving. Uitgangspunt is dat het veld van de volwasseneneducatie geen tabula rasa is; er zijn vele instellingen werkzaam, elk met eigen ervaring en deskundigheid. Hiervan moet een zo goed mogelijk gebruik worden gemaakt. In het voorgaande bleek echter dat de functies die de volwasseneneducatie vervult of zou kunnen vervullen maar ten dele parallel lopen met de bestaande geleding van voorzieningen. Afstemming van werkzaamheden, min of meer vergaande samenwerking, zelfs samensmelting van voorzieningen zal nodig zijn. Er is echter nog geen duidelijkheid omtrent de wenselijke samenhang en differentiatie van voorzieningen. Gewaakt moet worden voor een voortijdige fixatie in structuren en taken. Om in de groeiende en variërende educatieve behoeften te voorzien moet veeleer een grote mate van flexibiliteit bewaard blijven.

De Raad is van mening dat zowel voor beweeglijkheid als samenwerking betere voorwaarden zijn geschapen als de overheid haar bijdrage overwegend uitkeert als bijdrage in de bekostiging van educatieve

activiteiten en niet als bijdrage in de kosten van institutionele voorzieningen. Bepaalde educatieve activiteiten zijn niet gebonden aan bepaalde instellingen, zij kunnen door uiteenlopende instellingen alleen of in samenwerking worden verzorgd. De begrenzing van het veld waarmee de overheid in het kader van volwasseneneducatie te maken heeft, is ook gemakkelijker vast te stellen voor educatieve activiteiten dan voor instellingen. Zo ligt het niet in de rede niet-educatieve instellingen die educatieve activiteiten ingebouwd hebben als instelling een subsidie te verlenen. Voor zover echter hun educatief werk niet uitsluitend ten dienste staat van het niet-educatieve doel van de instelling, maar een zelfstandige en ruimere betekenis heeft, zou dit zich wel lenen voor een bijdrage in het kader van de volwasseneneducatie. Gezien de ervaring en deskundigheid waarover dergelijke instellingen beschikken, kan hun inbreng in zelfstandige educatieve activiteiten gewenst zijn.

Om de individuele welzijnsdoelen en de maatschappelijke doelen zo goed mogelijk te combineren is het noodzakelijk dat het educatief aanbod in overleg met enerzijds cliënten en anderzijds maatschappelijke organisaties wordt vastgesteld. Een dergelijk aanbod, dat moet kunnen variëren naar plaatselijke behoeften en omstandigheden, komt het best tot stand op plaatselijk of regionaal niveau. De Commissie Open School en de Commissie Bevordering Plaatselijke Educatieve Netwerken hebben in hun adviezen de opbouw van onderaf benadrukt. De Raad deelt dit standpunt. Hij is van mening dat alle instellingen en groepen die aanspraak willen maken op overheidsgelden ten behoeve van educatief werk, zich moeten aansluiten bij een plaatselijk of regionaal samenwerkingsverband. Een van de taken van dit verband is het doen van voorstellen aan het gemeentebestuur voor de besteding van beschikbare gelden. Een samenwerkingsverband moet gedragen worden door vragers en aanbieders van educatie. Vragers zijn zowel individuele cliënten als maatschappelijke organisaties, die bepaalde educatieve behoeften onderkennen die samenhangen met hun eigen functie of functioneren (bijv. gewestelijke arbeidsbureaus, vertegenwoordigers van bevolkingsgroepen of van wijk of buurt). Een dergelijk samenwerkingsverband kan een publiekrechtelijk of privaatrechtelijk lichaam zijn met een lokaal dan wel regionaal werkterrein.

De gemeenteraad stelt naar aanleiding van de voorstellen uit het samenwerkingsverband een meerjarenplan en een jaarlijks programma voor de volwasseneneducatie vast. Op onderwijsvoorzieningen zijn de Wet op het Voortgezet Onderwijs en de Wet op het Leerlingwezen van toepassing behoudens hetgeen hierna wordt gezegd over de besteding van gelden krachtens de Wet op het Voortgezet Onderwijs.

De gemeenten kunnen voorzieningen die het bereik van één gemeente overstijgen, in een vorm van intergemeentelijke samenwerking tot stand brengen.

Een belemmering voor een evenwichtige ontwikkeling van de volwasseneneducatie is het ontbreken van een gecoördineerd budget; tot dusverre passen de drie voornaamste betrokken departementen immers elk afzonderlijk hun regelingen toe. Naar de mening van de Raad is het noodzakelijk dat de onderlinge beleidsafstemming wordt versterkt en dat de besteding van de geldstromen afkomstig van de departementen wordt gecoördineerd. Hierbij wordt de mogelijkheid geschapen om gelden die thans krachtens de Wet op het Voortgezet Onderwijs kunnen worden besteed aan volwassenenonderwijs, dat hoofdzakelijk het jeugdonderwijs dupliceert, slechts ten dele daaraan uit te geven en ze voor het overige deel ten goede te laten komen aan andere in het plan figurerende educatieve activiteiten. Uit de gecoördineerde geldbron wordt een interdepartementale 'doeluitkering' gedaan aan de gemeente(n) op basis van het ingediende plan. Het plan wordt op Rijksniveau marginaal getoetst. Om de betrokken ministers op deze punten te adviseren wordt een interdepartementale commissie ingesteld met een onafhankelijke voorzitter.

Rijksinspecties voor zover op onderdelen van de volwasseneneducatie

werkzaam, blijven hun taken vervullen. Centrale toetsing is noodzakelijk met betrekking tot de kwaliteit van het aanbod, i.c. de vaststelling van eisen voor diploma's met algemene geldigheid of civiel effect, en de rechtszekerheid van het eigen personeel moet worden gewaarborgd.

Het zal opvallen, dat in het voorstel van de Raad geen plaats wordt ingeruimd aan het centraal voorschrijven van een zogenaamd basisaanbod. In paragraaf 6.5.4 werd reeds twijfel geuit over de noodzaak hiervan. Aan de daar gegeven argumenten zijn de volgende toe te voegen. Als er al sprake is van erkenning van een sociaal grondrecht dan verschaft dit geen individueel recht op een voorziening. De erkenning is een beginseluitspraak. Slechts in die zin heeft de bepaling politieke betekenis dat burgers en maatschappelijke groepen die zich tot de politieke organen wenden met de vraag om een voorgeschreven basisaanbod, mogen verwachten dat hun wens op de politieke agenda komt.

Het voorschrijven van een basisaanbod is bovendien in die zin een heilloze zaak dat de ene voorziening de andere zal uitlokken. De Commissie Bevordering Plaatselijke Educatieve Netwerken heeft een lijst van voorzieningen gepubliceerd, die naar haar mening individueel opeisbaar dienen te zijn<sup>48</sup>. Nog afgezien van de financiële gevolgen zou met het aanwijzen van deze voorzieningen als basisaanbod een aanzienlijk deel van de volwasseneneducatie vastgelegd worden en er weinig ruimte overblijven voor autonome beleidsvorming op plaatselijk en regionaal niveau.

Het principiële argument tegen centrale vaststelling van een basisaanbod ligt in een ander vlak. Als het basisaanbod voorzieningen betreft waarvan op basis van grondrechten en via democratische besluitvorming vaststaat dat zij aanwezig moeten zijn<sup>49</sup>, dan mag men aannemen dat hierover een redelijke mate van consensus bestaat, zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau. Deze consensus behoeft dan niet nog eens door centrale besluitvorming te worden bevestigd. De gemeenten zullen daar dan immers ook zeker rekening mee houden. Alles bijeen kan de centrale overheid zich beperken tot het aangeven van de educatieve behoeften waaraan moet worden voldaan en de prioriteiten daartussen. Een opsomming van institutionele voorzieningen of educatieve activiteiten kan achterwege blijven.

Er is echter ook een redenering mogelijk die het individu tot uitgangspunt neemt. Dat er in onze samenleving een leerplicht bestaat, houdt in dat een bepaald minimum aan educatie noodzakelijk geacht wordt. Mensen die deze buiten eigen schuld niet hebben ontvangen, hebben er recht op deze alsnog te krijgen. Leerplicht en leerrecht worden gekoppeld. De normen van wat aan minimale educatie nodig is, zijn echter aan verschuivingen onderhevig. Daarmee zou het basisaanbod zeer uitdijen en ontwikkelingen ten behoeve van permanente educatie belemmeren. Als men op genoemde grond tot een individueel opeisbaar basisaanbod zou willen besluiten, dan verdient het in ieder geval aanbeveling dit te beperken tot die kennis en vaardigheden die strikt noodzakelijk zijn om zich in het dagelijks leven te redden. Dit aanbod zou nauwkeurig omschreven moeten worden. 'Alfabetisering' en 'elementaire educatie' zullen eronder vallen, maar niet 'basisverbreding' en 'algemene beroepskwalificatie'. Dat betekent ook dat het thans geldende leerrecht ingevolge het van toepassing verklaren van artikel 75 van de Wet op het Voortgezet Onderwijs op dag-avondonderwijs nader overwogen moet worden.

De Raad pleit er echter voor de gemeenten in eerste instantie de vrije hand te laten in de uitvoering van centrale richtlijnen. Correcties kunnen altijd nog worden aangebracht.

De hier bedoelde elementaire educatie zal voornamelijk ten goede

<sup>48</sup> Commissie Bevordering Educatieve Netwerken, *Educatieve netwerken in opbouw*; 5e advies, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, mei 1979, blz. 44 e.v..

<sup>49</sup> Knelpuntennota; Rapport van de beraadsgroep Knelpunten, Harmonisatieraad welzijnsbeleid en welzijnswetgeving, 's-Gravenhage, 1974, blz. 48.

komen aan groepen die niet alleen educatieve achterstanden hebben, maar sociaal-economisch tot de minder bedeelden behoren. Uit dien hoofde is volledige bekostiging van dit aanbod door de overheid redelijk. Voor al het overige aanbod is een bijdrage van de gebruiker op zijn plaats. Voor de hoogte daarvan kan zowel het inkomen van de verbruiker bepalend zijn, als de mate waarin de betreffende vorm van educatie bijdraagt aan maatschappelijke doelstellingen. Het kan tot de taak van voornoemde interdepartementale commissie gerekend worden periodiek globale richtlijnen op te stellen.

Bij een voorkeur voor financiering van educatieve activiteiten moet onderkend worden dat dan een goede infrastructuur een vereiste is. Zowel de plaatselijke samenwerkingsverbanden als de instellingen hebben ten behoeve van ontwikkeling en innovatie ondersteuning nodig op regionaal en landelijk niveau. De bestaande versnippering in de ondersteuning maakt een centraal punt eer meer dan minder noodzakelijk. Om de scheiding tussen vorming, scholing en onderwijs ook in de steunstructuur te doorbreken, zou een samensmelting van een aantal bestaande delen van instellingen de voorkeur verdienen<sup>50</sup>. Dit centrale orgaan kan eveneens de Rijksoverheid adviseren over de regeling van examen- en bevoegdheidseisen.

Samenvattend gezegd is er een regeling nodig op de volwasseneneducatie, waarin voorkomen:

- de coördinatie van het beleid op Rijksniveau door de instelling van een interdepartementale commissie die de betrokken ministers adviseert over de besteding van de voor dit doel samengevoegde gelden afkomstig van hun departementen en die globale richtlijnen geeft voor het gemeentelijke beleid;
- de verplichting voor instellingen en groepen die aanspraak willen maken op overheidsgelden voor educatieve doeleinden, om lid te worden van een lokaal of regionaal samenwerkingsverband;
- de plicht van de gemeenten om door middel van een meerjarenplan en jaarlijks programma een afweging te maken tussen te financieren educatieve activiteiten en institutionele voorzieningen;
- de toetsing door de interdepartementale commissie van het plan aan bestaande normen van wet;
- de instelling van een centraal orgaan dat dient tot
  - ondersteuning van plaatselijke samenwerkingsverbanden en educatieve instellingen met advies en informatie;
  - advies aan de Rijksoverheid met betrekking tot de regeling van examen- en bevoegdheidseisen.

De Raad laat in het midden of deze regeling al terstond het karakter moet hebben van een formele wet; hij kan zich voorstellen dat het uit een oogpunt van flexibiliteit de voorkeur verdient eerst ervaring op te doen met een minder zware regeling.

<sup>50</sup> De CBPEN pleit voor een instelling opgebouwd uit het Studiecentrum Nederlands Centrum voor Volksontwikkeling en deeltaken van Stichting proefprojecten Open School, Stichting voor de Leerplanontwikkeling en Pedagogisch Centrum Beroepsonderwijs Bedrijfsleven.

## 7. CONCLUSIES OVER DOELSTELLINGEN EN MIDDELEN VAN HET WELZIJNSBELEID

### 7.1 Inleiding

Het beleid ten aanzien van door de welzijnssector geboden dienstverlening is in de vier voorgaande hoofdstukken geëvalueerd tegen de achtergrond van doelstellingen. Het resultaat leidde tot conclusies over het gebruik van beleidsmiddelen en beleidsdoelstellingen in de somatische en geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor ouderen en de volwasseneducatie.

De vraag naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid bleek genuanceerd te moeten worden beantwoord. Ten dele bestaat er onduidelijkheid over de effectiviteit van voorzieningen. Belangrijker is dat bevestiging noch ontkenning van doeltreffendheid ooit voor een geheel gebied of tak van dienstverlening gelden. Er bestaan echter wel degelijk problemen van doeltreffendheid en doelmatigheid. De oplossing daarvan kan echter niet liggen in uniforme, 'eenvoudige' maatregelen (bijv. vermindering van het aantal formatieplaatsen). Er dient rekening gehouden te worden met de functies van de betreffende dienstverlening. In de hoofdstukken 3 t/m 6 werd bij herhaling geconcludeerd dat andere beleidsmiddelen dan de nu gebruikte een sterker accent moeten krijgen. Maar om doeltreffend te kunnen zijn moet een beleid ook in zijn doelstellingen rekening houden met de mogelijkheden van de dienstverlening, die mede bepaald worden door maatschappelijke ontwikkelingen. De hoofdstukken 3 t/m 6 leveren niet alleen conclusies op over de middelen maar ook over de doelstellingen. In dit hoofdstuk worden gevolgtrekkingen over doelstellingen en middelen op een algemeen niveau gebracht.

De behoeften waarin de dienstverlening voorziet, zijn zeer verscheiden en daarmee is ook een verscheidenheid aan vormen en beleidsgebieden ontstaan, die elk een eigen identiteit hebben. Het is echter mogelijk en noodzakelijk voor het kunnen stellen van prioriteiten normatieve uitgangspunten te formuleren die voor elk gebied gelden, al zullen zij steeds een voor dat gebied specifieke uitwerking krijgen. In algemene zin worden in paragraaf 7.2 dergelijke beleidsdoelstellingen die het karakter van uitgangspunten dragen, behandeld: hun interpretatie en hun onderlinge verhouding. De beleidsmiddelen zijn in hoofdstuk 3 t/m 6 in verband gebracht met doelstellingen. In aansluiting hierop worden de conclusies over de middelen van beleid eveneens in een algemene beschouwing verwerkt (7.3). Het hoofdstuk wordt besloten met een nawoord (7.4), waarin de implicaties van de voorstellen voor gebruiker, dienstverlener en overheid in korte trekken worden weergegeven.

### 7.2 Doelstellingen van het welzijnsbeleid

#### 7.2.1 *Individueel welzijn*

*In de hoofdstukken 3 t/m 6 is een andere conceptie van individueel welzijn voorgesteld dan de tot nu toe in de dienstverlening gebruikelijke. Het is er een waarbij de positieve ervaring van het eigen bestaan meer gekoppeld wordt aan eigen verantwoordelijkheid en daadkracht. Bovendien wordt aanbevolen dat naast het individueel welzijn ook maatschappelijke doelstellingen (sociale gelijkheid, sociale integratie en sociale stabiliteit) voldoende aandacht krijgen. Daarmee verandert de verantwoordelijkheid van de overheid, zowel ten opzichte van de gebruiker van de dienstverlening als ten opzichte van de dienstverlening zelf. Dit betekent geen terugtreden van de overheid ten aanzien van de ver-*





*antwoordelijkheid voor het individueel welzijn. Het heeft wel als consequentie dat in het overheidsbeleid minder wordt gesteund op het bieden van welzijnsvoorzieningen. Hieronder wordt een en ander toegelicht.*

Wat welzijn is, werd in het tijdperk van de verzuiling bepaald door de normatieve integratiekaders waarbinnen de diensten werden verstrekt. Aanpassing van het individu aan de normen van de groep was een belangrijk doel, dat ook gezien werd als strekkend ten voordele van het individu. De ontzuiling en de professionalisering hebben dit normatieve aspect verzwakt of doen verdwijnen, waarmee centraal kwam te staan de subjectieve opvatting van de ontvanger over zijn welzijn of wat de dienstverlener als het welzijn van de cliënt zag. De keuzevrijheid van de cliënt werd daarbij meer en meer van belang en is aldus een belangrijk element in de ervaring van welzijn geworden.

Een veelomvattende conceptie van individueel welzijn werd leidraad van de welzijnssector, zoals blijkt uit de in voorgaande hoofdstukken vermelde groei en differentiatie van voorzieningen. De bekende definitie van gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk en maatschappelijk welbevinden, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek, is wel degelijk een uitdrukking van tendensen in de gezondheidszorg. Gezondheid wordt gelijkgesteld met het in alle opzichten positief ervaren van het eigen bestaan. In de geestelijke gezondheidszorg wordt dezelfde ruime definitie van individueel welzijn als doelstelling van de hulpverlening gehanteerd als in de somatische gezondheidszorg. Geestelijke gezondheidszorg heeft niet alleen een taak als er psychische of somatische klachten zijn met een psychische of sociale oorzaak en als mensen een afwijkend gedrag vertonen, maar ook wanneer mensen belemmeringen ervaren bij de ontplooiing van persoonlijke capaciteiten en sociale vaardigheden. Het doel van de volwasseneneducatie is eveneens veelomvattend. Men vindt onder andere cursussen ter voorbereiding op de arbeidsmarkt, tot verdieping van maatschappelijk inzicht en tot ontplooiing van talenten. In de zorg voor ouderen is men in de loop van de tijd aan steeds meer individuele behoeften aandacht gaan schenken. Er wordt niet meer alleen gezorgd voor voeding en onderdak, maar ook voor hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, bij huishoudelijke werkzaamheden en bij het in stand houden van sociale contacten.

Daarmee is een geheel van voorzieningen geschapen, dat globaal gezien vanuit een welzijns perspectief een positief te waarderen verworvenheid is. Deze verworvenheid is gepaard gegaan met een kanalisering van koopkrachtstromen via publieke heffingen, zoals belastingen en sociale premies. Daarbij werd tevens de band tussen beslissen (over het aanbod van de welzijnsvoorzieningen), betalen (via heffingen) en genieten (door de vragers van de voorzieningen) vrijwel geheel verbroken. In plaats van de allocatie van voorzieningen via de markt trad de toedeling ervan door middel van regulering en budgettering. Tevens werd op deze wijze een belangrijke groeisector van de arbeidsmarkt opengelegd, vooral omdat de dienstverlening op het terrein van het specifieke welzijn nogal arbeidsintensief is. Niettemin dringen zich in steeds sterkere mate twee cruciale problemen op, namelijk:

- een voortdurende uitdijning en differentiatie van de vraag, die voortvloeit uit de opvatting van individueel welzijn,
- op een aantal punten een gebrek aan effect of zelfs een negatief effect van het aanbod.

In de hoofdstukken 3 t/m 6 is gezocht naar methoden om de vraag enigermate in te dammen. Er is in de hoofdstukken over somatische en geestelijke gezondheidszorg gewezen op de noodzaak van een grotere doelmatigheid door vergroting van het kostenbewustzijn en door een scherpere selectie van ernstige en minder ernstige vragen door de dienstverlener. Daarboven kan met name de centrale overheid door stringente normstelling (beddennormen bijvoorbeeld) de capaciteit van de dienstverlening, in onder andere de somatische gezondheidszorg en de zorg voor ouderen, binnen de perken houden. De normstelling is

noodgedwongen een betrekkelijk ruwe schatting van de zwaarwegende behoeften waarop een professioneel antwoord dient te worden gegeven. Bijstelling vanuit het veld waar bovenomschreven selectieprocessen plaatsvinden, is steeds aan de orde.

Garanties dat ook binnen een teruglopende economie aan zwaarwegende behoeften blijvend kan worden voldaan, worden in de voorgaande hoofdstukken uitgewerkt in de vorm van wet en regel enerzijds en in een financiële structuur anderzijds. Zekerstelling geschiedt via een basispakket in de sociale verzekering of via algemene middelen met vastgelegde bestemming.

Tegenover deze weliswaar zeker gestelde maar ook beperkte dienstverlening, die relatief duur is (gespecialiseerd, intramuraal), staan minder dure, weinig gespecialiseerde dienstverleningsvormen die conform de beleidsadviezen zelfs zouden kunnen toenemen. Op een aantal punten wordt daarmee tegemoet gekomen aan een groeiende vraag die verband houdt met de demografische ontwikkelingen (toename van ouderen) of met culturele ontwikkelingen (permanente educatie). Op een aantal punten hebben de eenvoudige minder gespecialiseerde dienstverleningsvormen ook de betekenis van het terugdringen van de vraag. Met name de onderlinge hulp van lotgenoten en een grotere aandacht voor de mogelijkheden van mantelzorg kunnen het beroep op de beroepsmatige hulpverlening beperken.

Daarnaast is er in de hoofdstukken 3 t/m 6 aandacht besteed aan een grotere mate van eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid van het individu. Dit heeft ten dele te maken met het terugdringen van de vraag, maar daarnaast ook met het vermijden van de negatieve effecten van veel hulpverlening waarbij de cliënt in belangrijke mate afhankelijk wordt van de dienstverlener. Een overdreven afhankelijkheid beperkt zijn welzijn op zich al, maar daarbij komt nog dat door het overwicht van de dienstverlener soms eerder de behoeften van de laatste een rol spelen dan van degene om wiens behoeften het in feite gaat, namelijk de vrager.

In de hoofdstukken 3 t/m 6 is bijgevolg een gewijzigde conceptie van individueel welzijn gehanteerd, waarin het niet meer uitsluitend de dienstverlening is die de taak heeft het subjectief welzijn te dienen, maar waarin de gebruiker een eigen verantwoordelijkheid heeft om in de betreffende behoeften en problemen te voorzien, hetzij zelf (door aankoop of zelfvoorziening), hetzij daarin gesteund door de professionele dienstverlening, of door zijns gelijken. De afhankelijkheid van de dienstverlener wordt kleiner, de keuzevrijheid groter, het onwelzijn ten gevolge van dienstverlening wordt minder, er wordt meer aan het individu gelaten aan eigen overweging, eigen activiteit en deelneming in groepen of structuren en op een aantal punten meer van hem geëist aan financiële inbreng en verantwoordelijkheid.

Hiermee wordt de verantwoordelijkheid van de overheid voor het individueel welzijn van de burger uiteraard niet opgeheven. In zekere zin wordt de overheidstaak zelfs veelomvattender en wel omdat de onderlinge afhankelijkheid van individuen groeit. Individuen en groepen van individuen kunnen een groot aantal zaken niet meer onderling regelen maar hebben daar de overheid voor nodig. Deze waarborgt een zekere kwaliteit van het bestaan, waarmee verwachtingen geschapen worden dat deze kwaliteit een collectieve verantwoordelijkheid blijft en niet een zuiver individuele. Het is echter niet zo dat deze verantwoordelijkheid altijd gestalte moet krijgen in het bieden van welzijnsvoorzieningen.

De verantwoordelijkheid van de overheid voor het beschikbaar stellen van voorzieningen heeft grenzen. Die grenzen liggen aan twee kanten. Enerzijds is het zo dat wanneer de problemen in omvang toenemen de dienstverlening meer het karakter krijgt van een druppel op een gloeiende plaat. Dit zet de legitimiteit van een beleid dat problemen tracht op te lossen door het bieden van georganiseerde dienstverlening onder druk. Dit zal in de toekomst meer en meer het geval kunnen zijn als gevolg van demografische ontwikkelingen, voortgaande individualisering en wellicht steeds stijgende werkloosheid. Dan wordt eerst recht voelbaar in hoever-

re de inrichting van de samenleving de oorzaak is van individueel onwelzijn. Voor zover de overheid deze oorzaken kan bestrijden, moet dat dikwijls gebeuren door maatregelen buiten de sector van het specifiek welzijnsbeleid. Dit houdt tevens in dat het bevorderen van het individueel welzijn, door het bieden van voorzieningen, moet worden afgewogen tegen maatschappelijke doelstellingen zoals sociale gelijkheid, sociale integratie en sociale stabiliteit. Hierop wordt in de volgende paragrafen verder ingegaan.

Anderzijds ligt de grens bij wat het individu zelf kan betalen of zelf kan doen, eventueel samen met anderen.

Het bevorderen van het zelf doen ontmoet de belemmeringen

- dat de mensen het veelal ontwend zijn en
- dat de professionele hulpverlening er niet op is ingesteld.

Er zijn reeds allerlei voorbeelden van wat mensen in onderling verband zelf en voor elkaar doen. De overheid zal dit moeten stimuleren, enerzijds door verstrekking van faciliteiten en wat geld zonder daaraan veel voorwaarden te verbinden, anderzijds door het stellen van limieten aan beroepsmatige voorzieningen als de zelfvoorziening levensvatbaar lijkt. Beroepsmatige voorzieningen zullen mensen ook moeten verwijzen naar alternatieven en die moeten bevorderen. De overheid zal hierop druk moeten uitoefenen. Dit kan door enerzijds beroepsmatige dienstverlening in staat te stellen zich ter beschikking van nieuwe vormen te stellen, anderzijds de middelen voor traditionele beroepsmatige dienstverlening te beperken. (Zie voor uitwerking 7.3.5 'Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg'.)

Vanuit de beroepsmatige dienstverlening wordt wel gewezen op de onvolmaaktheden van dergelijke voorzieningen. De in de beroepsmatige dienstverlening nagestreefde perfectie heeft echter ook zijn beperkingen. Zo wordt veel hulpverlening bijvoorbeeld alleen overdag verstrekt en zo is er in de gezondheidszorg wel sprake van technische perfectionering, maar is er vaak weinig aandacht voor de patiënt zelf. De imperfecties van nieuwe vormen van onderlinge dienstverlening zijn van andere aard. Er is geen reden aan te nemen dat zij meer afbreuk doen aan het individueel welzijn zoals hier opgevat. Overigens zullen professionele werkers de imperfecties kunnen verminderen door hun deskundige bijstand te geven aan zelfverzorgers en vrijwilligers. (Zie voor uitwerking 7.3.5.)

De ratio van eigen financiële bijdragen bij het gebruik van een collectieve voorziening ligt in:

- het expliciet maken van een eigen keuze,
- een vergroting van het kostenbewustzijn,
- het stimuleren van het zoeken naar alternatieve (goedkopere)

oplossingen.

Samenvattend kan worden gezegd dat de in het rapport voorgestelde gedeeltelijke verlichting van overheidstaken inzake het specifieke welzijnsbeleid als achtergrond heeft een zeker accent op de versterking van de verantwoordelijkheid van het individu voor zichzelf en voor anderen in zijn omgeving. Een ander argument voor de verschuiving van taken kan gevonden worden in de ontwikkelingen in de vraag naar voorzieningen. Alle aan welzijnsbeleid gestelde eisen zullen niet gerealiseerd kunnen worden. Als er onjuiste verwachtingen bestaan ten aanzien van het overheidsbeleid komt de legitimiteit van dit beleid onder druk. Een nadere bepaling van de verantwoordelijkheid van de overheid voor georganiseerde dienstverlening is vereist. Dit impliceert niet dat hiermede de verantwoordelijkheid voor het individueel welzijn van de burger wordt beperkt. Als het collectief te financieren deel van het aanbod van voorzieningen wordt beperkt tot bijvoorbeeld een basispakket in de gezondheidszorg, of wettelijk vastgelegde essentiële voorzieningen voor ouderen, hoeft dit niet in strijd te zijn met de doelstelling van individueel welzijn. Deze verantwoordelijkheid kan ook tot uitdrukking komen in het streven naar sociale gelijkheid, sociale integratie en sociale stabiliteit. Hiertoe kan ander beleid (inkomensbeleid, flexibele pensionering van

ouderen bijvoorbeeld) een beter middel zijn dan het bieden van georganiseerde dienstverlening.

### 7.2.2 Sociale gelijkheid

*Kort samengevat is de gelijkheidsdoelstelling in de hoofdstukken 3 tot en met 6 als volgt geïnterpreteerd. De sociaal-economische ongelijkheid tussen bevolkingscategorieën wordt niet verkleind door dienstverlening. Deze voorzieningen verhogen wel over de hele linie de kwaliteit van het bestaan. Het is noodzakelijk een basisniveau van voorzieningen te blijven garanderen. Als een eigen financiële bijdrage van de gebruiker wordt gevraagd, mag dit de gelijkheid van toegang tot deze voorzieningen niet in de weg staan. Extra voorzieningen voor zogenaamde achtergebleven groepen zijn noodzakelijk, waarbij overigens zowel wat groepen als voorzieningen betreft een nauwkeurige selectie moet worden gemaakt. Wat aan gewenste voorzieningen boven het basisniveau uitgaat, zal in principe voor rekening van de gebruikers moeten komen. Hieronder worden deze standpunten toegelicht.*

Bij gebruik van de termen gelijkheid en ongelijkheid in dit rapport is voortdurend gedacht aan een vaststelling daarvan met behulp van objectieve criteria. In hoofdstuk 2 is reeds afstand genomen van subjectief ervaren ongelijkheid, die ook als relatieve deprivatie te boek staat, omdat vermindering hiervan geen doelstelling is die kan worden gerealiseerd<sup>1</sup>. Daarbij komt dat dit ook in conflict kan komen met maatschappelijke doelstellingen van sociale integratie en sociale stabiliteit.

In het algemeen wordt het streven naar sociale gelijkheid in de welzijnssector opgevat als het bieden van gelijke toegang tot de geboden voorzieningen. In de somatische gezondheidszorg wordt gestreefd naar een gelijke toegang tot voorzieningen voor verschillende inkomenscategorieën en mensen met verschillende ziekten en aandoeningen. In het rapport is geconstateerd dat de gezondheidszorg in dit opzicht belangrijke successen heeft geboekt. Aan de andere kant loopt de gelijke toegang voor ouderen en jongeren gevaar. Er is sprake van een afnemende solidariteit tussen beide groepen. Ook wordt gewezen op de ongelijke positie waarin zelfstandigen en loontrekkenden verkeren wat betreft de verzekering van hun gezondheidsrisico's. In verband met deze ongelijkheid in toegankelijkheid zijn voorstellen gedaan tot verbetering door het verplicht stellen van een volksverzekering voor een basispakket medische voorzieningen. Ook in de extramurale geestelijke gezondheidszorg wordt gestreefd naar een gelijke toegankelijkheid voor de verschillende categorieën cliënten. De moeilijkheid is hier dat niet alle cliënten even goed geholpen kunnen worden. Er vindt soms een negatieve selectie plaats ten opzichte van 'hopeloze' gevallen, mensen met een lager inkomen en weinig opleiding en ten opzichte van ouderen. In de volwasseneneducatie en de zorg voor ouderen wordt dikwijls met succes getracht een gelijke toegang van voorzieningen voor mensen met dezelfde problemen en behoeften te waarborgen. Het streven naar gelijke toegang van voorzieningen is vooral versterkt door de publieke financiering. Gelijke toegankelijkheid is min of meer als voorwaarde gesteld. Als gevolg hiervan verloren de vele particuliere voorzieningen hun particularistische karakter en werden zij universalistisch.

Specifieke voorzieningen worden veelvuldig geclaimd met een beroep op de 'achterstand' van de betreffende categorie. Hier dient echter een selectief beleid te worden gevoerd. In de eerste plaats zijn categorieën niet altijd in hun geheel als achterblijvers te kenschetsen (wat bijv. geldt voor vrouwen) en voorts strekt de behoefte zich niet altijd uit over alle soorten voorzieningen. In verband met de hier gehuldigde conceptie van

<sup>1</sup> Het is mogelijk de begrippen 'objectief' en 'subjectief' zodanig te relativiseren dat hiermee het onderscheid tussen ongelijkheid en relatieve deprivatie wegvalt. In de praktijk is dit onderscheid echter redelijk bruikbaar.

individueel welzijn hebben die voorzieningen prioriteit, die het vermogen om het eigen welzijn zelf te behartigen, vergroten. Vaak zullen dat voorzieningen in de sfeer van informatie en educatie zijn. Bij de volwasseneneducatie werd gewezen op de elementaire educatieve behoeften van buitenlanders, analfabeten en vrouwen die nauwelijks lager onderwijs hebben genoten. In het algemeen moet de overheid ten aanzien van 'achterstandsgroepen' zich vergewissen van de mate en de aard van de achterstand alsmede van de bijdrage die de voorzieningen kunnen leveren in een duurzame verbetering van de kwaliteit van het bestaan.

De in dit rapport gehanteerde methode is niet geschikt om uitsluitend te geven over de bijdrage van de dienstverlening aan het verminderen van sociaal-economische ongelijkheid. Het financiële profijt voor de gebruikers van de verschillende soorten dienstverlening is niet berekend. Ander onderzoek leidt tot de conclusie dat de directe bijdrage in termen van geld gering is<sup>2</sup>.

De indirecte invloed die mogelijk is door emanciperend werk, wordt door velen groter geacht. In het hoofdstuk over de volwasseneneducatie is uiteengezet, dat het een dubieus ondernemen moet worden geacht als instellingen voor algemene dienstverlening zich op emancipatie en bewustmaking gaan richten; dubieus zowel uit een ethisch oogpunt (een nieuwe bevoogding) als qua doeltreffendheid. Emancipatorisch werk moet geïnitieerd worden vanuit sociale bewegingen die dit als onmiskenbare doelstelling hebben. Uiteraard kunnen zij bij hun werk professionele dienstverleners inschakelen. De overheid is er niet om sociale bewegingen als zodanig te steunen, maar bepaalde activiteiten van deze bewegingen kan de overheid op grond van diverse beleidsdoelen (zie bijv. 7.2.3) wel degelijk ondersteunen.

Emancipatie kan groepen van het bestaan van discriminatie bewust maken. Het opheffen van die discriminatie valt buiten het zogenaamde specifieke welzijnsbeleid. Niettemin is in het betreffende hoofdstuk ten aanzien van ouderen gepleit voor het opheffen van discriminerende regelingen in het arbeidsbestel. Het verminderen van ongelijkheid is hier een voorwaarde voor de bevordering van sociale integratie en sociale stabiliteit. Voor werklozen en arbeidsongeschikten wordt op dezelfde gronden het opheffen van onrechtvaardige belemmeringen voor het doen van vrijwilligerswerk voorgestaan.

In het vrijwilligerswerk ligt echter ook een voorbeeld van botsende doelstellingen. Verdraagt het maatschappelijk doel van de emancipatie van de vrouw zich met vrijwilligerswerk? Voor bepaalde vrouwen kan vrijwilligerswerk emanciperend werken. Het schept echter niet de gewenste gelijkheid tussen mannen en vrouwen, als er voornamelijk noch loon noch uitkering ontvangende vrouwen mee belast worden. Vele vrouwen wensen betaalde arbeid. Er is een nauwe afstemming nodig tussen vrijwilligersbeleid en emancipatiebeleid, zodat niet vrouwen exclusief verwezen worden naar vrijwilligerswerk.

Al hebben welzijnsvoorzieningen dus een beperkte taak ten aanzien van de vermindering van de maatschappelijke ongelijkheid tussen sociaal-economische categorieën, mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, autochtonen en allochtonen, zij hebben een belangrijke rol in het wegnemen van de negatieve gevolgen van sociale ongelijkheid. Het risico dat mensen beneden een zeker bestaansminimum komen, wordt door de beschikbaarheid van verschillende vormen van dienstverlening aanzienlijk verminderd. Dienstverlening alleen echter kan maatschappelijke ongelijkheid niet verminderen, maar daar hoogstens aan bijdragen binnen een ruimer beleid, bijvoorbeeld het werkgelegenheidsbeleid.

De betekenis van de welzijnssector ligt thans voor de bevolking als geheel in een algemene verhoging van de kwaliteit van het bestaan. In de eerste plaats ligt de kwaliteitsverhoging in het gebruik van de voor-

<sup>2</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Profijt van de overheid; de verdeling van overheidsuitgaven voor volkshuisvesting en onderwijs in 1975*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977.

zieningen, voorts in de mogelijkheid het persoonlijk inkomen voor andere zaken te gebruiken die het bestaan veraangenamen. Op dit laatste wordt echter vaak kritiek geleverd omdat het de consumptiemaatschappij slechts zou stimuleren. Daarbij is wel te bedenken dat in die consumptie ook een stuk zelfverwerkelijking en statusverwerving ligt. In een samenleving waarvan het hiërarchisch karakter onmiskenbaar is, wat vooral in de zo belangrijke arbeids sfeer tot uiting komt, is het voor het individu onder aan de ladder belangrijk zich op een andere wijze, en wel door middel van zijn consumptieniveau, maatschappelijk te kunnen doen gelden. Welzijnsbestedingen zijn meestal niet statusverhogend.

Het is noodzakelijk dat de beschikbaarheid van een basispakket aan collectief gefinancierde dienstverlening gegarandeerd blijft. Of de gelden komen uit de sociale verzekeringen dan wel uit de algemene middelen, men kan zeggen dat zij verstrekt worden op grond van onderlinge solidariteit. Het gaat hier om solidariteit op afstand in tegenstelling tot persoonlijke solidariteit en onderling hulpbetoon waar de overheid hooguit in ondersteunende zin mee te maken heeft. De economische situatie zet de solidariteit op afstand in belangrijke mate onder druk. Het is noodzakelijk dat de overheid solidariteit ter handhaving van een basisniveau van voorzieningen blijft afdwingen. (Zie 7.3.1 en 7.3.4.)

Om te garanderen dat de collectief gefinancierde dienstverlening aan ieder zonder onderscheid des persoons ten goede komt, is men in het welzijnsveld voortdurend bezig geweest met het verlagen van drempels. Dienstverlening werd zonder enige financiële tegenprestaties ter beschikking gesteld. Omwille van bezuinigingen worden nu op diverse punten eigen bijdragen ingevoerd. De operatie wordt ondersteund met een op zich valide pleidooi voor een grotere marge van eigen keuze. Het verschil in eigen bijdrage bij verwante voorzieningen geeft echter scheve verhoudingen, zoals bijvoorbeeld tussen bejaardenoorden (hoge eigen bijdrage) en verpleegtehuizen (een relatief kleinere eigen bijdrage).

Uit het oogpunt van toegankelijkheid dient er een differentiatie te zijn in eigen bijdrage afhankelijk van het inkomen. Voor de laagste inkomens kan — zeker als het gaat om voorzieningen die van wezenlijk belang zijn voor hun zelfhandhaving zoals eenvoudige beroepsmatige hulp als gezinsverzorging — gedacht worden aan kwijtschelding van de eigen bijdrage. Ook dient er een grens te zijn voor het maximum aan het totaal aan eigen bijdragen, dat iemand heeft te betalen in een jaar in verhouding tot zijn inkomen. Een progressie in de eigen bijdrage zal de hogere inkomensgroepen gemakkelijker doen uitzien naar alternatieven aangeboden op de vrije markt.

Ook zonder de ingreep van de inkomensafhankelijke bijdrage wijken hogere inkomensgroepen gemakkelijker uit naar de vrije markt of naar (deels) zelf gefinancierde eigensoortige voorzieningen (nutsscholen bijvoorbeeld). Blijkens onderzoek zijn het vooral de middengroepen die gebruik maken van de geboden welzijnsvoorzieningen, met name de educatieve, sociaal-culturele en recreatieve<sup>3</sup>. De lagere inkomensgroepen zijn oververtegenwoordigd bij de diensten van instellingen van sociale dienstverlening en van de somatische gezondheidszorg. Het relatief hoge gebruik van deze voorzieningen door de lagere inkomensgroepen onderstreept hun sociale achterstand. Zij verkeren meer dan andere groepen in een afhankelijkheidspositie van — in dit geval met nadruk — een hulpverlener. Algemeen gerichte voorlichting, zoals gezondheidsvoorlichting, doorbreekt die afhankelijkheid niet. Het is, integendeel, gerichte informatie van de hulpverlener aan de cliënt, waarbij de eerste steun zou moeten verlenen en daarbij toch zoveel mogelijk de eigen keuze en eigen verantwoordelijkheid versterken. Het is deze attitude van de hulpverlener die in dit rapport met nadruk wordt bepleit en die een beroep doet op een grote dosis van sociale ethiek alswel een gedegen professionaliteit van de hulpbieder. (Zie 7.3.5.)

<sup>3</sup> Ibid..

Als verschillende bevolkingsgroepen verschillend gebruik van bestaande voorzieningen maken, kan dit diverse oorzaken hebben. Het is mogelijk dat men de weg niet kent of drempelvrees heeft, maar het kan ook zijn dat de behoefte niet leeft. Het is vaak moeilijk vast te stellen welke oorzaak overheerst. In ieder geval moeten er maatregelen getroffen worden, waardoor ieder kennis kan krijgen van wat er aan voorzieningen voorhanden is. Etnische minderheden bijvoorbeeld maken van veel voorzieningen weinig gebruik. Zij blijken echter een groot en groeiend aandeel te hebben in de cliëntèle van de M.A.I.-bureaus<sup>4</sup>. Bevordering van dergelijke informatievervalsing is te prefereren boven het honoreren van pogingen vanuit de professionele dienstverlening om behoeften te wekken omdat men 'recht op de voorziening' heeft of omdat de welzijnswerker hier een latente behoefte meent te onderkennen. Belangrijker is dat expansie van de cliëntèle van de professionele dienstverlening, waar de behoefte zich niet manifesteert, om redenen van kosten en andere bezwaren vermeden moet worden. Veeleer moeten waar mogelijk eenvoudiger beroepsmatige of nieuwe vormen van dienstverlening bevorderd worden. (Zie 7.3.5.)

Rest nog de relatie tussen de gelijkheidsdoelstelling en die van individueel welzijn. De hier voorgestane opvatting van individueel welzijn impliceert dat daaruit een zekere mate van ongelijkheid ontstaat in de voorziening in behoeften ten gevolge van eigen initiatief en financiering. De positieve kant daarvan is de vergroting van de keuzevrijheid, de negatieve kant de frustraties die voortkomen uit verschillen in vermogen om zich gewenste voorzieningen te verschaffen. De stijging van het gemiddelde opleidingsniveau kan een factor zijn in het wegwerken van die ongelijkheid, maar belangrijker is dat in het (toekomstig) onderwijs het probleemoplossend vermogen sterker wordt ontwikkeld. Reeds nu blijken instellingen en personen die informatie verschaffen, geconfronteerd te worden met een stijgende vraag, waarbij de vragen waarop men antwoord wenst steeds ingewikkelder worden<sup>5</sup>. Het zorg dragen voor goede informatie moet als een pijler van het voorgestelde beleid beschouwd worden. Voorts kunnen door het garanderen van een basisniveau aan beschikbare dienstverlening en extra voorzieningen voor gedeprivilegieerde groepen de verschillen niet de vorm aannemen van grove onrechtvaardigheden.

### 7.2.3 Sociale integratie

*Het begrip sociale integratie wordt gebruikt om aan te geven dat de samenleving geen optelsom is van individuen, maar dat dezen zich met anderen identificeren en verbanden vormen en dat deze groepsverbanden in wederkerige betrokkenheid functioneren. In onze samenleving komen zowel verschijnselen van desintegratie als van reïntegratie voor. Wat men individualisering pleegt te noemen houdt in dat het individu zich niet meer onderschikt aan de groep en zich eventueel geheel uit de groep losmaakt. Het gaat hier om de traditionele verbanden van gezin, familie, arbeid. Enerzijds werkt dat bevrijdend, anderzijds is het een bron van eenzaamheid en vervreemding. Enerzijds ziet men pogingen bestaande gezins- en arbeidsverhoudingen op nieuwe leest te schoeien, anderzijds ziet men zich nieuwe groepen en structuren vormen waarmee mensen zich kunnen identificeren, zoals coöperatieve werkgroepen, nieuwe vormen van vrijwilligerswerk, zelfhulpgroepen, actiegroepen, woongroepen en dergelijke. Uit een oogpunt van integratie van het individu in een verband is de zodoende ontstane pluriformiteit functioneel. Groepen met een ideëel doel zijn bovendien van belang voor het*

<sup>4</sup> A.W.H.M. Jansen, *Informatie, voorlichting en advies*; opdracht van de WRR, 1981.

<sup>5</sup> Onderzoeksgroep Functioneren Landelijke Organisaties, *Kiezers of tegels, kiezen of delen in welzijnsland*; 's-Gravenhage, Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, blz. 63.

*ontstaan van nieuwe, of de vernieuwing van oude, normatieve integratiekaders. Voor zover nodig dient de overheid hiervoor ruimte te scheppen, maar tegen bevoogding en voortijdige institutionalisering moet worden gewaakt. De opvatting van individueel welzijn, die in veel professionele dienstverlening gangbaar is, biedt geen goed uitgangspunt voor bevordering van de integratie van het individu in een groep. Niettemin kunnen deze dienstverlenende instellingen toch wel een - dienende - rol vervullen ter ondersteuning van nieuwe sociale verbanden. Dit zijn de standpunten die hier worden ingenomen en die hieronder worden uitgewerkt.*

Wat betreft de somatische gezondheidszorg is in het rapport gewezen op de dominantie van opvattingen van professionele krachten over ziekte en gezondheid. In de professionele optiek is organisatie van gezondheidszorg rondom medisch onderzoek en medische behandelingen vereist. Verzorging en verpleging buiten de officiële gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het gezin, krijgen minder aandacht. De nu bestaande organisatie van gezondheidszorg is eigenlijk nauw verbonden met de gezondheidsproblemen in een vroegere periode, toen de medische dienstverlening voornamelijk een taak had bij de uitschakeling van levensbedreigende ziekten. Inmiddels zijn de problemen waar de gezondheidszorg mee te maken krijgt, veranderd. Er zijn relatief vaker gezondheidsproblemen ontstaan die het gevolg zijn van een bepaalde leefwijze, en ook wegen verzorgings- en verplegingsaspecten nogal zwaar als gevolg van de verlenging van de levensduur van chronisch zieken. Voor dergelijke problemen zouden intermediaire groepen buiten de gezondheidszorg een belangrijker rol kunnen vervullen dan nu het geval is. Een gedeeltelijk overeenkomstige redenering is ten aanzien van de extramurale geestelijke gezondheidszorg gevolgd. De oorzaak van de problemen, waarvoor de extramurale geestelijke gezondheidszorg een functie heeft, ligt dikwijls in de onderlinge verhoudingen tussen mensen. Er zijn intermediaire groepen buiten de geestelijke gezondheidszorg in de vorm van zelfhulpgroepen en leefverbanden, waar deze problemen ook opgelost kunnen worden. Een preventief beleid zou gericht moeten zijn op versterking van deze intermediaire groepen.

Veel vormen van volwasseneneducatie zijn het gevolg van de wensen van verschillende sociale groepen (moeder-MAVO's bijvoorbeeld). Een toekomstig beleid moet het risico vermijden dat de steun van intermediaire groepen aan de volwasseneneducatie verloren gaat. Deze steun waarborgt de noodzakelijke pluriformiteit en flexibiliteit van het aanbod aan volwasseneneducatie. Voor zover zij geïnspireerd zijn en gedragen worden door maatschappelijk belangrijke idealen en waarden dragen zij bij tot het verlenen van zin aan het bestaan en tot identificatie van individuen met een groter geheel. Daarom is voorgesteld de financiering van volwasseneneducatie zoveel mogelijk te binden aan educatieve activiteiten en niet aan educatieve instellingen.

De zorg voor ouderen bepaalt in hoge mate de leefsituatie van deze bevolkingscategorie. In en rondom georganiseerde dienstverlening worden ouderen geïntegreerd. Ouderen ontbreken in andere sociale groepen: gezin, politieke en andere verenigingen (afgezien van de speciale verenigingen voor ouderen). Dit isolement ten opzichte van jongeren wordt versterkt door het sterke accent dat in het beleid wordt gelegd op intramurale zorg. Men kan spreken van een gesegmenteerde sociale integratie: een afzonderlijke integratie van ouderen en jongeren. In het rapport wordt betwijfeld of deze gesegmenteerde sociale integratie op de lange termijn gunstig is voor het welzijn van de oudere bevolking. Door de toeneming van het aantal ouderen wordt het moeilijk het individueel welzijn van deze categorie op hetzelfde niveau als nu te handhaven. Bevorderd moet worden dat ouderen zo lang mogelijk participeren in verbanden buiten de welzijnssector. Naast een sterker accent op het bieden van extramurale zorg in plaats van intramurale zorg lijkt ook flexibele pensionering een geschikt middel daartoe.



De dienstverlening verwijlt nog bij de conceptie van individueel welzijn die door secularisering en professionalisering is ontdaan van zijn normatieve lading en sterk gesubjectieerd is. Ten gevolge daarvan wordt een neutrale houding ingenomen ten opzichte van de integratie van de cliënt in sociale verbanden. De dienstverlening is er, behoudens enkele uitzonderingen, niet op gericht en evenmin op ingericht kleine verbanden, zoals leefverbanden en hulpnetwerken te versterken. Wel zijn er nieuwe voorzieningen ontstaan in afstemming op groepen die hun eigen wensen en levenswijze niet gehonoreerd zagen door de bestaande voorzieningen (zoals JAC, Release). Ook deze voorzieningen werken echter vaak volgens het traditionele recept van individuele aanpak en morele neutraliteit. Het is niet de bedoeling aan te bevelen dit rigoreus om te buigen. Na een spectaculair begin in de jaren zeventig ontwikkelen de eerdergenoemde nieuwe verbanden zich nu zeer geleidelijk en meer als een onderstroom. De continuïteit van de voorziening in met name behoeften aan zorg vereist derhalve, dat de beroepsmatige dienstverlening in belangrijke mate op de oude voet blijft functioneren. Toch dient deze, waar de mogelijkheid zich aandient, ook een rol op zich te nemen in de versterking van sociale verbanden door verwijzing van cliënten daarheen of door advisering of informatieverstrekking. Dit is met name uitgewerkt ten aanzien van de extramurale geestelijke gezondheidszorg, maar is ook voor de somatische gezondheidszorg, de volwasseneneducatie, de zorg voor ouderen en diverse andere takken van dienstverlening van belang.

Vele van bovengenoemde groepen nemen welzijnstaken op zich. In 7.2.1 is al gewezen op de noodzaak mensen meer zelf en voor elkaar te laten doen en de beroepsmatige dienstverlening te laten bijdragen tot deze nieuwe vormen van welzijnswerk. Uit een oogpunt van sociale integratie zitten hier soms ook bedenkelijke kanten aan. Groepen die een hulpverlening van een andere soort beogen te bieden, lopen de kans ingekapseld te worden in de beroepsmatige dienstverlening en hun normatief integrerende kracht te verliezen. Waar de professional om steun wordt gevraagd of waar hij zich aanbiedt, dient hij zich dit te realiseren, waarmee een nieuwe dimensie aan zijn professionaliteit wordt toegevoegd. Dit aspect wordt uitgewerkt in 7.3.5.

Voor de overheid geldt de vraag of wat uit een oogpunt van sociale integratie van het individu functioneel is, dat ook is uit een oogpunt van evenwicht tussen uniformiteit en pluriformiteit in de samenleving. Er is onderscheid te maken tussen groepen met een ideëel doel en groepen die belangen behartigen. Het onderscheid is niet scherp maar er is wel een grens te trekken tussen groepen die uitsluitend belangen behartigen en die waar het ideële element een belangrijke rol speelt. Welzijnsbeleid moet in principe aan alle ideële pluriformiteit ruimte bieden. Hierop zijn twee uitzonderingen te maken:

- groepen moeten fundamenteel geldende menselijke waarden respecteren. Zo stelt het WRR-rapport over de etnische minderheden, dat het beleid op belangrijke aspecten van onze westerse cultuur, zoals de individuele vrijheid en gelijkwaardigheid, compromisloos moet zijn<sup>6</sup>;
- men kan niet van de overheid eisen dat zij groepen steunt die zich in geen enkel opzicht identificeren met de bestaande maatschappelijke orde maar deze willen omverwerpen.

De overheid moet aan ideële pluriformiteit ruimte geven omdat de ideële-normatieve component kan bijdragen tot het ontstaan van een nieuwe maatschappelijke moraal, die kan doorwerken in de samenleving als geheel. Loutere belangenpluriformiteit kan wel integrerend werken voor het individu (patiëntenverenigingen die gezondheidszorg voor zich opeisen bijvoorbeeld), maar heeft voor de samenleving als zodanig vaak eerder een desintegrerende functie. Dit wil niet zeggen dat de overheid niet met dergelijke groepen moet onderhandelen, integendeel. Met ruim-

<sup>6</sup> WRR, *Etnische minderheden*; Rapporten aan de Regering nr. 17, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979, blz. 22.

te geven wordt echter veel meer gedoeld op een positieve ondersteuning. Daarbij is echter een grote mate van terughoudendheid nodig in het stellen van eisen door de overheid. Hier is sprake van een maatschappelijke ontwikkeling die nog niet is uitgekristalliseerd, van groepen die hun elan kunnen verliezen als zij verstrikt raken in een net van regels en voorschriften, van culturele verandering die in vrijheid moet gedijen. Voortijdige institutionalisering moet worden vermeden. Bij deze zuivere voorbeelden van particulier initiatief moet de overheid de beginselen van subsidiariteit en soevereiniteit in eigen kring respecteren. Anderzijds betekent dit ook dat deze groepen geen omvangrijke en vaste subsidies moeten verwachten. In paragraaf 7.3.2 wordt hierop teruggekomen.

In de praktijk stuit de ondersteuning van een grote diversiteit aan groepen op politieke beletselen. Moet steun aan een VOS-cursus, de Plattelandsvrouwenbond of een vrouwenhuis worden gegeven? Wat volgens de een emancipatie is, is volgens de ander slechts bestendinging van de bestaande verhoudingen. Wat volgens de een een wenselijke vorm van integratie is, is volgens de ander slechts een vorm van afbraak. Touraine onderscheidt 'sociale bewegingen' en 'counterculture' groepen<sup>7</sup>. De eerste kijken vooruit, ze zijn vernieuwend, de tweede kijken achterom, willen eigenlijk terug naar het verleden. In het politieke proces zal de beslissing dan eens ten gunste van deze, dan van gene groepen uitvallen. Naarmate de middelen schaarser zijn, zal het minder dan voorheen mogelijk zijn een veelheid van initiatieven te steunen. Bezwaarlijk wordt het pas als het spectrum sterk gereduceerd wordt en als aan bepaalde groepen systematisch en voortdurend elke steun onthouden wordt. Om de diversiteit, die functioneel geacht wordt voor een groei naar meer integratie, landelijk gezien zo veel mogelijk recht te doen, wordt hier een combinatie van centraal en decentraal beleid voorgestaan alsmede minder instrumentele vormen van planning. Daardoor zullen gemeenten echter verschillen in mate en aard van de pluriformiteit te zien geven. (Zie paragraaf 7.3.3 en 7.3.4.)

Een probleem dat als een vorm van gebrek aan integratie wordt ervaren, is de afzondering van bepaalde categorieën uit de 'normale' leef- en werkverbanden. Het gaat hier om zeer verschillende personen en categorieën (zoals bejaarden, werklozen, gehandicapten, chronisch zieken, mensen met afwijkend gedrag). Generalisatie is slechts in zoverre mogelijk dat de maatschappij er in ieder geval niet op ingesteld is deze en masse te integreren. De mensen zelf zijn hiermee ook lang niet altijd gediend. In de zorgsector is een juiste afweging nodig tussen de behoefte aan verzorging, de belasting van de kleine verbanden en hun omgeving en de steun die, indien noodzakelijk, aan deze verbanden kan worden geboden. Wel ziet men thans allerlei tussenoplossingen ontstaan zoals aangepaste woon- en leefvormen voor onder andere geesteszieken en bejaarden. Vrijwilligersarbeid door 'niet-actieven' werd ook beschouwd als een tussenoplossing, die mogelijkheden tot identificatie schept. Daarmee wordt bovendien het aanbod van extramurale zorg vergroot. Hierover wordt meer gezegd in 7.3.5. Het probleem van de uitstoting heeft echter meer kanten die onder stabiliteit behandeld worden.

Sociale integratie en individueel welzijn zijn niet onafhankelijk van elkaar. Als een individu zich kan identificeren met een groep bevordert dat zijn welzijn. Dat vereist echter een mate van gelijkgezindheid van individu en groep die niet valt af te dwingen. Ten aanzien van het wel gepropageerde terugbrengen van allerlei zorgfuncties naar het gezin is dan ook enig scepticisme wel op zijn plaats. In hoofdstuk 5 kwam bijvoorbeeld naar voren dat zowel ouderen als hun kinderen weerstanden hebben tegen de verzorging van die ouderen in het gezin van hun kinderen.

<sup>7</sup> A. Touraine, *La fin de L'ère Totalitaire*; Symposium on Macropolitical and societal change, op 17 februari 1982, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dienstverlening en beleid kunnen slechts aansluiten op spontane ontwikkelingen naar integratie, die zich — hoe pril soms ook — aftekenen, door deze te ondersteunen of althans geen belemmeringen in de weg te leggen.

Tussen opheffen of verminderen van ongelijkheid en integratie als beleidsdoelstellingen bestaat geen eenvoudig verband. Het is dan ook niet doenlijk in algemene zin prioriteiten aan te geven. Sociale en economische ongelijkheid kan integratie belemmeren, maar ook kan ondanks ongelijkheid integratie bestaan. Dit is afhankelijk van de aanvaarding van de ongelijkheid en het geldt zowel voor de integratie van het individu in de groep als voor die van groepen in de samenleving. In onze samenleving is echter de roep om gelijkheid sterk en deze uit zich onder andere in het eisen van allerlei welzijnsvoorzieningen. In dit rapport is aanbevolen verschuivingen te bewerkstelligen naar een grotere mate van eigen activiteit en eigen verantwoordelijkheid in de zorg voor het eigen welzijn. Voor zover dit samenwerking met anderen tot onderlinge dienstverlening vereist, bevordert het de sociale integratie. Er is reeds op gewezen dat dit in eerste instantie de ongelijkheid kan bevorderen. Tot nog toe lijken deze vormen van dienstverlening voornamelijk in de sociaal-economische middengroepen voor te komen. Daarbij moet echter bedacht worden dat ook gepleit is voor het in stand houden van een basis van voor allen gelijkelijk beschikbare georganiseerde dienstverlening.

Wat er verder op te merken valt over de samenhang van de doelstellingen gelijkheid en integratie kan niet goed los gezien worden van de doelstelling sociale stabiliteit. Deze samenhang wordt daarom in de volgende paragraaf verder behandeld.

#### 7.2.4 *Sociale stabiliteit*

*Sociale stabiliteit wordt hier gelijkgesteld aan het bestaan van een evenwichtige taakverdeling tussen de dienstverleningssector en andere maatschappelijke instituties. Verbreking van het evenwicht kan leiden tot ernstige tegenstellingen en conflicten. Een stabiele samenleving functioneert ook niet in volkomen harmonie, maar conflicten blijven beheersbaar. Omdat de verschillende vormen van dienstverlening andere instituties ontlasten en daarmee de sociale stabiliteit dienen, moet met bezuinigingen prudent worden omgesprongen. Dat sluit overigens niet uit dat gezocht moet worden naar vervangende en tevens goedkopere oplossingen. Sociale stabiliteit dient echter een expliciete doelstelling van welzijnsbeleid te zijn. De maatschappelijke dynamiek kan ertoe leiden dat het bestaande evenwicht tussen verschillende instituties wordt verbroken, wat thans het geval is. Herstel van het evenwicht noopt niet alleen tot bezuinigingen, maar ook tot het op zich nemen van nieuwe taken door de dienstverlening, zoals het signaleren van sociale verandering en het experimenteren met nieuwe oplossingen voor de stabiliteitsproblemen. Deze stellingname wordt hieronder toegelicht.*

In recente kritiek op de welzijnssector wordt in twijfel getrokken, dat deze voor de stabiliteit van de samenleving een positief saldo oplevert. De hoge kosten van de welzijnssector zouden het functioneren van de marktsector belemmeren. Ook als men de kritiek in deze vorm niet deelt, kunnen de kosten toch als een probleem worden beschouwd. Onder andere door de veroudering van de bevolking kan bij een gelijkblijvend beleid een verdere kostenstijging worden verwacht. Verbetering van doelmatigheid, die nog zeker mogelijk is, zal zeer waarschijnlijk niet voldoende zijn om de groeiende vraag naar voorzieningen op te vangen. Hier komt de vraag naar voren hoe de beheersing van de welzijnssector mogelijk is, zonder dat de sociale stabiliteit wordt verstoord. Het standpunt van sommige critici dat belemmering van de groei van de welzijnssector, of zelfs het afstoten van taken, zonder meer de sociale stabiliteit dient, wordt hier niet gedeeld.

Bij een beleid tot beheersing van de welzijnssector verdient de sociale stabiliteit bijzondere aandacht te krijgen, omdat de groei van de welzijnssector lange tijd heeft plaats gehad onder het teken van een wenselijke taakverdeling. Als de maatschappelijke arbeidsverdeling wordt beschouwd in het licht van individuele en maatschappelijke behoeften, kan men zeggen dat in toenemende mate voor afzonderlijke behoeften afzonderlijke instituties zijn ontstaan. De welzijnssector voorziet in psycho-sociale, verzorgings-, educatieve en informatieve behoeften waarin niet wordt voorzien door het arbeidsbestel en door de privésfeer. Samenlevingen kunnen verschillen naar mate van arbeidsverdeling. Bijvoorbeeld in Japan vervullen sommige bedrijven taken die in Nederland tot het takenpakket van de sociaal-culturele sector en de Bijstandswet gerekend worden. In ontwikkelingslanden kan het gezin c.q. primaire leefverband taken hebben van verzorging en verpleging van zieke en gehandicapte familieleden en van de produktie van goederen die in Nederland worden verricht door respectievelijk verpleeghuizen en de industrie.

In het voorgaande is vooral aandacht besteed aan de rol van de volwasseneneducatie en de zorg voor ouderen bij de bevordering van de sociale stabiliteit in deze betekenis. Uit het feit dat dit onderwerp in de onderdelen over somatische en geestelijke gezondheidszorg relatief minder aandacht heeft gekregen, mag niet worden afgeleid dat deze sectoren minder belangrijk zouden zijn voor de sociale stabiliteit. De gezondheidszorg heeft bijvoorbeeld een belangrijke rol bij het functioneren van het arbeidsbestel, door het voorkomen en het wel of niet legitimeren van arbeidsverzuim. De geestelijke gezondheidszorg ontlast de samenleving van hen die, ten gevolge van psychische stoornissen, hun gedrag niet kunnen afstemmen op de verwachtingen van de omgeving en die daardoor als storend worden ervaren. De volwasseneneducatie is nog een veld in opkomst, maar kan in principe allerlei functies vervullen ter ondersteuning van andere systemen. Het duidelijkst is dit voor het arbeidsbestel.

Georganiseerde dienstverlening voor ouderen vervult functies voor de privé- en de arbeidssfeer. Een deel van de behoefte aan georganiseerde dienstverlening ontstaat door het wegvallen van de mogelijkheden tot onderlinge hulpverlening in de eigen omgeving van ouderen. Geografische mobiliteit en veel aandacht voor beroep en opleiding in het gezins- en familieleven, belemmeren de mogelijkheden tot verzorging in de privésfeer van zieke of gehandicapte familieleden. Omdat door georganiseerde dienstverlening een deel van de verzorgingstaken wordt overgenomen, wordt de continuïteit van de bestaande verhoudingen in de privésfeer, en de sterke gerichtheid op de arbeids- en opleidingssituatie versterkt. Evenzo biedt de zorg een opvangmogelijkheid en rechtvaardiging voor de gedeeltelijk gedwongen uittrekking van ouderen uit het arbeidsproces.

Uit deze omschrijving van de rol van de welzijnssector bij de handhaving van de sociale stabiliteit, kunnen conclusies worden getrokken ten aanzien van de beheersing van de welzijnssector.

Zou het beheersen van de ontwikkelingen in de welzijnssector de vorm aannemen van het ongericht<sup>8</sup> belemmeren van de groei, of afbouwen van taken, dan houdt dat het risico in dat de kosten niet reëel verminderen maar elders weer te voorschijn komen. Bovendien kan het de sociale stabiliteit verstoren. Er zijn immers behoeften waarin voorzien moet worden voor het maatschappelijk functioneren. Als de welzijnssector dergelijke taken afstoot, betekent dit dat een wijziging in de arbeidsverdeling nodig is in de vorm van een extra belasting van andere instituties. Het verminderen van het aanbod van georganiseerde dienstver-

<sup>8</sup> Ongericht beleid is bijvoorbeeld het verminderen van alle uitgaven op dit gebied met een zelfde percentage, of het decentraliseren van beleid zonder het waarborgen van de financiering.

lening voor ouderen zonder een grotere mate van ingebouwde flexibiliteit zou dan leiden tot een verzwaring van de taken van het gezin, dat hiertoe volstrekt niet bereid is en daar in zijn huidige vorm en functioneren ook niet op berekend is. Het beperken van het aanbod van sommige soorten volwasseneneducatie kan het gevolg hebben dat in het bedrijfsleven zelf opleidingen voor volwassenen tot stand moeten komen. In zekere zin worden de kosten bij deze vorm van ongerichte beheersing doorgeschoven. Zo'n verschuiving kan overigens in een ander, niet financieel opzicht wel gewenst zijn. Namelijk omdat hierdoor de sociale integratie wordt versterkt. Men dient er zich dan wel van te vergewissen in hoeverre die groepen die taken ook op zich kunnen nemen. Men zie de toelichting in de vorige paragraaf. De sociale stabiliteit komt in gevaar als de overheveling van taken niet, of niet goed tot stand komt. Verzorgingsbehoevenden kunnen beneden een bepaald bestaansminimum terecht komen. Sociale ongelijkheid kan schrijnend worden ervaren. Volgens onder andere Mishra zou de verzorgingsstaat bijdragen tot integratie van sociaal-economisch ongelijke groepen: rechten op voorzieningen geven het gevoel erbij te horen<sup>9</sup>. Deze identificatie zou verzwakt worden. Risicogroepen in deze zin zijn onder andere ouderen, werklozen en arbeidsongeschikten. Conflicten kunnen in het bijzonder ontstaan tussen en met jongeren en met de groepen die gezamenlijk worden omschreven als culturele of etnische minderheden. Gezien deze mogelijke gevolgen en risico's dient sociale stabiliteit een expliciete doelstelling van welzijnsbeleid te zijn, zeker als getracht wordt de ontwikkelingen in de welzijnssector verder te beheersen.

Hiermee is het beeld echter maar gedeeltelijk geschetst. Het is een beeld dat een evenwichtige, onderling aansluitende taakverdeling tussen de welzijnssector en andere instituties tekent. Het probleem is nu juist dat onder invloed van de maatschappelijke dynamiek het evenwicht reeds is verstoord of dreigt te worden verstoord. Zo stuiten we in hoofdstuk 5 en 6 op bestaande en in de nabije toekomst te voorziene ontwikkelingen die aan de integratie van instituties afbreuk doen. Zowel ten gevolge van technologische ontwikkelingen als van de autonome groei van het onderwijs is de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt structureel problematisch geworden. De groei van het aantal bejaarden gaat in de nabije toekomst dusdanige vormen aannemen — mede als gevolg van de verbeterde gezondheidszorg — dat de voorzieningen ten enen male te kort zullen schieten. De massale uitstoting van arbeidskrachten is een probleem waarop de traditionele mogelijkheden van de welzijnssector — zoals uitbreiding onderwijs, jongerenwerk, sociaal-cultureel werk voor werklozen — een wel zeer inadequaat antwoord bieden. Er zijn aanwijzingen dat gezinnen in grote getale te kort schieten in hun koesterende en opvoedende functies. Het welzijnswerk bereikt hier slechts een fractie van. Bij deze en dergelijke maatschappelijke onevenwichtigheden is de kans op verscherping van maatschappelijke tegenstellingen en conflicten zeer reëel. Deze uitingen van een verbroken evenwicht roepen de noodzaak van veranderingen in de welzijnssector op. Deze noodzaak realiseert men zich daar en in het beleid dienaangaande nog onvoldoende.

Men kan zich afvragen of de dienstverlening wel een bijdrage kan leveren tot herstel van het evenwicht. De problemen worden in hoofdzaak niet in de dienstverlening gegenereerd, de oorsprong van het verbroken evenwicht ligt meestal elders. De invloed van de welzijnssector bestaat hoogstens daarin dat deze de onevenwichtigheid nog bevordert, doordat verwachtingen zijn geschapen over de mogelijkheden tot opvang van de problemen die deze biedt. De dienstverlening kan evenwel ook een, zij het bescheiden, functie vervullen tot herstel van het evenwicht, echter niet door alleen maar meer van hetzelfde te bieden. Het bijdragen

<sup>9</sup> R. Mishra, *Wát heet welzijn? Sociaal-wetenschappelijke visies op samenleving en sociaal beleid*; Alphen aan de Rijn/Brussel, Samson, 1980.

tot vermindering van instabiliteit brengt een extra dimensie in de dienstverlening en het desbetreffende beleid, namelijk het signaleren van veranderingen en het experimenteren met nieuwe oplossingen die ook consequenties hebben voor andere systemen. Dit is in de voorgaande hoofdstukken op verschillende plaatsen uitgewerkt.

Zo dient men de volwasseneneducatie niet in te richten alsof zij geïsoleerd van andere systemen kan functioneren. Men moet rekening houden met ontwikkelingen in de instituties en systemen waarvoor men mensen toerust, zelfs als die ontwikkelingen nog niet volledig zijn uitgekristalliseerd in een specifieke vraag naar educatie. Met name geldt dit voor ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, die aanleiding geven om het volwassenenonderwijs niet tot een duplicaat van het jeugdonderwijs te maken en om ook opleidingen te scheppen, die zowel in de arbeidssfeer als in de privé- en publieke sfeer benut kunnen worden.

Aan vrijwillig werk is reeds op verschillende plaatsen aandacht geschonken. Uit een oogpunt van gelijkheid zitten er dubieuze kanten aan. (Zie 7.2.2.) Uit een oogpunt van sociale integratie is het positief te waarderen. (Zie 7.2.3.) In het kader van sociale stabiliteit is het belangrijk dat alle uitkeringsgerechtigde niet-actieven vrijwilligerswerk kunnen doen. Het heeft het karakter van een anticiperende, maar wel reversibele maatregel. Het kan vooruitlopen op en de mensen gewennen aan een toekomstige situatie waarin minder tijd aan betaalde arbeid wordt besteed en meer aan allerlei vrijwilligerswerk. Mocht deze situatie zich niet realiseren en er weer een grote behoefte ontstaan aan full-time arbeidskrachten dan is de ontwikkeling niet onomkeerbaar.

Bij de zorg voor ouderen werd aanbevolen onderlinge hulpverlening te versterken en een verschuiving naar meer extramurale zorg te bewerkstelligen.

Het is waar dat de onevenwichtigheid niet opgeheven wordt door eenzijdige verandering van de welzijnssector. Ook daar is in de voorgaande hoofdstukken op gewezen en er zijn maatregelen aanbevolen, bijvoorbeeld de vergroting van de mogelijkheid tot deelneming van ouderen aan het arbeidsproces door invoering van een flexibele pensioneringsleeftijd. Dat behoeft echter de dienstverlening niet in de weg te staan om zelfstandig een bescheiden, maar kwalitatief niet onbelangrijke rol te vervullen in het inspielen op nieuwe oplossingen tot herstel van de stabiliteit.

Binnen de dienstverlening en in het beleid levert het handhaven van de balans tussen continuïteit en verandering een spanning op. Enerzijds moet men op de oude voet verder gaan met het verlenen van diensten, hoewel dat de onevenwichtigheid versterkt, anderzijds moeten ook nieuwe oplossingen bevorderd worden, die moeten doorwerken in andere systemen. Vanuit dit standpunt is het niet zo vanzelfsprekend dat uiteenlopende vormen van dienstverlening onder de ene alomvattende regie van het 'specifieke welzijnsbeleid' worden gebracht. (Zie 7.3.3.)

Rest nog het verband aan te geven tussen stabiliteit als beleidsdoelstelling en de hiervoor behandelde doelstellingen. Waar sprake is van een verbroken evenwicht tussen instituties gaat dit veelal samen met desintegratieverschijnselen (echtscheiding, kindermishandeling, weglopen, werkloosheid, maatschappelijke isolatie) en ongelijkheid (tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, actieven en niet-actieven). Zij vormen een ingewikkeld netwerk van oorzaken en gevolgen. Als mensen ten gevolge van instabiliteit uitgesloten worden uit verbanden waarin zij bezigheid, erkenning, verzorging of koestering ondervonden, zal dat alleen maar frustraties ten gevolge hebben. Als dat op grote schaal gebeurt, kan het bovendien tot maatschappelijke onrust aanleiding geven. In de bijdrage die het welzijnsbeleid levert aan herstel van sociale stabiliteit moet daarom ook een hoge prioriteit aan integratie worden gegeven. Als die doelstelling botst met de doelstelling gelijkheid, in de zin van gelijkheid in toegang tot voorzieningen, zal — behoudens een garantie voor een basisniveau van voorzieningen en bepaalde extra

voorzieningen voor gedepriveerde groepen — de integratiedoelstelling moeten prevaleren.

Integratie van een individu in een groep of organisatie kan echter alleen plaatshebben als er mogelijkheden tot identificatie bestaan. Een simpele aanpassingsfilosofie is niet meer bruikbaar als de instabiliteit mede veroorzaakt wordt doordat men bepaalde verbanden als te knelend is gaan ervaren. Het is dan ook onwaarschijnlijk dat herstel van het evenwicht tussen instituties een volledig herstel van oude verhoudingen tussen mensen zal betekenen. Aan de andere kant zullen de veranderingen wel niet zo vergaand zijn als verschillende groeperingen zouden wensen. In de experimenten die de dienstverlening kan initiëren en stimuleren is het mogelijk ook wensen ten aanzien van bijvoorbeeld andere rolverdelingen tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren recht te doen, evenals wensen omtrent autonomie en medezeggenschap.

In principe ligt in de 'Discussienota gemeenschapstaken voor werkloze jongeren' een goed voorbeeld<sup>10</sup>. Het is de bedoeling in te spelen op initiatieven van de jongeren zelf en veel werk groepsgewijs op projectbasis te laten uitvoeren, zodat men gezamenlijk de verantwoordelijkheid draagt. Hopelijk is het niet alleen de simpelste arbeid, zodat ook het scholingselement aanwezig is. In ieder geval is ook aan informatie en de ontwikkeling van sociale vaardigheden een plaats gegeven. Hierbij zou het sociaalculturele werk steun kunnen verlenen. Te hopen is dan dat deze projecten niet verdrinken in een wirwar van regelingen, wat, zoals de discussienota zelf zegt, met vorige initiatieven voor werkloze jongeren wel is gebeurd. Hier zou een ruimhartig beleid gevoerd moeten worden, waarin ook plaats is voor mislukken en opnieuw beginnen, wat immers juist het karakter van experimenteren is.

Ook in de in dit rapport gedane aanbevelingen omtrent vrijwillig werk en pensioneringsleeftijd (hoofdstuk 5) speelt de doelstelling sociale integratie een belangrijke rol en hierboven is gesteld dat deze doelstelling zich laat verenigen met die van het terugvinden van stabiliteit.

Sociale integratie en stabiliteit zijn natuurlijk niet uitsluitend doelstellingen in het welzijnsbeleid, maar ook daarbuiten. In feite is de bijdrage van met name de dienstverlening bescheiden. Het welzijnsbeleid kan echter een kwalitatief niet onbelangrijke rol vervullen door bij het zoeken van oplossingen voor onevenwichtigheden de doelstellingen anders te accentueren dan in het overig beleid vaak gebeurt. Dat houdt een sterke accentuering in van sociale integratie, een doelstelling die buiten het welzijnsbeleid soms minder nadruk krijgt dan het bestrijden van instabiliteit.

Reeds is gezegd dat sociale integratie slechts bevorderd kan worden door in te spelen op de bereidheid en eventuele initiatieven van de mensen waar het om gaat. Men kan integratie niet afdwingen. De dienstverlening zal dus ook nog op het oude spoor moeten blijven functioneren, en daarbij de instabiliteit zoveel mogelijk binnen de perken houden.

Als slotsom wordt nog eens met nadruk gesteld, dat maatschappelijke doelen die integratie en stabiliteit dienen, meer en vooral meer expliciete aandacht moeten krijgen in het welzijnsbeleid dan tot op heden is gebeurd. De legitimatie van het welzijnsbeleid kan niet uitsluitend liggen in het individueel welzijn, als destabiliserende en desintegrerende ontwikkelingen zich aftekenen. Vergroting van ongelijkheid in kwaliteit van het bestaan moet vermeden worden evenals grove onrechtvaardigheden. Het individueel welzijn kan binnen de grenzen van de maatschappelijke doelen worden gediend. Zij zijn grensstellend voor de mate waarin aan de diversiteit van individuele behoeften wordt voldaan. Voor zover men daarmee niet tevreden is, zal men voor het eigen welzijn extra offers moeten brengen. Daarbij moet er echter met nadruk op worden gewe-

<sup>10</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Werk mee! Discussienota gemeenschapstaken voor werkloze jongeren*; Rijswijk, 1982.

zen, dat de keuzemogelijkheden vaak onnodig worden beperkt, namelijk daar waar eigen initiatief en bereidheid tot financiële offers van de gebruiker door overheidsmaatregelen en gebrek aan professionele medewerking niet gehonoreerd kunnen worden. In het volwassenenonderwijs kunnen de keuzemogelijkheden aanzienlijk uitgebreid worden, bij het gelijktijdig dienen van een maatschappelijk doel in het opleiden voor het arbeidsbestel. In de gezondheidszorg en zorg voor ouderen belemmeren bureaucratische regelingen soms een vergroting van de keuzevrijheid. (Zie 7.3.1.)

Bij een dergelijk beleid zijn niet de voorzieningen het uitgangspunt, maar centrale problemen of behoeften. Ten aanzien daarvan moet de prioriteitsverhouding van de doelstellingen worden vastgesteld, en eerst dan komt de vraag met welke voorzieningen het beste in de behoefte kan worden voorzien. Dit blijft niet zonder gevolgen voor de aanwending van de middelen, zoals reeds bleek uit herhaalde verwijzingen naar de volgende paragraaf, waarin conclusies omtrent de middelen worden getrokken. Van ongenuanceerde maatregelen als 'privatisering', 'deprofessionalisering' of verschuiving van alle beleidskeuzen naar lagere overheidsniveaus kan geen sprake zijn. Een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de diverse betrokkenen biedt de beste perspectieven voor het voorkomen van overbelasting van een der partijen en het mobiliseren van alle benodigde krachten. In de volgende paragraaf wordt dit op een aantal punten uitgewerkt.

### **7.3 Middelen van het welzijnsbeleid**

#### **7.3.1 Markt en regel**

In de thans gebezigde definitie van individueel welzijn geldt als uitgangspunt, dat het individueel welzijn mede het resultaat dient te zijn van eigen inspanningen van het individu. Hiermee wordt het belang dat gehecht wordt aan een dosis persoonlijke verantwoordelijkheid tot uitdrukking gebracht in de doelstellingen van het welzijnsbeleid. Daarbij wordt aangetekend, dat het individu niet altijd over voldoende mogelijkheden beschikt om een substantiële eigen bijdrage te leveren. De beperkende omstandigheden kunnen van uiteenlopende aard zijn, zoals onvoldoende deskundigheid, financiële belemmeringen, ontoereikende fysieke en/of psychische validiteit, enzovoort.

Individueel welzijn, in de zin van positieve ervaring van het eigen bestaan, is met name in de na-oorlogse periode een zeer centrale waarde geworden in onze samenleving. De WHO-definitie van gezondheid is daarvan een sprekend voorbeeld. In het verlengde daarvan heeft de opvatting, dat ieder individu in beginsel moet kunnen beschikken over de benodigde welzijnsvoorzieningen — ongeacht de aard en omvang van de behoefte, de inkomenspositie en de sociaal-culturele achtergrond — stevig post gevat in onze samenleving. Aldus heeft tegelijkertijd de maatschappelijke doelstelling van sociale gelijkheid veel nadruk gekregen. Deze doelstelling komt met name tot uitdrukking in de bekostiging van de huidige welzijnsvoorzieningen, die wordt gekenmerkt door een hoge mate van verplichte solidariteit. De AWBZ, de Ziekenfondsverzekering en de verplichte ambtenarenverzekeringen worden grotendeels gefinancierd uit inkomensafhankelijke premieheffingen. Voor de bekostiging van de voorzieningen die uit de algemene middelen worden betaald, geldt — als gevolg van het grote aandeel van de inkomstenbelasting — dat ook hier gedeeltelijk van een progressieve inkomensafhankelijke bijdrage sprake is. De 'solidariteit' in de sector van het specifiek welzijn wordt voorts gekenmerkt door het feit, dat er doorgaans aan de hoogte van de verstrekkingen aan een individu geen grenzen zijn gesteld die samenhangen met de hoogte van diens bijdrage aan de bekostiging.

Wat in dit kader als solidariteit wordt bestempeld, heeft nauwelijks meer te maken met de vrijwillige, welbewuste en directe dienstverlening



van mens tot mens op basis van lotsverbondenheid. Schaalvergroting, mobiliteit, specialisatie van taken hebben ertoe geleid dat dienstverlening een zakelijke aangelegenheid werd. De huidige vormgeving van de solidariteit wordt gekenmerkt door een vergaande institutionalisering. Tussen degene die hulp verstrekt en degene die hulp ontvangt, is een grote afstand ontstaan. De directe persoonlijke verantwoordelijkheid voor de zorg van de medemens is naar de achtergrond gedrongen en vervangen door een afgedwongen en geanonimiseerde solidariteit. Het individu vervult met betrekking tot de welzijnszorg thans twee rollen, namelijk die van premiedrager c.q. belastingbetaler enerzijds en van verstrekkingsgerechtigde anderzijds. Bovendien moet worden bedacht dat de besluitvorming over de omvang en de aard van de solidariteit heden ten dage vrijwel volledig aan het individu is onttrokken. Door dit anonieme en verplichte karakter wordt de ontwikkeling van het verantwoordelijkheidsgevoel van de burger voor de dienstverlening belemmerd. Hierdoor kan de legitimering van de geïnstitutionaliseerde solidariteit op langere termijn gevaar lopen, omdat die onvoldoende als zodanig door de burgers wordt beleefd. Gezien de weerstanden die geleidelijk aan geuit worden ten aanzien van de geïnstitutionaliseerde solidariteit, lijkt thans het moment aangebroken om naast de overheid en de desbetreffende private lichamen ook het individu weer meer directe verantwoordelijkheid te laten dragen voor de dienstverlening. Op deze manier kan het verbroken evenwicht tussen de onderscheiden vormen van 'verantwoordelijkheid' worden hersteld, en kunnen de verworvenheden van beide worden geïntegreerd tot een nieuw hedendaags concept. In zijn rol als verstrekkingsgerechtigde is het individu zich steeds meer gaan opstellen als eiser. De solidariteit van de medeburgers is in toenemende mate een zaak geworden die rechtens kan worden afgedwongen in plaats van een zaak waaromtrent de direct betrokkenen voortdurend onderling consensus moeten bereiken. Illustratief in dit verband is bijvoorbeeld het gemak waarmee soms wordt gesproken over het 'annexeren' van meer loontrekkers door middel van een verhoging van de loongrens, ten einde de financieringsproblematiek van de ziektefondsverzekering te kunnen oplossen. Deze problematiek doet zich het sterkst gevoelen bij die collectief aangeboden voorzieningen die hoofdzakelijk een individueel karakter hebben, zoals bijvoorbeeld de gezondheidszorg. Anders ligt dit bij het onderwijs, onderdelen van de (geestelijke) gezondheidszorg en bepaalde andere vormen van maatschappelijke dienstverlening (club- en buurthuiswerk, reclassering). Hier staan de beoogde externe effecten voorop. De vraag hoe de gebruiker zich opstelt ten opzichte van het gebruik van de desbetreffende voorziening is dan minder relevant dan de beoogde maatschappelijke effecten, zoals: goed functionerende arbeidsmarkt, rust en orde.

In zijn rol van premiebetaler en belastingplichtige tracht het individu in toenemende mate de persoonlijke verplichtingen in het kader van de bekostiging van de voorzieningen af te wentelen of te ontgaan. Zowel individueel als groepsgewijs (vgl. de CAO-onderhandelingen waarbij de sociale premies steeds nadrukkelijker niet meer als inkomen worden beschouwd, maar als collectieve lasten in de looneisen worden opgenomen) zijn dergelijke afwentelingsmechanismen werkzaam.

Concluderend kan gesteld worden, dat deze eisende houding ten opzichte van het gebruik en de neiging om de bekostiging af te wentelen op anderen, op termijn onverenigbaar zijn. Dit besef heeft een rol gespeeld bij diverse aanbevelingen die in de voorgaande hoofdstukken zijn gedaan. Gedeeltelijk directe betalingen uit eigen beurs in verschillende varianten zijn een instrument om het individu te confronteren met de kosten van, en de eigen verantwoordelijkheid voor het gebruik van de voorzieningen. In het hoofdstuk over somatische gezondheidszorg zijn voorstellen gedaan voor een stelsel van eigen bijdragen. Het invoeren van eigen bijdragen kan evenwel worden uitgebreid tot al die voorzieningen die niet in hoofdzaak externe effecten beogen doch ook een substantieel individueel karakter dragen. Vanuit dit gezichtspunt komen

ook de volwasseneneducatie, belangrijke delen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en van de bejaardenzorg voor eigen bijdragen in aanmerking, althans voor zover nog geen eigen-bijdrageregeling van toepassing is.

De afnemende persoonlijke verantwoordelijkheid is niet alleen in het licht van de financieringsproblematiek problematisch, maar ook op zichzelf. Immers, wanneer het individueel welzijn in afnemende mate het resultaat is van eigen inspanningen en zich ontwikkelt tot iets dat van anderen geëist kan worden, dan wordt afbreuk gedaan aan een belangrijke dimensie van het begrip individueel welzijn, dat in dit rapport als uitgangspunt is gekozen. Door de volledige financiering via een derde partij (algemene middelen, sociale fondsen) is de realisering van de hier gebezigde doelstelling van individueel welzijn nadelig beïnvloed. De individualisering en de consumptieve houding zijn mede door de vergaande mate van collectieve financiering van de specifieke welzijnsvoorzieningen in de hand gewerkt.

De gewenste verschuiving van een puur consumptieve houding naar een attitude van zoveel mogelijk zelfwerkzaamheid en de legitimering van de noodzakelijke solidariteit vereisen meer nadruk in het beleid op de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn en dat van anderen.

De huidige welzijnszorg wordt in belangrijke mate verleend binnen een institutioneel kader. Tegenover de vraag naar welzijnswerk staat een limitatief aantal duidelijk omschreven verstrekkingen en voorzieningen; de burger kan daar rechtens aanspraak op maken. Voor de afstemming van vraag en aanbod wordt gebruik gemaakt van indicatiestellingen en/of het oordeel van professionele dienstverleners. Dit institutionele model heeft als belangrijke voordelen een grote mate van rechtszekerheid voor de burger en de dienstverlener, alsmede een redelijke mate van sociale gelijkheid.

De uniformiteit van de huidige institutionele kaders heeft evenwel ook belangrijke nadelen. De produktontwikkeling en -differentiatie worden erdoor belemmerd. Dit kan zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid van het beleid nadelig beïnvloeden. Vooral wanneer de huidige structuur de totstandkoming belemmert van voorzieningen die in de eerste plaats beter voldoen aan de vraag en bovendien goedkoper zijn dan het bestaande aanbod, is er sprake van een ernstige tekortkoming in de allocatie van welzijnsvoorzieningen. Van een dergelijke problematiek is in de welzijnssector momenteel ook feitelijk sprake. Zowel in de somatische gezondheidszorg, in de bejaardenzorg, als in de geestelijke gezondheidszorg en de volwasseneneducatie doen dergelijke belemmeringen zich voor. Een voorbeeld ter illustratie van wat hier bedoeld wordt, kan het volgende zijn. Een bejaarde heeft dagelijks hulp nodig bij diverse algemene dagelijkse levensverrichtingen. De gezinsverzorging kan niet volledig in deze behoefte voorzien. Deze bejaarde blijkt vervolgens in aanmerking te komen voor opname in een bejaardentehuis. Wanneer hij geplaatst kan worden, blijkt evenwel dat hij er de voorkeur aan geeft om zelfstandig te blijven wonen en bij de ADL-activiteiten geholpen te worden door een hulp die komt inwonen. Zo iemand is in dit geval ook beschikbaar. De kosten zijn aanzienlijk lager dan die van de plaats in het bejaardenoord, doch kunnen niet zelfstandig worden opgebracht. Door in zo'n geval de benodigde financiële middelen direct aan de gebruiker beschikbaar te stellen, wordt beter tegemoet gekomen aan de vraag, en komt bovendien een besparing tot stand.

Kortom, het huidige aanbod wordt gekenmerkt door onnodige rigiditeit. De oplossing voor deze problematiek kan tot op zekere hoogte worden gezocht in het geven van algemenere omschrijvingen van de verstrekkingen en voorzieningen in de desbetreffende wettelijke regelingen. Daaraan gekoppeld zou het mogelijk moeten worden, dat de gebruiker de financiële middelen direct ter beschikking worden gesteld, indien hij een goedkoper alternatief heeft voor de voorziening waar hij rechtens aanspraak op kan maken. Een dergelijke gedachtengang vereist allereerst

een zekere herziening van de desbetreffende wetgeving. Hoewel dit geen eenvoudige aangelegenheid zal zijn, ligt het kernprobleem voor de uitvoerbaarheid van het voorgestelde beleid in de vraag of het mogelijk is om een ambtenarenkorps te ontwikkelen dat op verantwoorde wijze uitvoering kan geven aan een dergelijk beleid. Wanneer de voorzieningen en verstrekkingen slechts algemeen omschreven zijn, dient de uitvoerende ambtenaar immers te beschikken over de bevoegdheid om van geval tot geval te beslissen welke alternatieven wel en niet in het kader van de wettelijke regeling voor vergoeding in aanmerking komen.

Een groot deel van de welzijnsvoorzieningen heeft vanuit het oogpunt van de verstrekking in belangrijke mate een individueel karakter. Daarom behoeft het collectieve element in deze gevallen slechts van beperkte betekenis te zijn. Diverse overwegingen leiden er evenwel toe dat de allocatie van de persoonlijke dienstverlening niet geheel aan de markt wordt overgelaten. De consumentensoevereiniteit schiet, gezien de structuur van deze markt, veelal ernstig te kort. Het gegeven van 'de oneindige behoeften en de eindige zorg' maakt een bewaking van een rechtvaardige verdeling op centraal niveau noodzakelijk. In meerdere opzichten is de markt geen geschikt allocatie-instrument in de sector van het specifieke welzijn.

Het gedeeltelijke falen van de collectieve regulering dient echter eveneens erkend te worden. Bij volledige collectieve financiering en besluitvorming krijgen alleen die voorzieningen een serieuze kans, die door een politieke meerderheid gewenst of gedoogd worden. Via stemgedrag kan de burger nauwelijks zijn verschillende voorkeuren voor afzonderlijke voorzieningen uiten. Hij 'koopt' als het ware een partij-politiek pakket. Het gevaar is daarom aanwezig, dat aldus een bepaald collectief verstrekt goed slechts de wens is van een minderheid. Prijsvorming heeft in het algemeen op collectieve financiering voor, dat individuen simultaan hun voorkeuren en offerbereidheid kenbaar kunnen maken. Hierdoor wordt de mogelijkheid van een directe aansluiting van het aanbod aan de behoefte bevorderd.

Het is noodzakelijk te streven naar besluitvormings- en financieringsstelsels die de zwakke kanten van beide allocatiemechanismen elimineren, en de sterke kanten van beide verenigen. Dit komt neer op een overheidstaak die primair gericht is op het scheppen van een zodanige marktstructuur dat er sprake is van aansporingen voor zowel individuen als instellingen voor welzijnszorg om het individueel welzijn en het maatschappelijk welzijn een evenwichtige plaats toe te kennen in hun gedrag. Recent overheidsbeleid in de welzijnssector heeft evenwel minder het karakter van het ontwikkelen van een toegesneden marktstructuur en wordt meer gekenmerkt door centrale planning. Een nadelige invloed gaat in dit verband uit van het feit dat de discussie over de besluitvormingsstructuur wordt gevoerd in termen van 'markt of regel'. De analyse in dit rapport heeft tot de conclusie geleid, dat er eerder gedacht moet worden in termen van 'markt *en* regel'. Gezien de nadruk die is komen te liggen op de planning, betekent deze conclusie dat in de welzijnssector nu vooral ook gezocht moet worden naar mogelijkheden om het markelement relatief te versterken.

Het voorgaande komt neer op een pleidooi voor een zekere herwaardering van de profijtgedachte in de welzijnssector. Met betrekking tot dit beginsel vragen twee misverstanden op deze plaats om opheldering. Allereerst zou de profijtgedachte een 'goedkope-bezuinigingstruc' zijn. Indien echter in het individueel inkomen een verschuiving plaatsvindt van de collectieve naar de privésfeer en deze vervolgens leidt tot een ander bestedingspatroon, dan is dat de uitdrukking van een andere consumentenvoorkeur dan die welke werd verondersteld bij de collectieve bekostiging. Een ander bestedingspatroon zou aldus de noodzaak om de afwegingen weer dichterbij het individu te brengen, juist onderstrepen. In de tweede plaats zou het profijtbeginsel de inkomensherverdelende werking van de collectieve financiering ontcrachten.

Hierbij moet worden aangetekend dat het herverdelende effect van de huidige financieringsvorm niet in alle gevallen voldoet aan hetgeen beoogd wordt. Bovendien hangt de denivellerende werking van het profijtbeginsel af van de vorm die wordt gekozen; zo hebben inkomensafhankelijke eigen bijdragen een minder denivellerende werking dan nominale eigen bijdragen. Ook mag niet over het hoofd worden gezien, dat de tertiaire inkomensverdeling een zeer gecompliceerd en weinig doeltreffend werkend instrument voor inkomensherverdeling blijkt te zijn. Voorts laat de invoering van het profijtbeginsel in de welzijnszorg onverlet dat maatregelen ten aanzien van de primaire en de secundaire inkomensverdeling mogelijkheden bieden om de gewenste inkomensverdeling te realiseren. Het zou bovendien de bestuurbaarheid van de welzijnssector waarschijnlijk ten goede komen wanneer het welzijnsbeleid minder zou worden belast met een functie in het kader van de inkomensherverdeling.

### 7.3.2 Overheid en particulier initiatief

Het vraagstuk van de voorkeur voor overheidsinitiatief of particulier initiatief neemt een centrale plaats in bij de beleidsorganisatie op het terrein van het specifiek welzijn. In de voorbije decennia heeft het particulier initiatief een aanzienlijke gedaanteverandering doorgemaakt. Als belangrijke trend kan allereerst worden aangemerkt de verschuiving van een ordening op levensbeschouwelijke grondslag naar een functionele indeling op grond van professies. Het draagvlak van de instellingen van particulier initiatief ondergaat hiermee belangrijke veranderingen. De traditionele legitimiteitsbasis die binnen de verzuilde structuur bestond, heeft plaats gemaakt voor complexe afwegingsproblemen waarbij de belangen van de instelling, de beroepskrachten, de vrijwilligers en de cliënten in het spel zijn. De consensus is niet meer een gegeven, doch dient voortdurend bevochten te worden. Naast de professionalisering is ook de bureaucrativering van de welzijnszorg sterk toegenomen. Er is een gigantisch complex van voorzieningen tot stand gekomen dat technisch op een hoog peil staat. Dit moderniseringsproces heeft echter ook een keerzijde. De dienstverlening dreigt te onpersoonlijk te worden. Als reactie daarop zijn nieuwe vormen van particulier initiatief ontstaan, die gebruik maken van vrijwilligerswerk en de zelfhulp.

De bemoeienis van de overheid met het specifieke welzijnsbeleid is de laatste jaren merkbaar toegenomen. Voor de toekomst ligt een groeiende invloed van overheid en politiek om verschillende redenen voor de hand. De voorzieningen worden vrijwel volledig collectief gefinancierd, fiscaal of door middel van sociale premies. Daarmee is de afweging van kosten en baten niet meer primair de verantwoordelijkheid van het individu. De overheid wordt in toenemende mate op die verantwoordelijkheid aangesproken. De vraag naar welzijnsvoorzieningen is in beginsel onbegrensd. De vraag welk deel van het nationaal inkomen aan collectief gefinancierde voorzieningen van specifiek welzijn kan worden besteed, vereist derhalve een expliciete beslissing. Evenzo de prioriteiten die gelden binnen dat budget. Met name in de huidige tijd van budgettaire krapte en explosieve vraagontwikkeling (veroudering, medicalisering) zijn bedoelde politieke beslissingen bitter noodzakelijk. De visies over het vereiste aanbod, gegeven de vraag, lopen deels uiteen. In de gezondheidszorg speelt in dit verband bijvoorbeeld de discussie over de verhouding tussen de eerste lijn en de intramurale zorg. Bij de zorg voor bejaarden de discussie over de noodzaak en de wenselijkheid van instellingen die het karakter dragen van 'totale instituties'. Een zekere harmonisatie en samenhang van voorzieningen zijn vanuit het oogpunt van zowel kosten als kwaliteit noodzakelijk en vereisen een nationale aanpak. Kortom, er zijn diverse redenen die een systematische politieke invloed in het specifiek welzijnsbeleid nodig maken.

De noodzaak van meer overheidsbemoeienis dan voorheen heeft niet geleid tot een pleidooi voor nationalisatie van de dienstverlening en

uitschakeling van het particulier initiatief. De rol van de overheid is in de aanbevelingen vooral geprofileerd in de richting van het aangeven van de algemene kaders (basispakket/gezondheidszorg, globale inhoudsbepaling volwasseneneducatie, nadruk op preventie, wettelijke regeling voorzieningen voor ouderen). Binnen deze algemene kaders wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van individuen en instellingen. Met betrekking tot het individu is deze gedachte terug te vinden in het pleidooi voor een zekere herwaardering van het profijtbeginsel. Ten aanzien van het particulier initiatief is voor een zelfde strategie gekozen: stimulering van de zelfregulering en de eigen verantwoordelijkheid. Volledige inhoudelijke planning, die noodzakelijk is bij nationalisatie, wordt in deze sector ongewenst en niet haalbaar geacht. Naast de markt en de overheidsregulering vormt de zelfregulering van dienstverleners een onmisbare schakel in het besluitvormingscircuit.

Op de eerste plaats omdat welzijnszorg onlosmakelijk verbonden is met het doen van morele keuzen. Het gegeven van de pluralistische samenleving brengt met zich mee, dat deze keuzen voor zover mogelijk worden overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid van individuen en instellingen. Er is hier sprake van 'voor zover mogelijk', omdat deze decentralisatie wordt begrensd door centraal gemaakte morele keuzen in de vorm van maatschappelijke doelstellingen. Op grond van deze doelen heeft de overheid de plicht om beperkingen op te leggen aan de keuzevrijheid. Welzijnszorg is van nature een uiterst complexe materie en mede daardoor voor een aanzienlijk deel een professionele activiteit bij uitstek. Het tot in detail sturen van de allocatie der voorzieningen vanuit één centraal punt is, gegeven deze karakteristieken, niet realiseerbaar. Een zekere mate van autonomie van functionele eenheden biedt dan betere garanties voor een optimale allocatie.

Kortom, zowel uit legitimiteits- als uit doelmatigheidsoverwegingen is gekozen voor een vorm van overheidsregulering, die tracht om een institutionele structuur op te zetten die voor de instellingen positieve prikkels bevat om tegemoet te komen aan de individuele en de maatschappelijke doelstellingen en voorts om het zelfregulerend vermogen te optimaliseren. In dit verband wordt verwezen naar de aanbevelingen inzake de professionele ethiek in de somatische gezondheidszorg. Door veranderingen in de beloningsstructuur, de wettelijke verplichting van de intercollegiale toetsing en andere maatregelen wordt gestreefd naar een stelsel waarin de beroepskracht wordt gestimuleerd en beloond om een optimale prijs/kwaliteit verhouding na te streven. Een tweede voorbeeld kan ontleend worden aan het behoud van de uitvoeringsorganisatie van de ziektekostenverzekering in het kader van de aanbeveling om tot een beperkte volksverzekering tegen ziektekosten over te gaan. De concurrentie tussen de verschillende ziektekostenverzekeraars vormt een onmisbare schakel om zowel de prijs als de kwaliteit op aanvaardbare niveaus te houden. In hetzelfde licht kan de aanbeveling om, naast het bestaande institutionele aanbod in de zorg voor bejaarden, ook alternatieven in de vrijwillige en de marktsector een serieuze kans te geven, worden geplaatst. Een vierde illustratie kan worden teruggevonden bij de voorstellen voor de institutionele vormgeving van de volwasseneneducatie en de geestelijke gezondheidszorg. Gegeven het feit dat de vraag kan variëren al naar gelang de plaatselijke behoeften en omstandigheden, worden aan de beroepskrachten en aan de instellingen belangrijke allocerende taken en bevoegdheden toegedacht. Zo is in de volwasseneneducatie voorgesteld om te komen tot de instelling van gemeentelijke of regionale samenwerkingsverbanden van alle instellingen.

Bij de nieuwe vormen van particulier initiatief doet zich het probleem voor dat zij nauwelijks geïnstitutionaliseerd zijn. Daardoor kunnen ze vaak onvoldoende tot hun recht komen, niet in de laatste plaats omdat zij vaak niet beschikken over de benodigde financiële middelen. Erkenning van de nuttige functie die de nieuwe vormen van particulier initiatief in

het kader van de dienstverlening kunnen vervullen, pleit ervoor om ze in het welzijnsbeleid een volwaardige plaats toe te kennen en de totstandkoming van deze alternatieven te bevorderen, onder meer door financiële middelen ter beschikking te stellen aan initiatieven op het gebied van mantel- en zelfhulp. Het verdient aanbeveling om deze financiering een tijdelijk karakter te geven en aan minder stringente voorwaarden te binden dan de financiering van de georganiseerde instellingen. Op deze wijze wordt het spontane en vernieuwende karakter van de nieuwe vormen van particulier initiatief meer recht gedaan. Het gegeven dat de behoefte aan goedkopere alternatieven van hetzelfde kwalitatieve gehalte als de bestaande voorzieningen ook in het beleid groot is, vormt een extra reden om ondanks de krupper wordende budgettaire ruimte, middelen te reserveren voor innoverende activiteiten.

Samenvattend kan gesteld worden dat de principiële keuze tussen overheidsinitiatief of particulier initiatief wordt ontraden. Een *gedeelde verantwoordelijkheid* biedt de beste perspectieven voor het bereiken van de noodzakelijke consensus omtrent de vormgeving van het welzijnsbeleid, en verschaft een goed uitgangspunt voor het mobiliseren van alle benodigde krachten.

### 7.3.3 *Samenhang*

In de voorbije jaren is in het welzijnsbeleid tamelijk veel nadruk gelegd op het streven naar meer samenhang op het niveau van de dienstverlening in die zin, dat een geheel van op elkaar aansluitende voorzieningen wordt geschapen, die te zamen behoeftendekkend zijn: er zijn geen leemten, er zijn geen overlappingsen. Zo'n samenhang kan gebaseerd zijn op doelgroepen, problematiek, op methodiek van werken, op territorium, op uitgangspunten die verband houden met het aanwezige patroon van voorzieningen en zelfs op huisvesting, als verschillende voorzieningen onder één dak worden ondergebracht. Een dergelijke samenhang wordt geacht in het belang van de gebruiker te zijn: hij behoeft niet van het kastje naar de muur te lopen maar vindt gemakkelijk het juiste loket; hij kan niet 'uit de boot vallen', ook voor zijn behoefte is er een voorziening. Een dergelijke samenhang zou ook in het belang zijn van de overheid, die de voorzieningen financiert. Doeltreffendheid en doelmatigheid van de besteding zijn verzekerd.

Zonder in twijfel te trekken dat de bestaande differentiatie vaak niet functioneel is (zoals bijvoorbeeld bleek bij de volwasseneneducatie en de geestelijke gezondheidszorg), is de mogelijkheid en noodzaak van een samenhang zoals hierboven omschreven ook niet boven twijfel verheven. De veronderstelling daarbij is, dat de behoeften van de gebruiker zoals die waargenomen of vastgesteld werden door de overheid, samenvallen met de behoeften zoals die door de cliënt zelf worden waargenomen. De definitie van zijn behoeften door de gebruiker van de dienstverlening zal dan echter net zo min als nu altijd samenvallen met de aangeboden diensten. Met name in de hulpverlening blijkt dat hulpvragers vaak een opeenhoping van materiële en immateriële moeilijkheden hebben en dat zij niet zo gemakkelijk in categorieën onder te brengen zijn. Dit gegeven brengt met zich mee dat een te gesloten circuit van voorzieningen de doeltreffendheid en doelmatigheid van de dienstverlening in gevaar kan brengen. Een noodzakelijke voorwaarde voor een gesloten circuit is, dat de diensten die opgenomen zijn in de keten, duidelijk te omschrijven en te onderscheiden zijn, dat zij stabiel zijn en afgestemd op tamelijk eenduidige vraagcategorieën. Welnu, wat de dienstverlening in de welzijnssector aangaat, is dat vaker niet het geval dan wel. Diensten vinden hun vorm in de interactie tussen vraag en aanbod; aan de vraagzijde veranderen de behoeften, aan de aanbodzijde veranderen kennis en inzicht en bestaan vooralsnog belangrijke leemten. Als er in een verdeling van taken geen ruimte zit om op veranderingen en nieuwe ontwikkelingen te reageren, is er van doeltreffendheid geen sprake meer en zal ook de doelmatigheid in het gedrang komen.

Concluderend kan gesteld worden, dat het voor de cliënt wel nadelig is als er door gebrek aan samenhang grote gaten vallen in het aanbod. Overlappend in de dienstverlening heeft voor de gebruiker echter het voordeel dat er keuzemogelijkheden zijn. Gezien de persoonlijke aard van veel dienstverlening en de mogelijkheid dat de cliënt zijn behoeften anders definieert dan de dienstverlener, is het bestaan van een keuzemogelijkheid voor de gebruiker functioneel. Het kan bovendien een niet ongezonde concurrentie tussen instellingen bevorderen. Het zoek- en verwijzingsproces zou echter verbeterd kunnen worden door goede informatievoorziening zowel voor de dienstverleners als de gebruikers. Daarmee zou het bezwaar van gebrek aan samenhang voor een belangrijk deel ondervangen kunnen worden.

De hier gemaakte relativering van samenhang ten behoeve van individueel welzijn heeft niet de bedoeling de thans op vele terreinen bestaande situatie te billijken. Op de onderzochte gebieden (volwasseneneducatie, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor ouderen) bleek meer samenhang dan thans bestaat, als wenselijk beschouwd te moeten worden. Gebrek aan samenhang werkt zowel sterk kostenverhogend als kwaliteitsverlagend. Samenhang in de dienstverlening zal gezien de weerbarstige aard van het produkt echter nooit perfect zijn. Het is goed dit te beseffen alvorens men ingewikkelde reorganisaties op touw zet. Daar komt nog bij dat een bestuurlijk-organisatorische herstructurering alleen niet dwingend tot een gewenste profilering en aansluitende taakverdeling kan leiden, omdat de individuele instelling een grote mate van autonomie heeft. Dit geldt voor educatie en zorg in gelijke mate.

Maatschappelijke doelen die gesteld worden ten aanzien van problemen en behoeften, kunnen, mits duidelijk en bindend geformuleerd, een basis bieden voor de constructie van samenhang. De beleidsmatige invulling van de doelstellingen zal leiden tot het stellen van prioriteiten en eisen van functioneren ten aanzien van de instellingen. Een doeltreffend en doelmatig beleid vraagt om een normatief kader.

Het maken van deze beleidskeuzen kan niet vervangen worden door geïntegreerde planning van de hele welzijnssector op gemeentelijk niveau. Samenhang ontstaat niet door alles in één plan bij elkaar te zetten. Er dient eerst een zodanige aggregatie van voorzieningen plaats te hebben, dat binnen een groep een functionele afweging mogelijk is. Zo werd gesteld dat een op preventie gericht beleid in de extramurale geestelijke gezondheidszorg het nodig maakt ook allerlei gezondheidsbevorderende en zelfhulp-initiatieven mee in aanmerking te nemen. Voor de volwasseneneducatie werd niet zozeer een vaste begrenzing aangegeven, als wel een aantal doelen die het mogelijk maken het terrein af te bakenen.

Samenhang kan groeien als men weet waartussen die samenhang moet ontstaan en als behoeften, probleem en/of doelgroep waarvoor die samenhang moet gelden, zo omschreven zijn dat men hieraan afweegcriteria kan ontlenen, hoe weinig hard die ook mogen zijn. Het rationeel tegen elkaar afwegen van ongelijksoortige voorzieningen, waartussen geen reële samenhang kan worden geconstrueerd, is echter een onmogelijkheid. Toch is de gedachte van integrale planning, die ten grondslag ligt aan de Kaderwet, nog niet verlaten, al is het intussen duidelijk dat niet alle welzijnsvoorzieningen op gelijke voet onder de Kaderwet Specifiek Welzijn gebracht zullen worden. Immers men onderscheidt Kaderwet-welzijn en welzijnsvoorzieningen onder het bereik van de Kaderwet, waarop hoogstens elementen uit de Kaderwet Specifiek Welzijn van toepassing zullen zijn. Dit onderscheidt vloeit echter niet voort uit op basis van doelstellingen gemaakte keuzen<sup>11</sup>. Echter ook in het zogenaamde Kaderwet-welzijn worden voorzieningen bij elkaar gevoegd, waarvan men zich moet afvragen wat zij met elkaar te maken hebben, en hoe een

<sup>11</sup> Dit blijkt duidelijk uit de behandeling van het wetsontwerp in de Tweede Kamer.

anders dan willekeurige prioriteitsbepaling mogelijk is. Uit de ontwerp-programmeernota voor de decentralisatie van de maatschappelijke dienstverlening blijkt, dat allerlei vormen van dienstverlening verenigd worden, die onderling niet meer samenhang vertonen dan met andere vormen van dienstverlening<sup>12</sup>.

Samenhang ten behoeve van maatschappelijke doelstellingen vraagt primair een verkaveling — en naar bleek bij extramurale geestelijke gezondheidszorg, zorg voor ouderen en volwasseneneducatie vaak een herverkaveling — van beleidsgebieden. Een dergelijke herverkaveling kan niet overgelaten worden aan de gemeenten; het gaat hier om doelstellingen van algemeen, bovengemeentelijk belang. In de wijze waarop gemeenten die proberen te verwezenlijken kan hun de vrije hand worden gelaten, maar het is niet onverschillig binnen welke kaders zij dat doen. Dat gegroeide structuur en belangen zich hiertegen verzetten, is onvermijdelijk. Als regering en parlement er echter niet in slagen elkaar te vinden op een zo duidelijke en bindende formulering van doelstellingen dat op deze grond beleidsgebieden kunnen worden afgebakend waarbinnen naar samenhang moet worden gestreefd, zal samenhang hoogstens incidenteel, op enkele onderdelen worden verwezenlijkt.

Er is geen zodanige 'natuurlijke' samenhang tussen de voorzieningen die ressorteren onder het specifieke welzijnsbeleid dat zij doeltreffend in één integrale planning opgenomen kunnen worden. Evenmin echter is de grens tussen een sector van specifiek welzijnsbeleid en andere beleidssectoren intrinsiek gegeven. In de volwasseneneducatie bijvoorbeeld zal dienstbaarheid aan arbeidsmarktontwikkelingen het beleid nopen rekening te houden met het werkgelegenheids- en arbeidsmarktbeleid. In de zorg voor ouderen is zeker in de toekomst een belangrijke relatie tussen huisvestingsbeleid en hulpverleningsbeleid te verwachten. In algemene zin kan men zeggen dat de grenzen van het autonome welzijnsbeleid in het zicht zijn gekomen. In hoofdstuk 1 werd het streven naar een specifiek welzijnsbeleid historisch beschouwd als een gevolg van typisch Nederlandse verhoudingen. Het ontstaan en de groei van welzijnsvoorzieningen als zodanig zijn daaruit niet te verklaren. Wilensky toonde aan dat zij een correlaat zijn van de economische ontwikkeling en demografische veranderingen en dat geïndustrialiseerde staten weinig uiteenlopen wat hun bestedingen aan welzijn betreft. Deze bestedingen zijn onafhankelijk van het heersende politieke regime. Het welzijnsbeleid is de bezemwagen van de geïndustrialiseerde maatschappij geweest; de sector heeft zich sterk autonoom ontwikkeld zonder dat dat op veel bezwaren stuitte. Langzamerhand is men zich echter bewust geworden van de beperkingen die enerzijds blijken uit een te ver doorgeschoten streven naar perfectionering, en die anderzijds liggen in een fundamenteel onvermogen om het hoofd te bieden aan groeiende maatschappelijke problemen. Daarmee is het tot nu toe gevoerde welzijnsbeleid niet veroordeeld, noch is het overbodig geworden. Het moet zich wel opnieuw oriënteren. De problemen waar het mee te maken heeft, doorsnijden bestaande beleidssectoren. Een beleid met betrekking tot welzijnsvoorzieningen kan een bescheiden bijdrage leveren in de oplossing; het kan daarbij soms zelfs een beetje vooroplopen. De bijdrage is echter sterk afhankelijk van de mate waarin het aansluit op de maatschappelijke ontwikkelingen en op het beleid in andere sectoren. Het individueel welzijn is dan niet meer het voornaamste Leitmotiv en niet meer het bindend element voor de hele welzijnssector. In een dergelijk perspectief is voor een geïntegreerd planningssysteem voor de hele welzijnssector geen plaats; het is te rigide, te omvangrijk en te zeer in zichzelf besloten.

Samenvattend kan gesteld worden, dat de eertijds positieve werking van zowel het voorstaan en afbakenen van een specifiek welzijnsbeleid,

<sup>12</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, *Decentralisatie maatschappelijke dienstverlening; Ontwerpprogrammeernota*; Rijswijk, 1981.



als van het streven naar meer samenhang daarbinnen, in een negatieve lijkt te zijn omgeslagen. De begrenzing naar buiten doet meer kwaad dan goed. Macro-economische theorieën worden oneigenlijk aangewend om de welzijnssector als niet-productief, parasiterend te beschouwen. De soms noodzakelijke maatregelen op andere beleidsterreinen dan het specifieke welzijnsbeleid, met andere woorden de samenhang tussen specifiek welzijnsbeleid en overig beleid, dreigen door een te strikte afbakening onvoldoende aandacht te krijgen.

Tegenover dit gebrek aan onderlinge afstemming op het niveau van het overheidsbeleid in zijn geheel, staat bij wijze van spreken als ander uiterste het streven naar integrale samenhang binnen het specifiek welzijnsbeleid. Deze 'ideologie' van het specifiek welzijnsbeleid heeft haar neerslag gevonden in de Kaderwet Specifiek Welzijn. Deze beoogt samenhang in beleid en voorzieningen tot stand te brengen door het optrekken van een bestuurlijk bouwwerk. Hetzelfde geldt voor de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die weer is afgestemd op de Kaderwet. De noodzaak om allerlei voorzieningen in de Kaderwet onder te brengen is echter tot nu toe onvoldoende beargumenteerd vanuit de functies die deze voorzieningen moeten vervullen. Het is aan te bevelen deze discussie op korte termijn te voeren en niet te laten wachten tot de invoeringswet van de Kaderwet. Een meer probleemgerichte en minder ambitieuze vormgeving van het streven naar samenhang, waarbij bovendien het onderscheid tussen specifiek welzijnsbeleid en overig beleid niet zo stringent wordt gehanteerd, verdient voor de toekomst stellig overweging.

#### 7.3.4 *Centraal en decentraal*

Er bestaat thans kennelijk de algemene overtuiging dat ons land in sterkere mate centraal bestuurd wordt dan nodig en nuttig is. De beweging naar decentralisatie komt voort uit de bezwaren tegen het centrale bestuur. Het is geenszins aangetoond dat op centraal niveau geen oplossingen zouden bestaan voor de problemen waarvoor nu decentralisatie wordt aanbevolen. Er is echter ook weinig reden om deze oplossingen niet op decentraal niveau te zoeken, met dien verstande dat decentralisatie niet als een absoluut waarde-oordeel wordt gehanteerd. Daarom wordt hier nagegaan in hoeverre de doelstellingen van welzijnsbeleid meebrengen dat er aan de decentralisatie grenzen worden gesteld. Daarna worden de voorwaarden besproken die vervuld moeten zijn om decentralisatie aan haar bedoelingen te doen beantwoorden.

Als doelstellingen van individueel welzijn, dus louter individuele behoeften de doorslag geven, is volledige decentralisatie naar het laagste overheidsniveau in principe te prefereren. Het gaat dan om diensten waarover vaak weinig duidelijkheid en overeenstemming bestaat, waartussen substitutie mogelijk is, waarvan de inhoud onderhevig is aan verandering en waarmee burgers direct in aanraking komen zodat het aanbod hiervan de invloed kan ondergaan. Dit is het karakter van veel dienstverlening en het gevolg is dat de plaatselijk en regionaal bestaande patronen van voorzieningen nogal verscheiden zijn. Deze verscheidenheid wordt hier positief gewaardeerd om wille van zichzelf. Bovendien kan zij een stimulans vormen voor de activering van burgers, hetzij om een bepaald verlangen op de politieke agenda te krijgen, hetzij voor het vinden van nieuwe, goedkopere oplossingen om in een behoefte te voorzien of voor zelfvoorziening. De angst wordt wel geuit, dat deze decentralisatie alleen maar kostenverhogend zal werken omdat gemeenten toch weer claims zullen ontlenen aan het bestaan van voorzieningen in andere gemeenten. In een tijd waarin aan de beschikbare gelden nauwe grenzen zijn gesteld, is deze angst niet zo reëel.

Vaak zullen echter bij welzijnsvoorzieningen ook maatschappelijke doelen in het geding zijn. In paragraaf 7.2.4 is gesteld dat deze meer accent moeten krijgen. Het is een zaak van landelijk beleid om vast te stellen welke maatschappelijke doelen in concreto gediend moeten worden. Als

de individuele belangen worden overstegen en het individueel welzijn niet meer het uitsluitend richtsnoer voor beleid moet zijn, dan dient er een zekere eenheid van handelen te zijn. Deze wordt verzekerd door het beleidskader dat op centraal niveau moet worden vastgesteld. Dat houdt niet in dat het lagere niveau daardoor alleen maar een uitvoerende taak krijgt toegedeeld. Er is alle ruimte voor de lagere organen om, binnen de grenzen van het beleidskader, het beleid naar eigen inzicht gestalte te geven. Ook de plaatselijke verscheidenheid blijft binnen deze grenzen mogelijk. De eigen invulling van de landelijke richtlijnen door de lagere overheid is te meer belangrijk, omdat het vaak gaat om diensten waarvan nog niet precies duidelijk is hoe zij uitgevoerd moeten worden. Bovendien is met de introductie van maatschappelijke doelen de doelstelling van individueel welzijn niet van de baan geschoven. Binnen de grenzen die de maatschappelijke doelen stellen is er ruimte om aandacht te geven aan individuele wensen en behoeften. Als bijvoorbeeld een deel van de volwasseneneducatie duidelijker gericht wordt op het arbeidsbestel blijft de mogelijkheid om wat betreft keuzepakketten, onderwijsmethoden en dergelijke rekening te houden met individuele wensen. Met de noodzaak van het centraal vaststellen van maatschappelijke doelen wordt dus niet getornd aan de hierboven gedane uitspraak over de uit de aard van veel dienstverlening voortvloeiende voorkeur voor decentralisatie. Daaraan kan worden toegevoegd dat er soms een grotere samenhang tussen bepaalde voorzieningen nodig is en dat de dienstverlening naar zijn wezen flexibel moet blijven. Samenhang en flexibiliteit zijn in zekere zin tegenstrijdige eisen. Een evenwicht daartussen kan in principe beter tot stand komen op het overzichtelijke gemeentelijke of regionale niveau dan door de huidige centrale besturing, die tendeert naar eenvormigheid en strakke regelgeving.

Deze stellingen vindt men terug in de aanbevelingen die in hoofdstuk 4 en 6 werden gedaan met betrekking tot de extramuraal geestelijke gezondheidszorg en de volwasseneneducatie. Daar werd voor de lagere overheid een grotere beleidsvrijheid voorgestaan dan in de Kaderwet Specifiek Welzijn en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is voorzien, maar wel op basis van inhoudelijke richtlijnen die op centraal niveau geformuleerd worden. In de Kaderwet is geen sprake van dergelijke richtlijnen. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg laat de minister richtlijnen vaststellen (art. 10), die meer het karakter van een tamelijk gedetailleerde regeling lijken te dragen.

Het standpunt dat in dit rapport wordt ingenomen betekent geen ongevoeligheid voor de twijfels en bezwaren die wel worden gehoord tegen een zo vergaande decentralisatie. Is er voldoende garantie dat mensen niet verstoken blijven van voor hen noodzakelijk voorzieningen, die zij zich soms op andere wijze moeten verschaffen? Is er voldoende zekerheid dat de gestelde maatschappelijke doelen worden nagestreefd?

Wat de verwaarlozing van urgente individuele behoeften betreft, er is geen reden om te veronderstellen dat de kans daarop bij decentraal beleid zoveel groter is dan bij centraal beleid. Niettemin kan men zich omstandigheden voorstellen waaronder dit voor bepaalde behoeften bij bepaalde gemeenten voorkomt. Daar zijn ook feitelijke voorbeelden van. De aard van de benodigde voorzieningen kan het echter toch gewenst maken dat zij onderdeel vormen van decentraal beleid. In dat geval moeten gemeenten verplicht worden tot het instellen van bepaalde voorzieningen. In het algemeen echter zal een adequate verkaveling van het welzijnsterrein (zie 7.3.3) en per kavel centrale richtlijnen, die een referentiekader kunnen vormen voor decentraal beleid, het mogelijk moeten maken het voorschrijven van voorzieningen tot een minimum te beperken.

De kans dat bij decentraal, in casu gemeentelijk beleid maatschappelijke doelen in het gedrang komen, kan afhankelijk zijn van de mate waarin de gemeente hiervan zelf gevolgen ondervindt. Een voorbeeld is het kunstbeleid. Aan kunst worden naar tijd en plaats uiteenlopende maatschappelijke functies toegekend. Kunst als instrument van explora-

tie van de werkelijkheid om tot nieuwe oriëntering te komen is een van de functies<sup>13</sup>. Vaak bestaat er weinig vraag naar juist deze vorm van wegbereidende kunst. Een gemeentebestuur behoeft het belang van deze wat abstracte functie dan ook niet zo direct te ervaren. Naar zijn aard vraagt het produkt ook niet om opneming in een decentraal beleid: de kunstenaar brengt het autonoom voort, onafhankelijk van zijn eventuele publiek; ook is er geen noodzaak van samenhang tussen voorzieningen of van substitutie. In dat geval zijn er geen argumenten voor, maar uitsluitend tegen decentralisatie. Overigens geldt dit niet voor alle kunstuitingen. In hoofdstuk 4 is melding gemaakt van kunstprodukten die veel dichter bij het publiek en veel meer in wisselwerking daarmee tot stand komen. In het algemeen echter kan men kunstbeleid niet decentraliseren, zonder de maatschappelijke functie van de kunstprodukten en de een- of tweezijdige relatie tussen kunstenaar en publiek in overweging te nemen.

Minder duidelijk is het of tot centraal of decentraal beleid moet worden besloten als enerzijds op grond van de aard van de dienstverlening decentralisatie voordelen zou hebben, maar anderzijds de kans bestaat dat de gemeente het belang van die dienstverlening niet groot acht. Een tussenweg is dan weer het verplichten van de gemeenten om aandacht te besteden aan de betreffende voorziening.

De discussie over de vraag wat wel en wat niet gedecentraliseerd moet worden is te veel blijven steken in geharrewar rond het in de Knelpuntennota geïntroduceerde begrip 'basisvoorzieningen'. Dit zijn 'voorzieningen waarvan op basis van grondrechten en via democratische besluitvorming vaststaat dat zij voor ieder mens, waar dan ook, beschikbaar en bereikbaar moeten zijn'<sup>14</sup>. Zij worden door de centrale overheid aangewezen. In het ontwerp Kaderwet van 1977 ontbraken de basisvoorzieningen als zodanig. In de motie-Hermes werd daarop gevraagd deze bij wet vast te stellen. Uiteindelijk zijn de centrale sturelementen in de wet versterkt, maar werd niet duidelijk voor welke voorzieningen die zullen worden gebruikt. In de Memorie van Toelichting worden basisvoorzieningen gelijk gesteld met voorzieningen die een eigen wettelijke regeling behoeven. Onderwijs en gezondheidszorg, die wettelijk geregeld zijn, zijn derhalve basisvoorzieningen<sup>15</sup>.

In hoofdstuk 6 is al gezegd, dat de koppeling van grondrechten en individuele aanspraken onjuist is. Via democratische besluitvorming kan men uiteraard grondrechten omzetten in individueel opeisbare rechten. Daar werd ook gesteld dat de ene wettelijk vastgelegde basisvoorziening de andere zal uitlokken en dat daarmee het hek van de dam is.

Het komt ons voor dat de regering een andere betekenis hecht aan het begrip basisvoorziening dan de Knelpuntennota. Volgens de Knelpuntennota moeten basisvoorzieningen als (deel)functies worden opgevat en niet als per se afzonderlijk te institutionaliseren werkvormen. Het vaststellen van basisvoorzieningen is een resultaat van het ontwikkelen van samenhangende beleidsvisies waarbinnen prioriteiten worden aangegeven, die als basisfuncties of basisvoorzieningen worden aangemerkt. Dit gebeurt op Rijksniveau<sup>16</sup>. Basisvoorzieningen kunnen worden vastgesteld middels deelwetgeving of Algemene Maatregel van Bestuur<sup>17</sup>. De regering echter verklaart in de Memorie van Toelichting dat tot basisvoorziening, wat reeds wettelijk geregeld is. Voor wat nog niet wettelijk geregeld is zal de regering van geval tot geval bezien of eigen wettelijke regeling nodig is<sup>18</sup>. Uiteraard wordt daarmee de Kader-

<sup>13</sup> J. Kassies, *Op zoek naar cultuur*; Nijmegen, Socialistische Uitgeverij, 1980, blz. 337 e.v.

<sup>14</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, *Knelpuntennota*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974, blz. 46.

<sup>15</sup> M.S.J. Dotinga e.a., *Kaderwet Specifiek Welzijn*; 's-Gravenhage, VUGA, s.a. III C-2-25.

<sup>16</sup> Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, op. cit., blz. 46.

<sup>17</sup> *Ibid.*, blz. 49.

<sup>18</sup> M.S.J. Dotinga e.a., op. cit., III C-2-25.

wet ondermijnd in zijn bedoelingen meer samenhang en flexibiliteit in het welzijnsbeleid te brengen.

In de hele discussie wreekt zich dat welzijnsbeleid in het teken staat van individueel welzijn en dat maatschappelijke doelen nooit duidelijk en in hun consequenties uitgesproken worden. Natuurlijk moeten onderwijs en gezondheidszorg gegarandeerd aanwezig zijn. Zonder deze is een moderne samenleving ten dode opgeschreven. Dat wil niet zeggen dat iedereen waar en wanneer dan ook recht heeft op elke vorm van onderwijs en gezondheidszorg. En dat geldt a fortiori voor andere vormen van dienstverlening. (Overigens is dit natuurlijk geen vrijbrief voor de overheid of voor instellingen om groepen te verwaarlozen.) Op verschillende plaatsen in de Memorie van Toelichting komt wel tot uitdrukking dat de regering kennelijk vindt, dat maatschappelijke doelen zeker gesteld moeten worden. Nergens wordt echter met zoveel woorden gezegd dat deze en individuele welzijnsdoelen tegen elkaar afgewogen moeten worden. Nergens wordt duidelijk gemaakt waarom maatschappelijke doelen niet met decentraal beleid gediend kunnen worden, met andere woorden, nergens wordt een poging gedaan een visie te ontwikkelen, of zelfs de noodzaak daarvan te erkennen.

Samenvattend kan gesteld worden, dat een combinatie van bestuurbaarheid en optimale functievervulling aldus het meest gebaat is bij een decentraal beleid dat gebaseerd is op een centraal vastgelegd inhoudelijk beleidskader. De centrale richtlijnen moeten voldoende uitgewerkt zijn om de maatschappelijke doelstellingen van het welzijnsbeleid te kunnen waarborgen; verdergaande detaillering is evenwel ongewenst omdat het beleid op de lagere niveaus dan onvoldoende tot zijn recht kan komen. Het denken in termen van 'centraal of decentraal', dat kenmerkend is voor veel discussies over dit vraagstuk, dient plaats te maken voor een benadering in termen van 'centraal en decentraal'.

In het voorgaande is gesproken van 'decentraal beleid' en enkele malen van 'gemeentelijk beleid', met name waar mogelijk ongewenste gevolgen van decentralisatie ter tafel komen. De implicatie is duidelijk, deze ongewenste gevolgen kunnen zich in het bijzonder op gemeentelijk niveau voordoen.

Vele gemeenten zijn bovendien te klein voor het onderhouden van allerlei eigen welzijnsvoorzieningen. Een vorm van intergemeentelijke samenwerking is dan nodig. Deze komt vaak moeizaam tot stand. Bovendien worden de kleine gemeenten daarmee meestal niet ontlast van beleidsvoorbereiding, die ook zwaar drukt op hun capaciteit. Het ligt voor de hand dan de oplossing te zoeken in decentralisatie die niet verder gaat dan het provinciale niveau. De omvang van de provincie (in de toekomst wellicht kleiner) en de reikwijdte van voorzieningen spelen hier een rol, want de aard van de welzijnsvoorzieningen vraagt toch om een beleid dat dichtbij de bevolking en bij de voorziening met de kleinste reikwijdte tot stand komt. Zo werd in de extramurale geestelijke gezondheidszorg een doorslaggevend belang gehecht aan de relatie van RIAGG's met eerste- en nuldelijns-voorzieningen. Het zou te overwegen zijn de centrumgemeente in de intergemeentelijke samenwerking een zwaardere taak te geven dan de andere gemeenten om zo de belasting van kleine gemeenten wat te verminderen.

Met deze passage over de keuze tussen decentralisatie naar gemeente of naar provincie is eigenlijk al het terrein betreden van de voorwaarden voor het slagen ervan. Andere voorwaarden zijn: verbetering van de capaciteit van gemeente, financiële verantwoordelijkheid, een adequaat planningstelsel en inschakeling van particulier initiatief. Deze worden achtereenvolgens behandeld.

Een eerste voorwaarde is dat bezuinigingen niet volledig worden afgewenteld op de gemeenten. 'Budgettaire neutraliteit' is in zoverre een onmogelijke eis dat met de beleidsvoorbereiding een zware last op de gemeenten wordt gelegd, waarvoor met name kleine gemeenten de capaciteit niet hebben. Dit geldt nog sterker voor de inschakeling van het

particulier initiatief in de beleidsvoorbereiding. Decentralisatie vraagt administratieve en organisatorische voorzieningen ter secretarie en/of voor het particulier initiatief. In het kader van een werkgelegenheidsbeleid zou het juist zijn hiervoor arbeidsplaatsen ter beschikking te stellen. 'De kost gaat voor de baat uit' is een meer toepasselijke leus dan budgettaire neutraliteit. Hier zou tegenin gebracht kunnen worden dat zo slechts de bureaucratie wordt versterkt, terwijl het eigenlijke welzijnswerk alleen maar financiële beperkingen opgelegd zal krijgen. Dit risico is aanwezig. Tot nog toe is de decentralisatie voornamelijk een zaak van ambtenaren, zoals blijkt uit de lopende experimenten met de Kaderwet<sup>19</sup>. Dit wordt echter ook veroorzaakt door het ingewikkelde planningsstelsel.

De tweede voorwaarde is derhalve dat de planning is afgestemd op de aard van de problemen en voorzieningen. Integrale planning van alle voorzieningen die tot het specifiek welzijn worden gerekend, wordt als onmogelijk afgewezen. (Zie 7.3.3.) Dan vervalt ook de noodzaak één planningsstelsel te hanteren. Welke vorm van planning men gebruikt moet afhankelijk gesteld worden van de concreetheid van de doelstellingen. In de volwasseneneducatie is de doelstelling te concretiseren als het bieden van onderricht aan bepaalde groepen om bepaalde hoedanigheden aan te kweken. Deze doelstelling om te zetten in cursussen en andere programma's. De doelstelling preventie in de geestelijke gezondheidszorg is veel minder gemakkelijk om te zetten in voor ieder duidelijke activiteiten. Hoogstens kan men zeggen op welke problemen en probleemgroepen de activiteiten gericht dienen te zijn. Voor de volwasseneneducatie is een procesplanning van activiteiten mogelijk, voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg is veeleer een zogenaamde probleemgerichte planning nodig<sup>20</sup>. In de volwasseneneducatie kan een meerjarenplan ontwikkeld worden, dat globaal aangeeft welk soort activiteiten door wie ten behoeve van wie worden ontwikkeld. Een jaarlijks programma concretiseert deze activiteiten en biedt de mogelijkheid tot eventueel gewenste verschuivingen. Een meerjarenplan in de extramurale geestelijke gezondheidszorg zal veeleer een operationalisering van het begrip preventie inhouden en een vaststelling van hiermee samenhangende taken (een veel ruimer begrip dan activiteiten). Dit plan is in hoge mate een produkt van onderhandeling tussen betrokken partijen.

Een derde voorwaarde is dat de gemeente voldoende financiële ruimte en verantwoordelijkheid heeft, zodat beslissingen niet worden afgeschoven. Dat houdt dus ook financiële verantwoordelijkheid in. De Kaderwet regelt hieromtrent niets.

Een vierde voorwaarde is adequate deelneming van betrokkenen in het beleidsproces. Tot nu toe is decentralisatie een zaak van de ambtelijke bureaucratie. De experimenten ingevolge de Kaderwet hebben vooralsnog geresulteerd in een wat afwachtende houding van de gemeenteraad<sup>21</sup>. De planningprocedure geeft daartoe ook weinig aanleiding. Als de plannen de gemeenteraad bereiken, zijn zij al over zoveel schijven gegaan, en is er zo aan gesleuteld, dat er voor de gemeenteraad weinig ruimte overblijft om er nog veel aan te veranderen.

Ondanks allerlei inspraakprocedures blijkt de belangstelling van de gebruiker voor het welzijnsbeleid vrijwel nihil te zijn<sup>22</sup>. In de hoofdstukken 3 t/m 6 is de invloed van de gebruiker elders gesitueerd en wel daar waar hij zich directer aangesproken zal voelen, waar zijn belangen duidelijker in het geding zijn. Het ligt in de aard van de dienstverlening dat het produkt dienstverlening in wisselwerking met de gebruiker tot stand komt. Hij moet, individueel en collectief, zijn invloed kunnen doen gelden. Daarvoor zijn er allerlei oude en nieuwe mogelijkheden, zoals deelneming

<sup>19</sup> H. Broekman, Th.H. Roes en V. Veldheer, *Experimentele welzijnsplanning, Interimrapport, Onderzoek ontwikkelingsprojecten*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981, blz. 195.

<sup>20</sup> Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Welzijnsplanning in Zeist, Discussienota*; 1981 (niet gepubliceerd).

<sup>21</sup> H. Broekman, Th.H. Roes en V. Veldheer, op. cit., blz. 195.

<sup>22</sup> Ibid., blz. 176.

in het bestuur, klachtrecht, ombudsman. Ook aan toetsingscolleges zouden gebruikersbonden deel moeten nemen (zie ook 7.3.5), zoals zij ook betrokken moeten zijn bij het beleidsvoorbereidend overleg tussen instellingen. Voor de volwasseneneducatie is dat geconcretiseerd als een relatie tussen het samenwerkingsverband en (groepen van) belanghebbenden.

Bij de genoemde experimenten met decentralisatie van specifiek welzijnsbeleid blijkt de inbreng van het particulier initiatief per gemeente te verschillen, en daarbinnen naar de professionele deskundigheid waarover een organisatie of werkvorm beschikt<sup>23</sup>. Het blijkt niet onmogelijk met behulp van georganiseerde ondersteuning het particulier initiatief te activeren tot een constructieve deelneming in de beleidsvoorbereiding.

Zowel bij de volwasseneneducatie als bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg is het particulier initiatief een belangrijke rol gegeven. Het voor de volwasseneneducatie voorgestelde samenwerkingsverband zou voorstellen moeten doen aan de gemeenteraad/B & W, dat wil zeggen een belangrijk deel van de beleidsvoorbereiding op zich nemen. De groepen en instellingen voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg zouden de samenhang primair zelf moeten bewerkstelligen, waarbij de overheid een stimulerende en bemiddelende rol is toegekend. De redenen voor een vergaande inschakeling van het particulier initiatief zijn in de paragrafen 7.3.2 en 7.3.3 uitgewerkt: de aard van de dienstverlening maakt het noodzakelijk dat onderlinge afstemming in belangrijke mate door de producenten zelf gebeurt. Dit geldt ook voor allerlei andere vormen van dienstverlening. Dat neemt niet weg dat aan een dergelijke inschakeling van het particulier initiatief de nodige haken en ogen zitten en dat het ook niet van risico's ontbloot is. Zoals gezegd zal ondersteuning vanuit opbouwwerk of anderszins noodzakelijk zijn en zullen de planningsprocedures vereenvoudigd moeten worden. Voorkomen moet worden dat de niet geprofessionaliseerde vormen van dienstverlening in het koor der professionelen nauwelijks aan bod komen. De ondersteuning zal daar een zwaarder accent moeten leggen.

### 7.3.5 Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg

In de beleidssectoren somatische en geestelijke gezondheidszorg, bij zorg voor ouderen en in het educatief bestel komt men vele beroepen tegen die in meer of mindere mate zijn geprofessionaliseerd zoals de arts, de verpleegkundige, de psychotherapeut, de maatschappelijk werker en de leraar. Een professie wordt onder meer gekenmerkt door een complex van normatieve opvattingen omtrent de taak, de uitoefening van het beroep en de daarvoor vereiste kwalificaties van de beroepsbeoefenaar, waarbij vooral opvalt de zeggenschap die beroepsbeoefenaren over de uitoefening van het beroep hebben of nastreven. Deze wordt vaak gelegitimeerd met het argument van deskundigheid, verkregen in een speciale, langdurige opleiding. In de welzijnssector is het beroep van arts het meest stringent geprofessionaliseerd; de beroepsbeoefening is wettelijk geregeld en aan het artsdiploma gebonden. Het beroep van maatschappelijk werker daarentegen is nauwelijks geprofessionaliseerd. Een oorzaak kan zijn dat de aard van het werk diffuser is; het is niet altijd even duidelijk dat de hulpverlening alleen door een hulpverlener met dit specifieke diploma gegeven kan worden. Over de noodzaak van professionalisering van de dienstverlening lopen de opvattingen soms sterk uiteen. In de psychotherapie is de strijd momenteel op zijn hevigst. Psychotherapie wordt enerzijds nadrukkelijk omschreven als 'het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige die daarvoor is opgeleid'<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Ibid., blz. 177.

<sup>24</sup> C. Brinkgreve, J.H. Onland, A. de Swaan, *Sociologie van de Psychotherapie; de opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*; Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1979.

Anderzijds wordt ook psychotherapeutische hulp verleend door hulpverleners die daarvoor niet speciaal zijn opgeleid, met name door maatschappelijk werkers.

De nadruk op de opleiding is van overheidswege gestimuleerd om de kwaliteit van de hulpverlening te garanderen. Conform het subsidiariteitsbeginsel en het beginsel van soevereiniteit in eigen kring stelt de overheid immers geen inhoudelijke eisen, maar kan zij wel eisen aan de opleiding stellen. De professional verkrijgt daardoor een grote mate van autonomie. Bovendien is de inrichting van de opleiding in belangrijke mate in handen van de professionele groeperingen zelf. Het is hoofdzakelijk de professional die de inhoud van de hulpverlening bepaalt en het effect beoordeelt. Toetsing van effecten gebeurt hoogstens intercollegiaal. In 7.3.2 werd voorgesteld een verplichting tot intercollegiale toetsing in te voeren, mede ter verhoging van de doelmatigheid. In het hoofdstuk over extramurale geestelijke gezondheidszorg is een verdere stap gezet met het wijzen op de noodzaak van een verantwoordingsplicht van de professionals tegenover de buitenwereld. Gepleit is voor een vorm van openbare toetsing als voorwaarde bij de financiering. Het voorgesteld forum is nodig waar een kwantitatief-wetenschappelijke toetsing problemen ondervindt door de gebrekkigheid of algehele afwezigheid van objectieve criteria. Het forum moet bestaan uit ter zake goed ingevoerde personen, die een onafhankelijke positie innemen ten opzichte van de uitoefening van het betreffende beroep. In het forum zouden ook enkele personen uit de kring van gebruikers zitting moeten hebben.

De autonomie van de hulpverlener gaat gepaard met een betrekkelijk grote afhankelijkheid van de cliënt. In het patroon dat is ontstaan, schuift de cliënt de verantwoordelijkheid voor zijn welzijn naar de dienstverlener en deze accepteert dit als vanzelfsprekend. Door de ingesloten rol van cliënt en hulpverlener, en hun wederzijds geaccepteerd rolpatroon, is het dikwijls niet meer duidelijk of de cliënt nu werkelijk zo weinig raad weet met zijn eigen probleem of behoefte. Het feit blijft dat voor een goede welzijnszorg een professionele inbreng onontbeerlijk is. In de voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden, dat het vaak gaat om een subtiel spel tussen hulpverlener en cliënt, wil de laatste wel de vereiste hulp van de hulpverlener ontvangen zonder volledig van hem afhankelijk te worden. Van de kant van de hulpverlener gaat het om een dosis sociale ethiek gepaard aan voldoende deskundigheid, van de kant van de cliënt gaat het om een vorm van emancipatie en een eigen beslissingsbevoegdheid. Het overwicht van de hulpverlener op de cliënt speelt het sterkst bij de gespecialiseerde en sterk geprofessionaliseerde hulpverlening. In een weinig gespecialiseerde zorg zoals bijvoorbeeld de gezinsverzorging is de afhankelijkheid minder sterk.

De vier voorgaande hoofdstukken laten iets zien van het subtiel spel tussen dienstverlener en hulpvrager, waarbij een zekere mate van afhankelijkheid van de laatste onvermijdelijk en zelfs heilzaam wordt geacht, terwijl het er anderzijds wel steeds om gaat de gebruiker zoveel mogelijk op eigen benen te laten staan. Bij volwasseneneducatie is het de volwassene die — na een basisopleiding waarbij hij verhoudingsgewijs veel meer door de onderwijzer bij de hand genomen wordt — verondersteld wordt zelf zijn keuze te bepalen in zijn verdere ontwikkeling. Bij de zorg voor ouderen gaat het om een veel grotere mate van medezeggenschap in het soort voorzieningen dat ter beschikking staat, gepaard aan een bepaalde mate van creativiteit en inventiviteit van de ouderen zelf. In de geestelijke en somatische gezondheidszorg gaat het om een belangrijke dosis eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, gepaard aan een wederzijdse ondersteuning door lotgenoten (zelfhulp geheten).

Dat de rol van de beroepskracht niet verdwijnt door een meer zelfstandige keuzebepaling, meer eigen inventiviteit en meer zelfhulp is evident. In zekere zin kan men zeggen dat van de beroepskracht een grotere mate van professionaliteit vereist wordt. Hij moet enerzijds zijn eigen grenzen kennen en deze ook ten opzichte van zijn cliënt expliciteren; hij moet anderzijds over zijn eigen grenzen heen kijken en zien wat de

gebruiker en diens omgeving zelf aan kwaliteiten bezitten en aan inbreng kunnen leveren. Dienstverlening geschiedt zo op basis van samenwerking tussen de aanbieder en de vrager om te komen tot een kwalitatief zo goed mogelijk produkt.

De versterking van de positie van de cliënt in de dienstverlening strekt zich ook uit tot zijn naaste omgeving. Bij geestelijke gezondheidszorg speelt de omgeving het meest evident een rol en de hulpverlening is daar ten dele ook op ingesteld. Men werkt met zogeheten cliëntsystemen. Maar ook bij hulp aan ouderen wordt in sterkere mate de partner betrokken. Er bestaan speciale trainingen om de zorg van de partner aan een minder valide echtgenoot effectiever te maken. In de somatische gezondheidszorg is de stroming nog betrekkelijk recent, maar over ervaringen met het thuisverzorgen van (chronische) patiënten verschijnt allengs meer informatie<sup>25</sup>. Het gaat daarbij niet alleen om partners maar ook om ouders van gehandicapte kinderen. Ook tussenvormen — een gedeeltelijke thuiszorg — behoren tot de mogelijkheden. Wanneer een patiënt of minder valide thuis verzorgd wordt, zijn er wel momenten dat de huiselijke verzorgers enige rustpauze nodig hebben. Beroepsmatige hulpverlening is daar vaak niet op ingesteld. De organisatie en de financiering zijn daarvoor vaak te rigide. Soms is er vrijwillige hulpverlening voorhanden om de lacune op te vullen. Als dat niet het geval is, kan een situatie ontstaan waarbij de verzorgers thuis afhaken omdat hun taak door de nimmer aflatende druk te zwaar is geworden. De patiënt of minder valide wordt dan alsnog opgenomen. Vanwege de kwaliteit van de hulpverlening en vanwege de kosten is het nodig dat er meer aandacht wordt besteed aan ondersteuning van de directe omgeving.

Voorts vormt zelfhulp — een wederzijdse hulpverlening van lotgenoten — in een bepaald opzicht een ander alternatief voor de professionele hulpverlening. In plaats van deskundigheid ontleend aan opleiding, wordt deskundigheid ontleend aan soortgelijke ervaring gesteld. Hoewel de beroepsmatige hulpverlening deze ervaringskennis niet altijd serieus neemt, en op basis daarvan samenwerking afwijst, zijn er ook diverse vormen van complementariteit. Bij chronische lasten is de kennis van de lotgenoot van gewone dagelijkse moeilijkheden en hun oplossingen een wezenlijke aanvulling op die van de arts. Tegelijk kan de lotgenoot door zijn voorsprong op dit terrein gefundeerde kritiek hebben op een aantal inadequate oplossingen die de arts aandraagt. Deze kritiek wordt hem door de laatste niet altijd in dank afgenomen.

In sommige zelfhulpkringen is het wantrouwen tegen de professionele hulpverlening zo hoog opgelopen dat patiënten deze geheel verwerpen en zich liever aaneensluiten om onderling problemen op te lossen. De zelfhulpbeweging is op dit punt vooral verbonden met andere emancipatiebewegingen, met name de vrouwen-emancipatie. Oude kennis van alternatieve gezondheidsmethoden vinden in dergelijke kringen ingang en worden met meer of minder succes toegepast. Er is een duidelijke morele dwang vanuit de zelfhulpgroep om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid. De dwang kan negatieve aspecten hebben maar het nemen van eigen verantwoordelijkheid is duidelijk een winst.

Ondanks de negatieve houding van sommige zelfhulpgroepen ten aanzien van de professionele hulpverlening en vice versa komt samenwerking meer en meer voor. Soms wordt een groep begeleid door een professionele kracht. In de extramurale geestelijke gezondheidszorg bestaat een grote verscheidenheid van zelfhulpgroepen voor ernstige en minder ernstige problemen. Van belang is hier ook de hulp aan partners en andere familieleden van patiënten, zoals de onderlinge steun van echtgenoten van alcoholici of van ouders van kinderen die zelfmoord

<sup>25</sup> Platform Vrijwilligerswerk, *Verslag van het Symposium Thuiszorg; 13-14 maart 1980*; 's-Gravenhage, 1980.



pleegden. Bekendheid met het bestaan van dergelijke groepen bij verwijzers, met name bij huisartsen, zou een belangrijke bijdrage vormen in de kwaliteit van de hulpverlening. In het algemeen kan zelfhulp opgevat worden als niet zozeer een tegenpool maar een aanvulling op de professionele hulpverlening, maar men moet dan wel elkaars mogelijkheden kennen en erkennen.

Samenvattend kan gesteld worden, dat professionele hulp enerzijds en zelf- en mantelzorg anderzijds elkaar niet uitsluiten. Eerder is sprake van complementaire elementen die geen van beide gemist kunnen worden in een doeltreffende dienstverlening. In het welzijnsbeleid heeft de ontwikkeling van de professionele component de laatste tijd meer aandacht gekregen dan de zelf- en mantelzorg. De scheve verhouding die hiervan het gevolg is, dient in de toekomst te worden rechtgetrokken.

De kritiek op de beroepsmatige zorg heeft voorts gestalte gekregen in de zogeheten alternatieve hulpverlening. Deze zet zich scherp af tegen rigiditeiten die in de organisatie van de beroepsmatige hulpverlening zijn binnen geslopen. Men probeert het overwicht van de hulpverlener ten opzichte van de cliënt op te heffen en op gelijkwaardig niveau met de cliënt een oplossing te zoeken. De alternatieve hulpverlening geschiedt doorgaans in de vorm van vrijwilligerswerk. Door de kritische houding van de alternatieve hulpverlening is samenwerking tussen beroepsmatige en alternatieve hulpverlening vaak problematisch. Toch komen samenwerkingsvormen voor. Ook nemen beide soorten hulpverlening soms elementen van elkaar over: de alternatieve hulpverlening wordt dan bijvoorbeeld beter georganiseerd en de professionele hulpverlening wordt minder autoritair.

Vrijwilligerswerk — ook zonder de kritische ondertoon van de alternatieve hulpverlening en zelfhulp — heeft altijd bestaan. Het is de oudste vorm van particulier initiatief en het is toen het particulier initiatief volledig op beroepsmatige leest werd geschoeid, niet helemaal verdwenen. Vanuit een eigen niet-beroepsmatige inbreng is vrijwilligerswerk nog steeds een aanvulling op de beroepsmatige dienstverlening. Zelfs is er vrijwilligerswerk waar dezelfde vaardigheden worden geboden en soms van een vergelijkbare 'professionele' kwaliteit. Zo hoeft de huishoudelijke zorg van een hulpdienst weinig of niet te verschillen van die van de gezinsverzorging, en de verpleegkundige hulp van de Rode Kruis Thuiszorg nauwelijks van die van de wijkverpleging. Vrijwilligers springen in in de weekends en vakanties en wanneer de professionele zorg tijdelijk een te grote hulpvraag te verwerken heeft.

Vrijwilligerswerk versterkt en verfijnt de beroepsmatige dienstverlening. Daar komt bij dat zich ook vaak vrijwilligers bevinden binnen de organisaties van beroepsmatige dienstverlening. Niettemin is ook daar de samenwerking vaak stroef. De beroepskracht heeft vaak geen idee wat hij van de vrijwilliger mag verwachten. In Engeland zijn er sinds 1964 zogeheten Voluntary Service Coordinators in een aantal organisaties die ook met vrijwilligers werken, aangesteld, juist om de rol van de vrijwilligers aan de beroepskrachten duidelijk te maken en de vrijwilligers tevens in te werken in de voor hen gereserveerde taken<sup>26</sup>. Niet alleen wordt de capaciteit van de vrijwilliger door de beroepskracht vaak verkeerd ingeschat, maar ook het feit dat deze capaciteit tijd nodig heeft om te groeien en vorm te krijgen wordt daarbij niet erkend. De eisen die aan de vrijwillige hulpverlening gesteld zijn, zijn dan te zwaar. In zo'n situatie verdwijnt de eventuele toekenning van rechten, zoals het recht op onkostenvergoeding, verzekering, medezeggenschap bij gezamenlijk activiteiten, gemakkelijk naar de achtergrond.

Zelfs bij vrijwilligerswerk van een gelijksoortige kwaliteit als de beroepsmatige blijft er een belangrijk onderscheid tussen beide. De vrij-

<sup>26</sup> The Volunteer Centre, *Voluntary Service Coordinators in the health services: a directory of posts*; Herts, The Volunteer Centre Berkhamsted, 1980.

williger vervult geen dagtaak. Hij werkt enige uren per week of per maand en wordt voor dit werk dan ook niet betaald. Zodra zijn bijdrage wel in de orde van een hele of halve dagtaak zou gaan liggen — wat sporadisch voor komt — wordt het tijd te overwegen of het maatschappelijk nut van dit werk niet zo evident blijkt te zijn dat het juist is dat het betaald wordt. De kwestie komt geprononceerd aan de orde waar de vrijwilliger op een of andere wijze uit het arbeidsproces is gestoten. Hier wordt een lans gebroken voor het recht op vrijwilligerswerk zonder onderscheid tussen werkenden en werklozen. Uit onderzoek blijkt dat werklozen vaak minder vrijwilligerswerk doen dan werkenden<sup>27</sup>. Dit onderscheid kan op velerlei wijze verklaard worden, onder andere uit gebrek aan het zelfvertrouwen dat nodig is om een taak aan te kunnen. Van belang zijn echter ook de belemmeringen die verbonden zijn met de WW- en WAO-uitkeringen. Het is uit het oogpunt van rechtvaardige verhoudingen tussen werkenden en werklozen dat hier tegen dergelijke belemmeringen stelling wordt genomen.

Maar de kwestie ligt dieper. Wanneer het gaat om een dagtaak in het vrijwilligerswerk en de betrokkene geniet een uitkering en het is bovendien op goede gronden aantoonbaar dat het hier gaat om een maatschappelijk nuttige bezigheid, dan wordt het reëel om dit maatschappelijk nut te bestendigen en de werker te honoreren met loon in plaats van een uitkering. Er wordt dan een arbeidsplaats bij gecreëerd. Dit strookt slechts schijnbaar niet met de noodzaak tot bezuinigen in de welzijnssector. Het creëren van dergelijke goedkope banen kan echter een element vormen van een mogelijke beweging binnen de welzijnssector. Deze bestaat dan uit een limitering van de beroepsmatige zorg, met name de zeer gespecialiseerde en de intramurale zorg en tegelijkertijd de groei van goedkopere, eenvoudiger extramurale alternatieven.

Gezinsverzorging is een voorbeeld van weinig gespecialiseerde zorg. Onder druk van niet altijd even realistische kwaliteitseisen is zowel het opleidingsniveau als het begeleidingsniveau in de zorg hoog opgeschroefd. De Alpha-hulp die sinds enige tijd zijn intrede heeft gedaan bleek dan ook een geduchte concurrent en veel gezinsverzorgingsinstellingen verzetten zich dan ook. Ten dele ziet men nu een kentering. De Alpha-hulp, hoewel door de centrale overheid aan regels gebonden, wordt niettemin door die zelfde overheid gestimuleerd. De 'officiële' hulpverlening verandert daardoor. De gezinsverzorgingsinstellingen die geen Alpha-hulpsters in hun verzorgingsrayon wensen, bezuinigen op de begeleiding van de gezinshulpsters. De interne hiërarchie wordt enigszins afgebroken. Gezins-hulpsters kunnen zelf zien of hulp gewenst is en in welke mate. Gezien het feit dat het hun werk direct betreft is het niet onwaarschijnlijk dat hun kijk op de noodzaak van hulp realistisch is, mogelijk zelfs realistischer dan die van de leiding. Fouten in de beoordeling zijn natuurlijk niet geheel uit te sluiten. Echter in veel instellingen (en niet alleen bij de gezinsverzorging) neemt een zorgvuldige prioriteitenstelling een belangrijk deel van de werktijd en dus van de financiën in beslag. Men dient ook hier reëel de kost en de baat af te wegen.

Het inperken van de meer gespecialiseerde en intramurale zorg houdt niet een vermindering van het professionele niveau in, maar wel een selectieve toepassing. Zoals hiervoor al gesteld is, kan men in zekere zin spreken van verhoging van het professionele niveau: het gaat om een stringenter selectie van ingrepen die werkelijk nodig zijn, om een duidelijker afweging van positieve en negatieve aspecten van zorg zodat niet weer extra zorg nodig is ter opheffing van de negatieve aspecten. Het gaat ook om gebruik maken van goedkopere zorg in aanvulling op de duurder. Vaak werken hulpverleners elkaar tegen en blijven te veel in hun eigen circuit. Ook beroepsmatige en vrijwillige hulp kunnen optimaal werken in complementariteit, maar dat eist over en weer een grotere

<sup>27</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en cultureel Rapport 1978*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978, blz. 229.

openheid en meer oog voor de potentiële inbreng van beide kanten.

Vrijwilligerswerk en met name de alternatieve hulpverlening worden vaak gezien als concurrentie voor de beroepsmatige hulpverlening. Ook hier brengt de druk van de competitie echter mee dat de professionele hulpverlening verandert, zoals op gelijkwaardiger niveau met de hulpvrager overleggen, en het creëren van een grotere bereikbaarheid. Zo is het verschil tussen de werkwijze van bijvoorbeeld Release en Jac ten aanzien van jongeren in een crisissituatie niet veel anders dan die van de Pleeggezincentrales. Daar staat tegenover dat de vrijwilligersorganisaties elementen van de beroepsmatige zorg overnemen met name op het punt van overleg, prioriteitenstelling en dergelijke, die het spontane karakter van de vrijwilligheid soms te niet doet. Bureaucratisering en een ongeremde groei van overlegstructuren verstikken het directe inspringen op een acute hulpvraag waar de vrijwilliger nu juist zijn bijzondere kwaliteit aan ontleent.

Het voorgaande wordt geresumeerd en van conclusies voorzien in de volgende punten die beleidsmatig van belang zijn.

- 1) Van professionele werkers wordt gevraagd
  - een benadering van de cliënt waarbij eigen vermogens en verantwoordelijkheden van de laatste meer benadrukt worden;
  - meer aandacht voor wat de omgeving van de cliënt vermag te bieden;
  - daadwerkelijke erkenning van de mogelijkheden van zelfhulp en vrijwilligerswerk;
  - kennen en erkennen van eigen grenzen.

Dit betekent een andere inzet van de eigen professionaliteit, waarbij de specifieke deskundigheid niet minder benut wordt, integendeel. Waar objectieve criteria voor toetsing ontbreken en waar de relatie tussen professionele werker en cliënt zo cruciaal is, moet toetsing plaatshebben voor een forum van van het beroep onafhankelijke personen. Een dergelijke toetsing moet onderdeel vormen van het decentraal gevoerde beleid.

- 2) Het voornaamste verschil tussen het werk dat beroepskrachten en dat vrijwilligers doen, is dat de laatsten als vrijwilliger geen dagtaak vervullen, wat hen ook inzetbaar maakt buiten de officiële werkuren. Vrijwilligerswerk kan van dezelfde kwaliteit zijn als beroepsarbeid. Vrijwilligerswerk versterkt en verfijnt de beroepsmatige zorg. Uitgaande van een onder omstandigheden wenselijke aanvulling van beroepsmatige arbeid door vrijwilligerswerk verdient het aanbeveling in bestaande geldstromen uit sociale verzekeringsfondsen of subsidies nadrukkelijk plaats te maken voor de financiering van vrijwilligerswerk. (Zie ook paragraaf 5.5.1.) Dienstverlenende instellingen zouden zelf moeten kunnen bepalen of zij dit geld aanwenden voor beroepskrachten of vrijwilligers.

- 3) Uit een oogpunt van sociale integratie en van rechtvaardigheid moeten werklozen en arbeidsongeschikten hetzelfde recht hebben vrijwilligerswerk te doen, als mensen met een betaalde werkkring.

- 4) Als vrijwilligerswerk uitgroeit tot een dagtaak voor een uitkeringsgerechtigde en als dit een aantoonbare verschuiving betekent van duurdere naar goedkopere voorziening in behoeften, moet de uitkering vervangen worden door loon.

#### 7.4 Nawoord

De gedachten die in dit rapport zijn neergelegd, vormen het resultaat van een analyse, die een belangrijke aanleiding vond in de stagnerende economische groei en de daaruit voortvloeiende budgettaire beperkingen. De aanbevelingen zijn echter niet alleen geschikt voor een periode van economische neergang maar evengoed voor een tijd van groeiende welvaart. De aanbevelingen reiken verder dan de onontkoombare bezuinigingen. De sector van de dienstverlening was ook ten tijde van de economische groei reeds uitgegroeid tot een nauwelijks bestuurbaar geheel.

De voorspoed dwong er toen niet toe dit ten volle te onderkennen. Een zekere ontlasting van de overheid door een groter beroep op de werking van de markt, op de zelfvoorziening en op de zelfregulerende vermogens van de dienstverlening alsmede de daarmee nauw verbonden gedachte dat een herschikking van centraal en decentraal uit te oefenen bevoegdheden van de overheid gewenst is, zijn noodzakelijke voorwaarden voor het vergroten van de bestuurbaarheid van deze sector. Het formuleren van een stel voldoende voorwaarden moet in dit stadium als onmogelijk en illusoir worden beschouwd. Wel is de Raad ervan overtuigd dat met het geheel van gedane aanbevelingen een belangrijke stap wordt gezet in de gewenste richting.

De kritiek die her en der op de welzijnssector wordt uitgeoefend, is vaak eenzijdig generaliserend en overtrokken. Toch legt deze ook de vinger op de verschijnselen die niet als toevallige fouten of voorbijgaande tekorten zijn te beschouwen, maar die tendensen vertegenwoordigen. De kritiek is niet alleen van toepassing op de overheid en de dienstverleners, maar ook op de ontvangers van de diensten, al worden die soms meer als slachtoffers voorgesteld. Dat is onjuist, zij zijn geen passieve partij in het welzijns-circuit. De kritiek is in zijn omvattendheid een cultuurkritiek. Verandering van het welzijnsbestel in de gewenste richting moet gepaard gaan met een verandering in habitus en gedrag van de gebruiker, die de overheid niet kan afdwingen. Het komt erop neer, dat het individu meer zelf moet afwegen, meer zelf doet, meer voor anderen doet, meer samenwerkt met anderen in het kader van goedkopere oplossingen, in het algemeen meer eigen verantwoordelijkheid moet nemen. Enerzijds verdraagt zich dit goed met de behoefte aan eigen keuzen, met het zich niet meer willen laten betuttelen, met de op materieel gebied al bestaande doe-het-zelf habitus, anderzijds is de vraag om samenwerking en vrijwillige hulpverlening in strijd met de nog steeds voortgaande individualisering. Het eigen gezin is de groep waarvoor men zich inzet, voor de meesten de enige groep.

Hofstee heeft gewaarschuwd voor een goedkoop optimisme over de mogelijkheid van het ontstaan van een tegenbeweging tegen het diep in onze samenleving gewortelde hyperindividualisme<sup>28</sup>. Toch zijn er allerlei bewegingen, groepen, hulpvormen die van andere grondgedachten uitgaan dan het welzijnsconsumentisme. Zij hebben zich niet zo spectaculair ontwikkeld als we tien jaar geleden dachten dat zij zouden doen. Zij zijn zelfs een beetje ondergesneeuwd in de algemene malaise, maar ze ontwikkelen zich nog steeds. Hun belang als aanzet voor culturele verandering wordt in hoge mate bepaald door enerzijds hun vermogen om in bepaalde behoeften te voorzien en anderzijds de objectieve noodzaak voor mensen om langs deze weg behoeften te vervullen. Hiertoe kan de overheid wel degelijk bijdragen door deze initiatieven te bevorderen. Dat zij niet alle levensvatbaar zullen blijken te zijn, is niet van belang. Als een gedeelte ervan vaste voet krijgt en zich verbreidt, is daarmee al veel gewonnen. De overheid moet er zich wel voor hoeden ontwikkelingen voortijdig te willen institutionaliseren. Eveneens moet men erop bedacht blijven, dat de aangereikte mogelijkheden niet worden opgepakt en dat een deel van de gebruikers zich passief opstelt tegenover koerswijzigingen in het beleid ten aanzien van de dienstverlening. Dit mag niet leiden tot de generaliserende conclusie dat de behoeften blijkbaar niet zo urgent zijn. Er kunnen problematische situaties ontstaan, die afzonderlijk onder ogen moeten worden gezien. Het kan geen reden zijn om van de algemene beleidslijn af te zien.

Niet alleen voor de gebruiker, ook voor de dienstverlenende instellingen heeft het voorgestelde beleid gevolgen. In dit rapport worden met betrekking tot de dienstverlenende organisaties geen rigoureuze structuurveranderingen voorgesteld: geen nationalisaties, geen management-

<sup>28</sup> E.W. Hofstee, *Vrijheid, gelijkheid en eenzaamheid*; Wageningen, 1980, blz. 16-17.

mantels op meso-niveau<sup>29</sup>. Omvangrijke herstructureringen leveren vaak meer problemen op dan zij oplossen. Als men daartoe overgaat, moet men er wel van overtuigd zijn dat de tijd rijp is. In de overheidsfeer is een grootscheepse herstructurering aan de gang met de decentralisatie naar provincie en gemeente. Deze zal ongetwijfeld gevolgen hebben voor de organisatie van de sector dienstverlening. De geuite voorkeur voor vergaande inschakeling van het particulier initiatief in de beleidsvoorbereiding op gemeentelijk niveau, vergt een daartoe strekkende coördinatiestructuur, die echter per beleidsterrein kan verschillen.

De organisaties dienen ook van binnenuit te veranderen en de overheid kan hier wezenlijk invloed op uitoefenen. Deze verandering zal voornamelijk moeten bestaan in een herdefiniëring van het professionalisme. Als dienstverleners hun autonomie in de beroepsuitoefening willen blijven behouden, dan zullen zij zich door middel van zelfregulering anders moeten opstellen: meer dienend ten opzichte van de gebruikers, meer kostenbewust en bereid om verantwoording af te leggen tegenover overheid en publiek.

Tot nu toe is er nauwelijks een politieke en maatschappelijke discussie gevoerd over de prioriteiten. Dit is echter niet meer te vermijden, te meer daar allerlei gebruikers zich organiseren in belangengroepen, die bezig zijn zich te nestelen in de overleg- en besluitvormingsstructuren. Dit is een ontwikkeling die in bepaalde opzichten positief te waarderen valt, maar die wel ten koste dreigt te gaan van gebruikerscategorieën die nog niet zo ver zijn. Bij de discussie over prioriteiten zullen ook bepaalde taboes niet kunnen worden ontzien. Te denken valt aan de gezondheidszorg. Prioriteiten werden daar vroeger hoogstens ad hoc en binnenskamers gesteld, maar nu patiëntenverenigingen in het openbaar de trom roeren, is er geen reden deze discussie te schuwen. Integendeel, de rechtvaardigheid vraagt er om deze aan te gaan.

Een vernieuwing van het welzijnsbeleid in eerder genoemde zin kan niet tot stand komen als de regering geen duidelijke, voor de middellange termijn bedoelde richtlijnen geeft over de taken die de dienstverleningssector moet vervullen. Tot nu toe zijn de concepties die het welzijnsbeleid hebben beheerst, of zeer vaag of zeer partieel geweest. Structuren zijn voorgesteld die veelal met die concepties geen duidelijk verband hielden, maar die wel duidelijk bedoeld waren om bestuurlijk meer greep op de dienstverlening te krijgen. Dit schiep ruimte voor discussies, die elk der deelnemers vanuit eigen belangen, doelstellingen en werkwijzen voerde. Een sprekend voorbeeld is de discussie over de middenschool, die gevoerd wordt in termen van algemeen of categoriaal onderwijs, 2, 3 of 4 jaar geïntegreerd onderwijs en dergelijke, zonder dat duidelijk wordt wat dit nu precies voor leerlingen en leraren betekent. Eerst recent wordt de roep vernomen dat nu eerst maar eens duidelijkheid over de *inhoud* van het middenschool-onderwijs moet worden geschapen alvorens de discussie over structuren wordt voortgezet<sup>30</sup>. In wezen is dat een kwestie van politieke wil. Men kan de coördinatie in de politieke en ambtelijke top trachten te verbeteren, maar als de wil niet aanwezig is om een samenhangend beleid te voeren, zal dit weinig helpen. Geen enkel kabinet is nog aangetreden met een operationele conceptie van beleid met betrekking tot 'welzijn'. Hoogstens hebben individuele ministers zo'n conceptie voor hun eigen departement. Decentralisatie maakt een dergelijke conceptie niet minder noodzakelijk, maar meer. Aan de positief te waarderen verscheidenheid die uit decentralisa-

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld: Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, *Congres, kiezels of tegels, Eindverslag*; 's-Gravenhage, NRMW, 1980.

<sup>30</sup> J.H.G. Leune, 'Het innovatieproces middenschool, enige opmerkingen over de betekenis van de middenschool, experimenten voor de besluitvorming over de invoering van een middenschool in Nederland'; *Pedagogische Studieën*, september 1981, 58e jaargang nr. 9, blz. 379-385.

tie kan ontstaan, moeten wel zekere grenzen worden gesteld. Niet door de lagere overheid een overmaat aan procedurele verplichtingen op te leggen, die de decentralisatie tot een schijnmanoeuvre zou maken, maar door inhoudelijke richtlijnen. Het moment lijkt echter niet gunstig, alle aandacht is gericht op het sociaal-economisch beleid. Meermalen is er in het voorgaande op gewezen, dat deze blikvernaauwing niet juist is en onaangename gevolgen kan hebben.

Overigens is ook de dienstverleningssector zelf nogal zwijgzaam en levert hij nauwelijks bediscussieerbare voorstellen<sup>31</sup>. Dit is niet zo verwonderlijk gezien de versplintering van deze sector. Bovendien is de eigen positie in het geding; deze drempel zal overwonnen moeten worden, alvorens een realistische conceptie kan worden opgebouwd.

Het op landelijk niveau in grote trekken vastgestelde beleid zal op gemeentelijk en provinciaal niveau gestalte moeten krijgen. Door de decentralisatie wordt met name de werklast van de gemeenten aanzienlijk vergroot. Deze taakverzwaring moet zo veel mogelijk beperkt worden door de planning niet te ingewikkeld te maken, de dienstverlenende organisaties daar zelf bij te betrekken, en de inspraakregelingen eenvoudig te houden. Het voorkomen van overbelasting is echter niet de enige reden. Ook moet vermeden worden dat er een bureaucratisme ontstaat dat alle flexibiliteit doodt. Maar op zich stelt het voorkomen van verstarring en bevorderen van flexibiliteit ook extra eisen aan de ambtelijke dienst en de ambtenaren. Waar de overheid verantwoordelijk is voor de verstrekking van goederen en diensten, kan meer discretionaire bevoegdheid voor de uitvoerende ambtenaar nodig zijn. De risico's van willekeur worden hier niet onderschat, maar deze kunnen worden ingedamd door adequate beroepsmogelijkheden die allerwegen ontstaan. Volledige formele rechtszekerheid is nu eenmaal onverenigbaar met een beleidsombuiging in de gewenste richting. Terughoudendheid van de lokale overheid is vereist, waar het gaat om het stellen van eisen en geven van regels met betrekking tot nieuwe vormen van particulier initiatief. In het kader van de beleidsvoorbereiding, waarin de particuliere organisaties een belangrijke rol spelen, zullen functionarissen ook een bemiddelende taak hebben.

De dienstverlening is dermate complex en veelomvattend, dat in één rapport onmogelijk alle relevante beleidsvraagstukken aan de orde kunnen worden gesteld. De Raad meent een aantal hoofdzaken te hebben behandeld, die ook in duidelijk verband staan met de huidige discussie over het welzijnsbeleid. Onderwerpen die, hoewel van belang voor het beleid, onderbelicht of buiten beschouwing zijn gebleven, zijn bijvoorbeeld het patiëntenrecht, management van instellingen voor dienstverlening, informatievoorziening ten behoeve van de gebruiker en ten behoeve van het beleid.

Eén onderwerp moet hier in algemene zin toch nog te berde worden gebracht en dat is de werkgelegenheid. Tegenover het gemak waarmee sommigen voorstellen te besnoeien op de quartaire sector, staat het gemak waarmee anderen deze bestempelen als een reservoir van arbeidsplaatsen dat een aanzienlijke bijdrage zou kunnen leveren aan de bestrijding van de werkloosheid. Geheel afgezien van de vraag naar het economisch draagvlak dat hiervoor nodig is, dus zelfs als er geld in overvloed zou zijn, dan nog zou er reden zijn om de quartaire sector niet ad libitum uit te breiden. De redenen zijn in het voorgaande herhaaldelijk gememoreerd, zoals de verdere verstarring die hier ongetwijfeld het gevolg van zou zijn, de aanmoediging van de consumptie-mentaliteit, de verdere verafhankelijkheid en de ontmoediging van nieuwe vormen van sociale integratie. Het scheppen van arbeidsplaatsen in de welzijnssector moet onder alle omstandigheden selectief geschieden en andere oplos-

<sup>31</sup> Met uitzondering van het in opdracht van de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn vervaardigde, hiervoor vermelde rapport Kiezels of tegels (1980).

singen niet afremmen. Deze uitspraak zegt nog niets over de feitelijke noodzaak van uitbreiding of inkrimping.

In dit licht moet ook de beaming van het vrijwilligerswerk worden gezien, dat ook wel wordt beschouwd als een aanslag op de werkgelegenheid. De tijdelijkheid van het werk, de vrijheid die de vrijwilliger heeft om zich weer terug te trekken en de beperkte tijd die hij in het werk steekt, maken dat men zijn werk niet op één lijn kan stellen met betaalde arbeid. Zodra het deze gaat benaderen, zal het ook betaalde arbeid moeten worden.

De in dit rapport gedane aanbevelingen zijn van verschillende aard. Er zijn in algemene zin uitgangspunten voorgesteld die het beleid ten aanzien van de dienstverlening richting moeten geven, alsmede de prioriteiten daartussen. Deze kunnen toegepast worden op andere welzijnsproblemen dan de in het rapport behandelde. Hetzelfde geldt voor de aanwending van de beleidsmiddelen in het kader van deze doelstellingen.

De conclusies die zijn getrokken voor de bestudeerde probleemgebieden bevatten aanbevelingen die zich lenen voor uitvoering op basis van verdere uitwerking. Op diverse onderdelen is nadere studie vereist alvorens tot invoering kan worden overgegaan. Het verdient aanbeveling om in de tussentijd met onderdelen van het aanbevelingenpakket te experimenteren. Met verschillende voorstellen is nog geen enkele ervaring opgedaan. Voorbeelden daarvan zijn:

- een stelsel van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering gecombineerd met een dienovereenkomstige premieverlaging;
- het bieden van financiële mogelijkheden aan ouderen om zich verzorging te verschaffen die opnemng in een bejaardenoord of verpleeghuis voorkomt;
- een modulair opgebouwd programmapakket met veel ruimte voor individuele keuze van combinaties in de volwasseneneducatie.

Het ontbreken van ervaring mag geen beletsel zijn voor het voorstellen van stelselwijzigingen. Bij het doorvoeren van het nieuwe stelsel zullen we een open oog moeten hebben voor onvoorziene en onbedoelde effecten. Experimenteren op onderdelen gedurende de tijd die nodig is voor overschakeling, kan beleidsrelevante nieuwe inzichten opleveren.

De gedachten die in dit rapport zijn ontwikkeld, stoelen op een pragmatische confrontatie van normatieve uitgangspunten en werkelijkheid. Dit heeft ten gevolge dat alle aanbevelingen ruimschoots binnen de grenzen van het mogelijke liggen. Zij zijn niet utopisch, zij vergen geen revolutionaire ingrepen. In combinatie toegepast kunnen zij in belangrijke mate bijdragen tot aanpassing van de sector dienstverlening aan de gewijzigde omstandigheden met behoud van functies voor individu en samenleving.

## 8 SAMENVATTING

### 8.1 Achtergrond van het rapport

Voorzieningen ten behoeve van zorg, educatie en recreatie zijn gedurende de afgelopen decennia sterk toegenomen. Er wordt in veel verschillende behoeften voorzien. De uitbreiding werd vergemakkelijkt door de sterke economische groei. Voor een steeds groter deel zijn de voorzieningen in de afgelopen tijd gefinancierd uit algemene middelen en sociale premies. Door deze collectieve financiering is de rol van de overheid veranderd. Voorheen was de taak van de overheid beperkt tot het bieden van een minimale zorg aan achterblijvers, voornamelijk oude, arme en geestelijk gehandicapte mensen. Thans wordt er door middel van financiële ondersteuning van allerlei voorzieningen een welzijnsbeleid voor de gehele bevolking gevoerd.

De geboden dienstverlening en het overheidsbeleid zijn echter onderhevig aan een groeiende kritiek. Het nut en de doelmatigheid van bepaalde voorzieningen en van het overheidsbeleid worden in twijfel getrokken. De bijdragen van het beleid aan gewenste sociale veranderingen zijn in de ogen van velen beneden de verwachtingen gebleven. Men wijst ook op een tekort aan elementaire voorzieningen. De kritiek krijgt een extra gewicht door economische en demografische ontwikkelingen. Als gevolg van de veroudering van de bevolking neemt de vraag naar voorzieningen sterk toe. Door ongunstige economische ontwikkelingen groeit de vraag eveneens en ontstaan er problemen bij de financiering. De stabiliserende functie van de dienstverlening voor de samenleving blijkt aan duidelijke beperkingen onderhevig te zijn. Bijvoorbeeld op vele gevolgen van de werkloosheid voor individuen en primaire leefverbanden heeft de dienstverlening nauwelijks een antwoord. Niet alleen de betaalbaarheid is een punt van groeiende bezorgdheid, ook de wijze waarop de voorzieningen worden gefinancierd geeft aanleiding tot herbezinning. De solidariteit, die aan de collectieve financiering ten grondslag ligt, lijkt steeds minder te worden. De burgers zouden vervreemd zijn van de instituties die de onderlinge solidariteit belichamen.

### 8.2 Probleemstelling van het rapport

Tegen de achtergrond van bovenstaande vraagstukken bestaat in toenemende mate de behoefte aan een beleidsconceptie waarmee doelgerichte besturing van de welzijnssector kan worden gerealiseerd. Het stellen van prioriteiten wordt steeds meer als noodzakelijk ervaren. Dit rapport biedt een bijdrage door het formuleren van uitgangspunten ten aanzien van de keuze van doelstellingen en het gebruik van beleidsinstrumenten. Er is thans nauwelijks sprake van expliciet en duidelijk geformuleerde doelstellingen. Het beleid ontbeert een 'ideologie', een richtinggevende visie. Dit kan afbreuk doen aan de legitimiteit en bergt het gevaar in zich, dat in de welzijnssector geen adequate sturing en afweging plaatsvinden. Hiervan kan het gevolg zijn dat enerzijds niet wordt voorzien in belangrijke behoeften, terwijl anderzijds publieke middelen worden besteed aan minder belangrijke zaken.

De probleemstelling kan in eerste aanleg worden omschreven als het analyseren en evalueren van de middelen van het welzijnsbeleid, uitgaande van de doelstellingen van dat beleid en de mate waarin de doelstellingen worden bereikt (de effecten). Gezien echter het ontbreken van duidelijke doelstellingen is het noodzakelijk vooraf algemene doelstellingen te formuleren. Deze worden in verband gebracht met de effecten en het gevoerde beleid. De uitkomsten kunnen een herformulering van



doelstellingen noodzakelijk maken. Aldus worden conclusies verkregen over zowel doelstellingen als middelen van beleid.

Voor de formulering van de doelstellingen, die in het rapport worden gebruikt om het beleid te evalueren, is aansluiting gezocht bij in de welzijnssector dominante maatschappelijke waarden, namelijk individueel welzijn en sociale gelijkheid. Deze doelstellingen zijn vervolgens aangevuld met twee doelstellingen die kunnen worden gezien als gericht op het scheppen van gunstige condities voor de realisering van andere doelstellingen, te weten sociale integratie en sociale stabiliteit. Er wordt onderzocht in hoeverre de genoemde doelstellingen in feite, eventueel impliciet, worden nagestreefd en in hoeverre het mogelijk en wenselijk is deze doelstellingen door het welzijnsbeleid te realiseren. Wanneer in dit rapport over de middelen van het welzijnsbeleid wordt gesproken worden niet financiële middelen bedoeld, maar algemene beleidsinstrumenten met betrekking tot de besluitvormingsstructuur, de financieringsstructuur en de voorzieningenstructuur. Het gaat hier om een vijftal belangrijke keuzen: het gebruik van regelgeving of marktmechanisme als middel tot allocatie van voorzieningen; de rol van de overheid ten opzichte van het particulier initiatief in het welzijnswerk; de mate van samenhang in het beleid, die wordt nagestreefd; de mate van decentralisatie van beleid; de rol van professionele krachten ten opzichte van vrijwilligers, zelfzorg en mantelzorg (hulp door familie en kennissen).

Doelstellingen en middelen van welzijnsbeleid worden geëvalueerd bij belangrijke onderdelen van welzijnsbeleid, namelijk dat betreffende de somatische gezondheidszorg, de extramurale geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor ouderen en de volwasseneneducatie. Daarna volgt een beschouwing met algemene conclusies over doelstellingen en middelen van welzijnsbeleid.

### **8.3 Somatische gezondheidszorg**

De kosten van de gezondheidszorg zijn in de afgelopen decennia sterk gestegen. Het aandeel van deze kosten in het Bruto Nationaal Produkt is in de periode 1963-1980 ruimschoots verdubbeld, van 4.2% in 1963 tot 8.8% in 1980. Belangrijke determinanten van de kostenontwikkeling zijn gelegen in het aanbod, de vraag en de financiering. Aan de aanbodzijde manifesteren zich belangrijke verruiming van de capaciteit en van de mogelijkheden voor onderzoek en behandeling. Deze factoren dragen in belangrijke mate bij aan de intensivering van de gezondheidszorg. Aan de vraagzijde heeft de veroudering van de bevolking een hogere medische consumptie tot gevolg. Bovendien bestaat aan de vraagzijde de tendens om steeds meer ongemakken te beschouwen als gezondheidsklachten. De combinatie van deze tendens met de steeds ruimere mogelijkheden aan de aanbodzijde heeft tot gevolg dat de medicalisering van het bestaan een reële dreiging gaat vormen.

Het financieringsstelsel bevat noch voor de vragers noch voor de aanbieders van gezondheidszorg een gerichte prikkel om kosten en baten stelselmatig af te wegen. Ter verbetering van de afweging van kosten en baten wordt een besluitvormingsstelsel voorgesteld waarin de sterke kanten van de markt, de overheidsregulering en de zelfregulering van dienstverleners zoveel mogelijk worden gecombineerd.

#### **Markt**

Tussen de verschillende soorten ziektekostenverzekeringen in ons land bestaan belangrijke verschillen met betrekking tot de keuzevrijheid van de consument en de solidariteit. Bij de groep van verplichte verzekeringen en bij de niet-verplichte ziekenfondsverzekeringen bestaan onnodige beperkingen van de consumentenvrijheid. Daarmee wordt afbreuk gedaan aan de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de financiering van de gezondheidszorg. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen dreigt de solidariteitsgedachte te veel terrein te verliezen. Tegen deze achtergrond wordt aanbevolen om over te gaan op een stel-

sel van ziektekostenverzekering waarbij een bepaald basispakket van noodzakelijke medische voorzieningen wordt aangeboden in de vorm van een volksverzekering, met daarnaast de mogelijkheid om individueel of groepsgewijs aanvullende verzekeringen af te sluiten. Het basispakket dient zodanig te zijn samengesteld dat financiële catastrofes als gevolg van ziektekosten voor het individu worden uitgesloten. Door het basispakket onder te brengen in een volksverzekering met een premieheffing naar draagkracht komt het solidariteitsbeginsel voor de strikt noodzakelijke voorzieningen volledig tot zijn recht. Aan het gebruik van voorzieningen uit het basispakket wordt geen maximum gesteld dat gerelateerd is aan een premie-inkomensgrens. Daarom verdient het overweging om bij deze volksverzekering de premie-inkomensgrens te laten vervallen. Door de verplichte verzekering te beperken tot een basispakket wordt tegemoet gekomen aan de wens tot een grotere vrijheid voor de consument ten aanzien van de reikwijdte van de verzekeringsdekking.

Financiering van het basispakket uit de algemene middelen verdient niet de voorkeur boven financiering uit sociale premies. Fiscalisering leidt niet automatisch tot een grotere beheersbaarheid. Sociale verzekeringspremies hebben bovendien op algemene belastingen voor dat de bestemming van de gelden voor de premie-betaler zichtbaar is. Dit is bevorderlijk voor het kostenbesef. Hieraan moet in de gezondheidszorg grote betekenis gehecht worden. Het ligt derhalve voor de hand om het basispakket te financieren uit sociale verzekeringspremies. Voorts kan een meer gebruikers-gerichte benadering van de ziektekostenverzekering ook de persoonlijke verantwoordelijkheid en het kostenbesef van de consument bevorderen. In dit verband verdient het aanbeveling om de huidige koppeling tussen verzekeringsdekking en werkkring af te schaffen en de bestaande werkgeversbijdragen voor de ziektekostenverzekeringen geheel te laten vervallen. Door de patiënt een eigen bijdrage te laten betalen kan worden bevorderd dat een meer afgewogen beslissing wordt genomen omtrent het wel of niet gebruikmaken van de dienstverlening. De invoering van zo'n eigen bijdrage dient gepaard te gaan met een dienovereenkomstige verlaging van de verzekeringspremies. Het voorgestelde stelsel van ziektekostenverzekering kan worden ingevoerd zonder ingrijpende repercussies voor de bestaande uitvoeringsorganisatie op dit gebied.

#### *Professionele zelfregulering*

In een aantal gevallen leveren additionele medische handelingen weinig of geen extra gezondheidswinst op. Het vermijden van onnodige medische handelingen is van groot belang. Dit vereist een kostenbewuste opstelling van de medicus. Het verdient overweging om professionele dienstverleners wettelijk te verplichten om te participeren in een vorm van intercollegiale toetsing, waarbij verantwoording wordt afgelegd over zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid van het beroepsmatig handelen. De honorering van medici en de financiering van de ziekenhuizen bevatten financiële prikkels tot overconsumptie. Door aanpassingen van de honoreringsstructuur kan een kostenbewuste opstelling van de medici worden bevorderd. Dit vereist allereerst een grotere elasticiteit van de tarieven, waardoor gewenste gedragingen worden beloond en ongewenste gedragingen worden ontmoedigd. Het dienstverband vormt een belangrijk alternatief voor het vrij-beroepsverband, doch is niet in alle opzichten superieur. Een situatie waarin beide varianten op gelijkwaardige wijze naast elkaar kunnen bestaan, verdient de voorkeur. Derhalve wordt aanbevolen om de belemmeringen die momenteel voor medici bestaan om hun beroep in dienstverband uit te oefenen, weg te nemen. Om te kunnen komen tot een wijze van financiering van ziekenhuizen, die een stimulans bevat om kosten en baten zorgvuldig af te wegen, is het allereerst noodzakelijk dat een goed inzicht wordt ontwikkeld in de kostenstructuur van deze instellingen. In de opleiding voor geneeskundige wordt op enkele uitzonderingen na nauwelijks aandacht

geschonken aan de kostenvraagstukken in de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling hier op zo kort mogelijke termijn verandering in te brengen. Ten slotte wordt geconstateerd dat onder medici een tendens waarneembaar is om ter voorkoming van verwijten en schadeclaims in verband met vermeende onvoldoende of onjuiste behandeling, zoveel mogelijk medische verrichtingen uit te voeren. Deze situatie is hoogst ongewenst. Een gepaste bescherming van de medische beroepsbeoefenaar is hier op zijn plaats.

#### *Overheidsregulering*

De bovenstaande aanbevelingen met betrekking tot de markt en de professionele zelfregulering behelzen een omvangrijke voorwaardenscheppende taak voor de overheid, gericht op het tot stand brengen van geschikte spelregels ter regulering van de onderlinge betrekkingen tussen patiënten, dienstverleners en ziektekostenverzekeringsinstituten. De afwegingen die verband houden met gebruik van voorzieningen in afzonderlijke gevallen, kunnen het best worden overgelaten aan de direct betrokkenen. Anders ligt het bij beslissingen over beginselen, zoals bijvoorbeeld de samenstelling van het basispakket, en over de infrastructuur van het stelsel van gezondheidszorg, zoals de capaciteit van de ziekenhuizen en de omvang van het aantal beroepsbeoefenaren. Deze kwesties vereisen duidelijke politieke beslissingen. Voorts zou de overheid bepaalde ontwikkelingen die tot een betere afweging van kosten en baten kunnen leiden, kunnen stimuleren en bespoedigen. Dit betreft vooral terreinen waar de deskundigheid van de beroepsbeoefenaren vaak van doorslaggevende betekenis zal zijn voor de optimale beslissing. Een gepaste terughoudendheid van de overheid in inhoudelijk opzicht en een initiërende en stimulerende rol voor deze in procedureel opzicht liggen daarbij het meest voor de hand.

#### **8.4 Extramurale geestelijke gezondheidszorg**

Instellingen voor extramurale geestelijke gezondheidszorg hebben te maken met een groeiende stroom patiënten of cliënten. De groei manifesteert zich in alle voorzieningen waarin de geestelijke gezondheid centraal staat dan wel als aspect van of naast andere problemen aandacht krijgt. Afgemeten naar de groei van het gebruik voorziet de hulpverlening in een behoefte. Moeilijker blijkt het de doeltreffendheid van de hulpverlening in meer directe zin aan de hand van de resultaten te bepalen. Duidelijk is wel dat de hulpverlening voor sommige categorieën van cliënten onvoldoende toegankelijk is of weinig te bieden heeft. Voorts vertonen de voorzieningen enerzijds overlappingsen en anderzijds een gebrek aan contact en samenwerking, wat de doeltreffendheid en doelmatigheid van de hulpverlening nadelig beïnvloedt. Deze problemen worden ernstiger in het licht van de uitdijning van de vraag, die zich in de toekomst waarschijnlijk zal voortzetten.

#### *Preventie*

Een antwoord op het steeds stijgende gebruik wordt, ook van overheidswege, gezocht in grotere nadruk op preventie. In dit rapport wordt het begrip preventie gebruikt in een zeer brede betekenis: het in elk stadium voorkomen van erger. De theoretische benaderingen en empirische kennis van psychische en psycho-sociale problemen en stoornissen lenen zich slecht voor toepassing van methoden die bekend zijn uit de somatische gezondheidszorg. Theoretische preventiemodellen bieden kaders voor preventieve activiteiten die ook aangetroffen worden buiten de professionele hulpverlening. Er zijn in de maatschappij allerlei spontane initiatieven die het zoeken naar zingeving, bewustwording en groei naar nieuwe vormen van tussenmenselijke relaties beogen: in de kunst en de kunstzinnige vorming, in de volwasseneneducatie, in sociale bewegingen. Deze kunnen mogelijk ook bijdragen tot een grotere maatschappelijke tolerantie en een betere kans bieden afwijkend gedrag te integre-

ren. In het kader van een preventief overheidsbeleid verdienen dergelijke initiatieven steun. Een preventief beleid dient aan te sluiten op wat de maatschappij zelf aan preventie voortbrengt. Er moet gebruik gemaakt worden van initiatieven die buiten de curatieve sfeer opkomen.

Binnen de hulpverlening heeft preventie niet zozeer de betekenis van voorkomen van kwalen als wel van de zorg voor het niet escaleren van de hulpvraag. Dit houdt in een adequate selectie, zowel in de tweede lijn als in de eerste lijn, zodat:

- de hulpvrager zo snel mogelijk op het punt komt waar hij het meest effectief geholpen wordt;

- de betrokkene niet langer dan strikt nodig is in de gespecialiseerde hulpsoort wordt gehouden en zo snel mogelijk terugverwezen wordt naar een lager echelon of — nog beter — op eigen benen leert staan.

Selectie wordt in het algemeen gezien als bij uitstek behorend tot het domein van de hulpverlener. Wel dient er controle te zijn op het plaats hebben van een adequate selectie.

Selectie moet onder omstandigheden leiden tot verwijzing naar andere hulpverleners. Dit vergt een zekere mate van samenhang in dienstverlening en beleid.

### *Samenhang in beleid en voorzieningen*

De overheid streeft preventie na onder andere door het bewerkstelligen van meer samenhang in een deel van de hulpverlening door middel van het onderbrengen van een aantal instellingen in één verband, het RIAGG (Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg). In aansluiting op de feitelijke situatie moeten bij een preventief beleid echter veel meer instellingen worden betrokken. Daarin past het de hulpverlening geografisch en sociaal zo dicht mogelijk bij de mensen te situeren. Versterking van de belangrijke functie die de huisarts reeds heeft, vooral in samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn wordt dan ook aanbevolen, evenals inschakeling van allerlei vormen van alternatieve en niet-professionele hulpverlening.

Het functioneren van het RIAGG kan niet losgemaakt worden van het functioneren van deze hulpvormen. Het patroon van voorzieningen verschilt per plaats of regio, de specialisatie daarbinnen ook. Een landelijk uniforme structurering zoals in de RIAGG-opzet, heeft het gevaar van onvoldoende flexibiliteit. Per regio moet kunnen worden gezien of er verschuivingen mogelijk zijn tussen de werkvormen binnen het RIAGG enerzijds en het aanwezige hulp-potentieel daarbuiten, zoals bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk en alternatieve hulpverlening. Gezien de lokale gevarieerdheid van behoeften en aanbod dient het beleid ten aanzien van de extramurale geestelijke gezondheidszorg voornamelijk een lokaal of regionaal beleid te zijn. Een regionale gevarieerdheid in voorzieningen binnen door de centrale overheid te stellen grenzen valt positief te waarderen. De aard van de materie vraagt om een probleemgerichte planning met aanzienlijke inbreng van betrokken instellingen. De overheid dient daarbij een zodanig machtsevenwicht te bewaken, dat niet a priori vormen van hulpverlening worden uitgeschakeld.

### *Decentralisatie*

Een tweetal alternatieve modellen voor decentralisatie zijn voorgesteld. Een model beoogt decentralisatie naar de gemeente. Waar vanwege het regionale bereik van verschillende voorzieningen intergemeentelijke samenwerking nodig is, kan een centrumgemeente belast worden met de beleidsvoorbereiding, in nauw overleg met de betrokken gemeenten. Een ander model beoogt een gedifferentieerde structuur, in aansluiting op de ervaring die sommige gemeenten en sommige provincies al hebben met de geestelijke gezondheidszorg en eveneens in aansluiting op het bereik van de RIAGG's:

- een provinciale taak waar RIAGG- en provinciegrenzen samenvallen;

- een gemeentelijke taak bij die gemeenten die al een vergaande invloed op de ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben met name door een eigen Sociaalpsychiatrische Dienst;
- een intergemeentelijke samenwerking in alle overige gevallen, waarbij de provincie tijdelijk belast wordt met het beleid zolang de samenwerking nog geen vorm heeft gekregen.

Een beleid zoals hier voorgesteld, heeft ten doel grotere duidelijkheid te doen ontstaan omtrent taken van en taakafbakening tussen de voorzieningen, zodat op een doeltreffende wijze preventief gewerkt kan worden. Een dergelijke beleid vraagt om één financieringsbron voor alle daarin te betrekken vormen en instellingen van hulpverlening. Hier gaat de voorkeur uit naar een doeluitkering aan gemeenten respectievelijk provincies, mede uit AWBZ-gelden. Dit wordt niet in strijd geacht met het karakter van de AWBZ.

Preventie en de daarmee gepaard gaande selectie hebben ook consequenties voor de betrekkingen tussen extramurale, intramurale en semimurale voorzieningen. Bij decentralisatie van de gehele extramurale zorg naar de gemeente is samenwerking nodig tussen gemeenten en provincies. De laatste hebben volgens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de zorg voor intramurale voorzieningen tot taak. Hier dienen op zijn minst samenwerkingsafspraken te worden gemaakt.

#### *Toetsing*

Een doeltreffende taakverdeling tussen instellingen kan slechts tot stand komen als die instellingen een duidelijke identiteit ontwikkelen. Het voorgestelde beleid moet daarvoor de voorwaarden scheppen. Daarin past wat de professionele zorg betreft, kwaliteitsbevordering door middel van toetsing. Hulpverleners zouden periodiek verantwoording dienen af te leggen voor een forum, samengesteld uit van het beroep onafhankelijke, ter zake ingevoerde personen, mede afkomstig uit de kringen van gebruikers van de hulpverlening.

#### *Informatie*

Preventie is gediend met een goede wederzijdse bekendheid van verwijzer en instelling waarnaar wordt verwezen. De bekendheid met het aanbod bij met name cliënten moet, door een organisatorische voorziening ten behoeve van de informatie, worden bevorderd. Nodig is een centraal informatiepunt, waar hulpverleners ook hun kennis omtrent verwijzingsmogelijkheden periodiek dienen aan te vullen.

### **8.5 Zorg voor ouderen**

In de periode van 1975 tot 2000 zal het aandeel van personen van 65 jaar en ouder in de totale bevolking stijgen van 10,7% naar 12,8%. Binnen deze groep neemt het aantal hoogbejaarden sterk toe. In verband met deze ontwikkeling, en uitgaande van doelstellingen inzake het individueel welzijn en de gewenste maatschappelijke verhoudingen, ontstaan verscheidene knelpunten. In dit rapport is vooral aandacht besteed aan de behoefte aan georganiseerde dienstverlening (beroepsmatige dienstverlening en vrijwilligerswerk), de kosten van deze dienstverlening en de maatschappelijke positie van ouderen.

#### *Behoeftte aan georganiseerde dienstverlening*

Door de veroudering van de bevolking stijgt de behoefte aan georganiseerde dienstverlening. Hierin kan op twee elkaar aanvullende manieren worden voorzien: door beroepskrachten en door vrijwilligers. Een deel van de behoefte ontstaat door het wegvallen van de mogelijkheden tot onderlinge hulpverlening in de eigen omgeving van ouderen. Hier kan vrijwilligerswerk een belangrijke functie vervullen, met name bij de ondersteuning van het streven om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Vrijwilligerswerk zou gestimuleerd kunnen worden door hiervoor ruim-

te te scheppen in de financiering door sociale verzekeringsfondsen en subsidies van de dienstverlening aan ouderen. Voorts is erop gewezen dat de organisatie van het vrijwilligerswerk aan bepaalde eisen moet voldoen, indien men aan de bij uitkeringsgerechtigden levende wens tot het doen van vrijwilligerswerk tegemoet wil komen. Werkloze en arbeidsongeschikte mensen participeren mede als gevolg van formele regelingen minder in het vrijwilligerswerk. Voor deze groep kan vrijwilligerswerk een zinvolle tijdsbesteding zijn. Voor zover het perspectief bestaat op een betaalde baan, biedt het de mogelijkheid de nodige ervaring op te doen. Bovendien zou dit hun maatschappelijke integratie bevorderen. Het moet mogelijk worden geacht de vrijwillige hulpverlening aan ouderen zodanig te organiseren, dat werkloze en in het bijzonder arbeidsongeschikte mensen zonder het risico van het verlies van uitkeringen hieraan kunnen deelnemen.

#### *Kosten van georganiseerde dienstverlening*

Door de stijgende behoefte aan dienstverlening ontstaat een kostenprobleem. Dit ontstaat echter gedeeltelijk ook door een gebrek aan doelmatigheid. De manier van financieren is niet selectief. Wanneer verschillende voorzieningen dezelfde functie vervullen, of bestaande voorzieningen een niet (meer) gewenste soort dienstverlening bieden, wordt geen keuze gemaakt. De financiering richt zich naar de bestaande voorzieningen en past zich aan bij de historisch gegroeide situatie.

Het gebrek aan doelmatigheid kan in de toekomst het voortbestaan van essentiële voorzieningen in gevaar brengen. Daarom wordt voorgesteld om ten aanzien van met publieke middelen gefinancierde voorzieningen duidelijk taak en functie te omschrijven en vervolgens prioriteiten te stellen die ook in de financiering tot uitdrukking moeten komen. Hierbij dient geen uitzondering te worden gemaakt voor met sociale verzekeringsgelden gefinancierde voorzieningen.

#### *Maatschappelijke positie van ouderen*

Ouderen in Nederland verkeren in een geïsoleerde maatschappelijke positie. Uit internationale vergelijking blijkt dat relatief veel ouderen opgenomen zijn in intramurale dienstverlenende instellingen. Ook blijkt dat in Nederland relatief weinig ouderen in het arbeidsproces zijn ingeschakeld. Door invoering van vervroegde uittrekingsregelingen zal deze participatie vermoedelijk verder dalen. Deze ontwikkeling vindt plaats in combinatie met een veroudering van de bevolking. Hierdoor ontstaat een ongunstig perspectief met betrekking tot de mogelijkheid om ook in de toekomst de sociale zekerheid en het welzijn van ouderen te garanderen.

Door maatschappelijke normen wordt voorgeschreven dat ouderen beginnen met een periode van inactiviteit op een moment dat dit voor velen onder hen in fysiek of psychisch opzicht nog niet nodig is. Dit wordt gelegitimeerd door stereotype beelden over de ouderdom en het ouder worden. Hierdoor worden de positieve aspecten van het ouder worden, en de bijdrage die ouderen aan de samenleving zouden kunnen leveren, onderbelicht. Een van de mogelijkheden om ouderen in de samenleving beter tot hun recht te laten komen, is flexibele pensionering. Dit betekent dat de bestaande mogelijkheid tot vervroegde uitkering, wordt aangevuld met de mogelijkheid om later met pensioen te gaan dan bij de nu bestaande leeftijdsgrenzen. Er is dan geen vaste leeftijdsgrens meer aan de mogelijkheid tot het continueren van betaalde arbeid. In dit verband past de invoering van een verbod tot ontslag om reden van het bereiken van een bepaalde leeftijd.

### **8.6 Volwasseneneducatie**

Er is een sterk groeiende vraag naar een grote verscheidenheid van educatieve voorzieningen voor volwassenen ten behoeve van individuele en maatschappelijke doelen. Het aanbod kan hieraan niet volledig voldoen. Het veld is versnipperd en de werksoorten zijn sterk verkokerd. De

overheid heeft verantwoordelijkheid voor volwasseneneducatie aanvaard en die geplaatst in een perspectief van permanente educatie en wederkerende educatie. Dit maakt de vraag belangrijk of naar een samenhangend systeem van volwasseneneducatie moet worden gestreefd, van welke aard de samenhang moet zijn en waar de grenzen van het systeem moeten worden getrokken.

### *Spanningen en oplossingen*

Het huidige overheidsbeleid staat op verschillende punten op gespannen voet met principes van permanente en wederkerende educatie. Er is een spanning tussen de nadruk op achterstandsbestrijding en functies die de volwasseneneducatie, mede uit een oogpunt van permanente educatie, ten behoeve van maatschappij en individueel welzijn zou kunnen uitbouwen. Speciale voorzieningen voor achterstandsbestrijding moeten daarom alleen ingesteld worden waar dit beslist niet anders kan (bijv. alfabetisering, onderwijs in de Nederlandse taal). In het algemeen moet de volwasseneneducatie zo ingericht worden dat zij die een tekort aan jeugdonderwijs hebben, terecht kunnen bij voorzieningen waar ook anderen gebruik van maken.

Het scheppen van afzonderlijke voorzieningen voor allerlei doelgroepen heeft namelijk bezwaarlijke kanten. Het bevordert categoriale isolatie, versplintering in belangengroepen, en verhindert dat de volwasseneneducatie vorm krijgt als permanente en wederkerende educatie voor allen.

Volwasseneneducatie — en dan met name het huidige voortgezet onderwijs voor volwassenen — verricht een functie als tweede leerweg voor jongeren die nog geen arbeidservaring hebben. Deze functie staat op gespannen voet met de functie die volwasseneneducatie kan vervullen ter vergroting van de flexibiliteit van de arbeidsmarkt. Dan zou onder-richt moeten worden geboden aan mensen met arbeids- en levenservaring. De tweede functie past in een perspectief van permanente en wederkerende educatie; de eerste niet.

Het ligt in de rede educatieve voorzieningen voor volwassenen in de arbeidssfeer een andere functie te geven dan het initieel beroepsonderwijs. Eerstgenoemde voorzieningen zouden de flexibiliteit van de arbeidsmarkt, de aanpassingsmogelijkheden tussen vraag en aanbod van arbeid, moeten vergroten en daarmee bijdragen tot sociale stabiliteit en integratie. Vanuit dit standpunt bezien maken de ontwikkelingen op de onderscheiden deelmarkten van de arbeidsmarkt het niet gewenst het beroepsonderwijs voor volwassenen in te richten naar het voorbeeld van het initieel beroepsonderwijs. Waar dat thans wel gebeurt, wordt tegemoet gekomen aan de veronderstelde — behoefte van jongeren die in het dagonderwijs stranden, maar die via deze tweede leerweg dan toch nog de gelegenheid krijgen het diploma te behalen. Toch zal men de keuze moeten maken tussen beroepsonderwijs voor volwassenen als tweede leerweg voor jongeren en beroepsonderwijs voor volwassenen ter verhoging van de flexibiliteit van de arbeidsmarkt. Bij keuze voor de laatste mogelijkheid (die overigens zeker te combineren is met het voldoen aan individuele behoeften), kan het voortgezet onderwijs voor volwassenen niet als een geïsoleerd systeem binnen de volwasseneneducatie blijven bestaan. Ook zal de differentiatie binnen het voortgezet onderwijs voor volwassenen (bijv. tussen algemeen onderwijs en beroepsonderwijs) zich moeten wijzigen. Taakverdeling en samenwerking zal ook nodig zijn met Centra voor Vakopleiding van Volwassenen. De laatste kunnen hun functie pas goed vervullen in het kader van een werkgelegenheidsbeleid.

Ten slotte is er een spanning tussen de wijze waarop educatieve voorzieningen die daartoe wettelijk in staat gesteld zijn, zich thans ontwikkelen en de mogelijkheden die andere voorzieningen ter beschikking staan. Bij permanente en wederkerende educatie zal niet alleen de reeds genoemde afstemming op de arbeidsmarkt van belang zijn. Met name ook educatie van een oriënterend karakter, die kan bijdragen aan de zingeving van het bestaan, zal een grote plaats moeten innemen. Beide ont-

wikkelingen krijgen onvoldoende kansen door het automatisme in de toekenning van financiële middelen aan het voortgezet onderwijs voor volwassenen.

Voor de opbouw van de volwasseneneducatie zullen de middelen beperkt zijn. Dit vergt zowel goede afweging tussen educatieve activiteiten als samenwerking om tot de meest effectieve benutting van aanwezige capaciteit te komen. Voor beide is het plaatselijke of regionale niveau het meest aangewezen, daar zowel behoeften als voorzieningen plaatselijk verschillen.

#### *Institutionele vormgeving*

Zowel voor de gewenste flexibiliteit als voor de gewenste samenwerking worden betere voorwaarden geschapen als de overheid haar bijdrage overwegend uitkeert als bijdrage in de bekostiging van educatieve activiteiten in plaats van als bijdrage in de kosten van instellingen.

Op Rijksniveau moet het beleid gecoördineerd worden door middel van de instelling van een inderdepartementale commissie die de betrokken ministers adviseert over de besteding van de samengevoegde geldstromen afkomstig van hun departementen en die richtlijnen geeft voor het beleid van de lagere overheid. Hierbij wordt de mogelijkheid geschapen om gelden die thans krachtens de Wet op het Voortgezet Onderwijs kunnen worden besteed aan volwassenenonderwijs, dat hoofdzakelijk het jeugdonderwijs dupliceert, slechts ten dele daaraan uit te geven en ze voor het overige deel ten goede te laten komen aan andere educatieve activiteiten.

Instellingen of groepen die aanspraak willen maken op overheidsgelden voor educatieve doeleinden, moeten lid worden van een lokaal of regionaal samenwerkingsverband. Eén van de taken van een dergelijk orgaan is het doen van voorstellen aan het gemeentebestuur voor de besteding van de beschikbare gelden.

De gemeenteraad maakt door de vaststelling van een meerjarenplan en een jaarlijks programma een afweging tussen te financieren educatieve activiteiten en institutionele voorzieningen. Dit plan wordt op Rijksniveau marginaal getoetst.

Zowel op landelijk als regionaal niveau is ondersteuning nodig ten behoeve van innovatie en ontwikkeling.

Het verdient aanbeveling dat de centrale overheid zich in haar richtlijnen beperkt tot het aangeven van de educatieve behoeften waaraan moet worden voldaan en de prioriteiten daartussen. Detaillering van een zogenaamd basisaanbod in voorzieningen en programma's moet bij voorkeur een zaak van de lagere overheid zijn. Als men op grond van rechtvaardigheidsargumenten toch een basisaanbod zou willen voorschrijven, dan dient dit nauw omschreven te worden en beperkt te blijven tot die kennis en vaardigheden die elk mens in onze samenleving nodig heeft om zich te kunnen redden.

De Raad laat in het midden of de regeling van de volwasseneneducatie terstond het karakter moet hebben van een formele wet; hij kan zich voorstellen dat het uit een oogpunt van flexibiliteit de voorkeur verdient eerst ervaring op te doen met een minder zware regeling.

### **8.7 Conclusies over doelstellingen van het welzijnsbeleid**

De beleidsevaluaties op deelgebieden leidden tot aanbevelingen over de aanwending van beleidsmiddelen. Deze aanbevelingen waren mede gebaseerd op opvattingen over de na te streven doelstellingen. Deze opvattingen worden in algemene termen verrat. Ook wordt aan de middelen van beleid een algemene beschouwing gewijd op grond van hun toepassing op deelgebieden.

#### *Individueel welzijn*

Voor welzijn als toestand of eigenschap van een persoon — of men er



nu 'tevredenheid', 'geluk' of 'instemming met eigen bestaan' voor in de plaats zet — geldt dat die term op een positieve ervaring van het eigen bestaan duidt. Zo geformuleerd heeft het begrip een niet onbelangrijke bijbetekenis. In onze samenleving wordt het gewaardeerd als de positieve ervaring zo veel mogelijk het resultaat is van eigen inspanningen. Wat in het bestaan belangrijk is als positieve ervaring, varieert uiteraard per persoon, maar is ook gebonden aan maatschappelijke normen en waarden.

Onder invloed van ontzuiling en professionalisering werd de doelstelling individueel welzijn steeds meer ontdaan van normatieve aspecten en verregaand gesubjectieerd. Meer en meer kwam de opvatting van de gebruiker van diensten over zijn welzijn centraal te staan of wat de dienstverlener voor die opvatting aanzag. De keuzevrijheid van de gebruiker kreeg daardoor steeds meer nadruk en werd een belangrijk element in de ervaring van welzijn. Zodoende werd een brede taakopvatting leidraad voor de dienstverlening, zoals blijkt uit de groei en differentiatie van voorzieningen. Daarmee is een geheel van voorzieningen geschapen dat globaal gezien vanuit een welzijnspectief een positief te waarden verworvenheid is. Niettemin dringen zich in steeds sterkere mate twee cruciale problemen op, namelijk:

- een voortdurende uitdijning van de vraag; alle aan welzijnsbeleid gestelde wensen zullen niet gerealiseerd kunnen worden;

- op een aantal punten een gebrek aan effect of zelfs een negatief effect van het aanbod, in het bijzonder het op de achtergrond raken van de individuele verantwoordelijkheid van de burger voor eigen welzijn en het welzijn van anderen in zijn omgeving.

Om deze problemen het hoofd te bieden wordt hier in plaats van de geschetste conceptie van individueel welzijn, de opvatting gehanteerd waarin de positieve ervaring van het eigen bestaan meer gekoppeld wordt aan eigen verantwoordelijkheid en daadkracht. Daarmee wordt ook de keuzevrijheid vergroot. Deze opvatting vindt uitdrukking in voorstellen die zijn gedaan betreffende

- beperking van de zeker gestelde dienstverlening tot een basispakket van voorzieningen gefinancierd uit sociale verzekeringen of belastingopbrengst;

- inkomensafhankelijke eigen bijdragen;

- scherpere selectie van ernstige en minder ernstige gevallen door de dienstverlener, al of niet binnen door de overheid gestelde normen;

- verschuiving van kostbare naar goedkopere voorzieningen, die als zij bestaan in onderlinge hulpverlening van lotgenoten tevens een terugdringen van de vraag betekenen.

De verantwoordelijkheid van de overheid voor het welzijn van de burger wordt hiermee niet minder. Deze komt ook tot uitdrukking in het streven naar sociale gelijkheid, sociale integratie en sociale stabiliteit.

### *Sociale gelijkheid*

In dienstverlening en beleid komt de gelijkheidsdoelstelling in verschillende vormen voor en wel als gelijke voorziening in noden en behoeften van allen en als vermindering van sociaal-economische ongelijkheid tussen bevolkingsgroepen.

De doelstelling van gelijke voorziening in de noden en behoeften van allen wordt meestal opgevat als het verschaffen van gelijke toegang tot geboden voorzieningen. De verwezenlijking daarvan verschilt per soort en vorm van dienstverlening. In het algemeen heeft collectieve financiering de toegankelijkheid verhoogd. De onderliggende solidariteitsgedachte lijkt thans echter aan een zekere erosie onderhevig te zijn.

De directe bijdrage van de dienstverlening aan vermindering van sociaal-economische ongelijkheid tussen bevolkingscategorieën kan men uitdrukken in termen van tertiaire inkomensverdeling. Deze is gering. De indirecte bijdrage — bewustwording en emancipatie — is sterk afhankelijk van het bestaan van sociale bewegingen die de impuls moeten leveren.

Deze situatie leidt tot de volgende aanbevelingen.

De ongelijkheid tussen bevolkingscategorieën wordt niet verkleind door dienstverlening. Deze voorzieningen verhogen wel over de hele linie de kwaliteit van het bestaan. Het is derhalve noodzakelijk een basisniveau van voorzieningen te blijven garanderen. Als een eigen financiële bijdrage van de gebruiker wordt gevraagd, mag dit de gelijkheid van toegang tot essentiële voorzieningen niet in de weg staan. De doelstelling van gelijke toegankelijkheid blijft in deze vorm gehandhaafd. Extra voorzieningen voor zogenaamde achtergebleven groepen zijn noodzakelijk, waarbij overigens zowel wat groepen als voorzieningen betreft een nauwkeurige selectie moet worden gemaakt. De overheid moet zich vergewissen van de mate en aard van de achterstand alsmede van de bijdrage die voorzieningen kunnen leveren tot een duurzame verbetering van de kwaliteit van het bestaan.

Wat aan gewenste voorzieningen boven het basisniveau uitgaat, zal in principe direct voor rekening van de gebruikers moeten komen. Gezien de hiervoor weergegeven opvatting van individueel welzijn kan een zekere mate van ongelijkheid ontstaan in de voorziening in behoeften ten gevolge van eigen initiatief en financiering. Door het garanderen van een basisniveau aan beschikbare dienstverlening en extra voorzieningen voor achtergebleven groepen kan deze ongelijkheid niet leiden tot grove onrechtvaardigheden.

### *Sociale integratie*

Sociale integratie heeft betrekking op de mate waarin een individu of groep in een groter geheel is opgenomen. Wat men individualisering pleegt te noemen, houdt in dat het individu zich niet meer onderschikt aan de groep en zich eventueel geheel uit de groep losmaakt. Het gaat hier om de traditionele verbanden van gezin, familie, arbeid. Enerzijds kan dat bevrijdend zijn, anderzijds is het een bron van eenzaamheid en vervreemding. Thans zijn er pogingen gaande om bestaande gezins- en arbeidsverhoudingen op nieuwe leest te schoeien, wat leidt tot grotere pluriformiteit.

Bovendien ziet men dat nieuwe groepen en structuren worden gevormd, waarmee mensen zich kunnen identificeren, zoals coöperatieve arbeidsgroepen, nieuwe vormen van vrijwilligerswerk, zelfhulpgroepen, actiegroepen, woongroepen en dergelijke.

In de dienstverlening overheerst een welzijnsconceptie die door secularisering en professionalisering is ontdaan van zijn normatieve lading en sterk is gesubjectieerd. Ten gevolge daarvan wordt een neutrale houding ingenomen ten opzichte van de integratie van de cliënt in sociale verbanden. De dienstverlening is er dikwijls niet op gericht en evenmin op ingericht kleine verbanden, zoals het gezin en hulpnetwerken te versterken.

De huidige situatie vraagt erom sociale integratie als expliciet gesteld doel van welzijnsbeleid na te streven. Dit kan door de bevordering van de — veelal kleinschalige — verbanden waarmee mensen zich identificeren op ruimere gronden dan alleen een enge belangenbehartiging. Vele van deze groepen nemen welzijnstaken op zich en vervullen tot op zekere hoogte dezelfde functie als beroepsmatige dienstverlening. Voor zover deze verbanden een ideëel-normatieve component hebben, kunnen zij een bijdrage leveren aan de vernieuwing van oude of het ontstaan van nieuwe normatieve integratiekaders.

De overheid dient deze groepen voor zover zij dat nodig hebben, steun te verlenen, maar hun elan niet te bevriezen in een net van regels en voorschriften. De overheid moet een verschuiving bevorderen van het beroep op beroepsmatige dienstverlening naar deze verbanden, voor zover zij een dienstverlenende functie vervullen.

Een gebrek aan sociale integratie bestaat ook voor het groeiend aantal personen dat zich buitengesloten vindt uit leef- en werkverbanden op grond van onder andere leeftijd, ziekte, in het algemeen omdat zij geoordeeld worden ongeschikt te zijn om aan die verbanden deel te

1111  
has all  
na

nemen. Meer en meer wordt dit als uitstoting beleefd. Pogingen tot hernieuwde integratie zijn nog schaars. Deze kunnen trouwens niet los gezien worden van het hervinden van een verbroken sociale stabiliteit.

#### *Sociale stabiliteit*

Onze samenleving wordt gekenmerkt door een taakverdeling waarbij rond elke taak een ingewikkeld systeem van betrekkingen of instituties is ontstaan. Zo kunnen we spreken van het economisch systeem, het bestuursstelsel, het onderwijssysteem, enzovoort. Deze instituties voorzien gezamenlijk in de verscheidenheid van menselijke behoeften. Stabiliteit bestaat wanneer de systemen globaal genomen in wederkerige aanvulling functioneren, ~~instabiliteit wanneer dit evenwicht er niet is.~~ Stabiliteit is dus de integratie van sociale instituties binnen het totale maatschappelijke systeem. Een hier aangehouden doelstelling is het bereiken van stabiliteit door een optimale taakverdeling tussen de dienstverleningssector en andere maatschappelijke instituties. De maatschappelijke dynamiek kan ertoe leiden dat het bestaande evenwicht tussen verschillende instituties wordt verbroken, wat thans in verschillende opzichten het geval is.

Het financiële evenwicht is verbroken door de stagnerende economische groei. Besparingen op de dienstverlening kunnen ertoe leiden dat deze kosten toch weer elders gemaakt moeten worden, dan wel dat maatschappelijke problemen en conflicten ontstaan. Gezien deze mogelijke gevolgen dient sociale stabiliteit een expliciete doelstelling van welzijnsbeleid te zijn.

Complicerend is dat ook het evenwicht in de taakverdeling is verbroken. Dit bleek in voorgaande hoofdstukken. Zo is de massale uitstoting van arbeidskrachten uit het arbeidsbestel een probleem waarop de traditionele mogelijkheden van de welzijnssector geen adequaat antwoord kunnen bieden. De groei van het aantal bejaarden gaat in de nabije toekomst dusdanige vormen aannemen dat de voorzieningen ten enenmale te kort zullen schieten. Zowel ten gevolge van technologische ontwikkelingen als van de autonome groei van het onderwijs is de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt structureel problematisch geworden. ~~Gezinnen schieten in grote getale te kort in hun koesterende en opvoedende functies.~~ Het welzijnswerk bereikt hier slechts een fractie van.

De dienstverlening kan een — bescheiden — functie vervullen tot herstel van het evenwicht, echter niet door alleen maar meer van hetzelfde te bieden. Het bijdragen tot vermindering van instabiliteit brengt een extra dimensie in de dienstverlening en het desbetreffende beleid, namelijk het signaleren van veranderingen en het experimenteren met nieuwe oplossingen die ook consequenties hebben voor andere instituties. In het voorgaande is dit uitgewerkt in aanbevelingen omtrent vrijwilligerswerk, onderlinge hulpverlening van ouderen en verschuiving naar extramurale zorg, en betere afstemming van de volwasseneneducatie op de arbeidsmarkt.

Het is waar dat een onevenwichtigheid niet kan worden opgeheven door eenzijdige verandering van de dienstverlening. Ook daar is in de voorgaande hoofdstukken op gewezen en er zijn maatregelen aanbevolen, bijvoorbeeld de vergroting van de mogelijkheid tot deelneming van ouderen aan het arbeidsproces door invoering van een flexibele pensioneringsleeftijd. Dat behoeft echter de dienstverlening niet in de weg te staan om zelfstandig een bescheiden, maar kwalitatief niet onbelangrijke rol te vervullen in het inspelen op nieuwe oplossingen tot herstel van de stabiliteit.

#### *Prioriteiten tussen doelstellingen*

Sociale integratie en sociale stabiliteit zijn hier als expliciete doelstellingen op de voorgrond geplaatst. Zij vallen niet samen met 'rust en orde'. Zij betekenen wel dat wordt ~~bijgedragen tot het scheppen van voorwaarden waaronder mensen zin vinden in hun bestaan,~~ zich kunnen

~~identificeren met anderen en met de samenleving, en de verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn in betrokkenheid tot anderen realiseren. De bijdrage van de welzijnssector kan kwalitatief van niet te onderschatten belang zijn.~~

Individueel welzijn kan worden nagestreefd binnen de grenzen gesteld door de doelen van sociale integratie en sociale stabiliteit. Beide doelstellingen verdragen zich trouwens ook tot op zekere hoogte met de opvatting van individueel welzijn die hier wordt voorgestaan. Daarbij is te bedenken dat in die opvatting de positieve ervaring van het eigen bestaan mede wordt ontleend aan eigen moeite en inspanning, aan het overwinnen van belemmeringen. Tegenover de perfectie die de dienstverlening beoogt, maar vaak toch niet bereikt, staat hier een opvatting die — althans vanuit dat gezichtspunt gezien — een dosis onvolmaaktheid aanvaardt.

De gelijkheidsdoelstelling wordt gehandhaafd in het gegarandeerde minimum aan voorzieningen en iets extra's voor groepen met achterstanden. Los daarvan zal er een zekere ongelijkheid bestaan, die ten dele uitdrukking is van de gewenste keuzevrijheid.

Tegen de achtergrond van deze algemene doelstellingen is het nu mogelijk ook de aanwending van de middelen van beleid in meer algemene zin te behandelen.

## 8.8 Conclusies over middelen van het welzijnsbeleid

### *Markt en regel*

Regelgeving en marktmechanisme zijn twee verschillende manieren om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Het marktmechanisme is in de welzijnssector sterk naar de achtergrond gedrongen onder invloed van het streven naar sociale gelijkheid. De financiering geschiedt voor het overgrote deel langs collectieve weg. De directe band tussen betalen, beslissen en genieten is daardoor verdwenen. Het individu legt steeds meer een eenzijdige nadruk op zijn recht op welzijnsvoorzieningen en de verantwoordelijkheid van de overheid. Tegelijkertijd tracht hij de bekostiging van de voorzieningen af te wentelen. In de besluitvorming over het gebruik staat de individu in veel gevallen buiten spel; de keuzevrijheid wordt soms onnodig beknot. Een gevolg van dit alles is dat het kostenbesef en het gevoel van verantwoordelijkheid voor eigen en andermans welzijn onvoldoende worden ontwikkeld. Door een genuanceerde toepassing van het profijtbeginsel kan een beter evenwicht worden bereikt tussen de verantwoordelijkheid van het individu en die van de overheid.

De aanbodzijde ondervindt in de dienstverlening onvoldoende prikkel om flexibel op de vraag te reageren en een doelmatige werkwijze na te streven. In bepaalde gevallen leidt dit tot onnodige rigiditeit van de collectief aangeboden voorzieningen. Dure verstrekkingen worden toegekend op grond van bestaande regels ondanks de beschikbaarheid van goedkopere alternatieven die evengoed of soms zelfs beter aan de vraag voldoen. Door in die gevallen de gebruiker in plaats van verstrekkingen in natura financiële middelen ter beschikking te stellen, waarmee hij zijn voorkeur duidelijker kenbaar kan maken op de markt, kunnen de flexibiliteit en doelmatigheid van het aanbod worden bevorderd.

In het kader van een zekere herwaardering van het marktmechanisme is het de taak van de overheid om essentieel aanvaarde voorzieningen voor iedereen te garanderen door collectieve financiering. Voorts moet de overheid een zodanige marktstructuur scheppen dat er sprake is van aansporingen voor zowel individuen als instellingen om het individueel welzijn en maatschappelijke doelstellingen een evenwichtige plaats te geven.

### *Overheid en particulier initiatief*

In Nederland zijn welzijnsvoorzieningen voor een belangrijk deel in handen van particuliere organisaties: stichtingen en verenigingen. Dit is een

gevolg van de oorspronkelijk grote invloed van religieuze groeperingen op het welzijnswerk. Hierdoor ontstond een sterke verzuiling per religieuze groepering. Verschillende ontwikkelingen — zoals de ontzuiling, de professionalisering, de uitbreiding van de collectieve financiering, de opkomst van de decentralisatiegedachte, de democratisering, enzovoort — hebben ertoe geleid dat een wijziging in de rolverdeling tussen overheid en particulier initiatief nodig is.

Veel meer dan tot nu toe gebeurd is, zal de overheid richtlijnen moeten geven voor de in het veld van de dienstverlening te vervullen taken. Zowel de collectieve financiering maakt het nodig inhoudelijke afwegingen te maken en prioriteiten te stellen, als ook het feit dat er maatschappelijke doelen in het geding zijn.

Inulling van de taken met voorzieningen, verstrekkingen en activiteiten moet in belangrijke mate plaatsvinden samen met de organisaties en groepen die het particulier initiatief uitmaken. Redenen hiervoor zijn:

- dat de dienstverlening onlosmakelijk verbonden is met het doen van morele keuzen;
- dat gebruik moet worden gemaakt van de in het particulier initiatief geaccumuleerde deskundigheid en ervaring;
- dat het particulier initiatief een culturele verworvenheid is, waaraan door de nieuwe vormen die thans ontstaan, opnieuw leven wordt ingeblazen.

Dit leidt tot een voortgezette inschakeling van de bestaande organisaties, die hun structuur en werkwijze zullen moeten afstemmen op de decentralisatie van het overheidsbeleid. Aan het particulier initiatief wordt een belangrijk aandeel in de gedecentraliseerde beleidsvoorbereiding toegedacht, waarbij de participatie van nieuwe en minder geprofessionaliseerde vormen van dienstverlening moet worden bevorderd.

De nieuwe vormen van particulier initiatief moeten aangemoedigd worden met behulp van onder andere tijdelijke toekenning van beperkte financiële middelen. Die ondersteuning moet niet aan stringente voorwaarden worden gebonden opdat het spontane en vernieuwende karakter behouden blijft.

### *Samenhang*

Door de snel groeiende omvang en de toenemende differentiatie in de dienstverlening is het bevorderen van samenhang een van de belangrijkste punten van aandacht voor het specifiek welzijnsbeleid geworden. Veel nadruk wordt gelegd op het bereiken van samenhang op het niveau van de dienstverlening in die zin, dat een geheel van op elkaar aansluitende voorzieningen wordt geschapen, die te zamen behoeftendekkend zijn. Hier is dit streven enigszins gerelativeerd. Weliswaar is het voor de cliënt nadelig als er door gebrek aan samenhang grote gaten vallen in het aanbod, overlapping in de dienstverlening heeft voor de gebruiker echter het voordeel dat er keuzemogelijkheden zijn. Gezien de persoonlijke aard van veel dienstverlening en de mogelijkheid dat de cliënt zijn behoeften anders definieert dan de dienstverlener, is het bestaan van een keuzemogelijkheid voor de gebruiker functioneel. Het kan bovendien een niet ongezonde concurrentie tussen instellingen bevorderen. Het zoek- en verwijzingsproces zou echter verbeterd kunnen worden door goede informatievoorziening zowel voor de dienstverleners als de gebruikers. Daarmee zou het bezwaar van gebrek aan samenhang voor een belangrijk deel ondervangen kunnen worden.

De hier gemaakte relativering van samenhang ten behoeve van individueel welzijn heeft niet de bedoeling de thans op vele terreinen bestaande situatie te billijken. Op onderzochte gebieden (volwasseneneducatie, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor ouderen) bleek meer samenhang dan thans bestaat, als wenselijk beschouwd te moeten worden, zowel uit een oogpunt van kwaliteitsverhoging als van kostenverlaging. Samenhang in de dienstverlening zal gezien de weerbarstige aard van het product nooit perfect kunnen zijn. Op de flexibiliteit van de vraag moet ook

met een flexibel aanbod kunnen worden gereageerd.

Maatschappelijke doelstellingen, mits duidelijk en bindend geformuleerd met betrekking tot problemen en behoeften, bieden een betere basis voor de constructie van samenhang tussen voorzieningen dan de doelstelling van individueel welzijn. De beleidsmatige invulling van de doelstellingen zal leiden tot het stellen van prioriteiten en eisen van functioneren van de instellingen. Een doeltreffend en doelmatig beleid vraagt om een normatief kader.

Het maken van deze beleidskeuzen kan niet vervangen worden door geïntegreerde planning van het 'specifiek welzijn' op gemeentelijk niveau. Er dient eerst een zodanige aggregatie van voorzieningen gemaakt te worden dat binnen een groep een functionele afweging mogelijk is. Er dient primair een verkaveling - en naar in hoofdstuk 4, 5 en 6 bleek vaak een herverkaveling - van beleidsgebieden plaats te vinden. Evenmin echter is de grens tussen een sector van 'specifiek welzijnsbeleid' en andere beleidssectoren intrinsiek gegeven. Dit bleek in hoofdstuk 5 en 6.

De eertijds positieve werking van zowel het afbakenen van een specifiek welzijnsbeleid als van het streven naar meer samenhang daarbinnen lijkt in een negatieve te zijn omgeslagen. De begrenzing naar buiten doet meer kwaad dan goed. De soms noodzakelijke maatregelen op andere beleidsterreinen dan het specifieke welzijnsbeleid, met andere woorden de samenhang tussen specifiek welzijnsbeleid en overig beleid, dreigen door een te strikte afbakening onvoldoende aandacht te krijgen. De grenzen van het autonome welzijnsbeleid lijken in het zicht te komen.

Toch is de gedachte van integrale planning, die ten grondslag ligt aan de Kaderwet Specifiek Welzijn, nog niet verlaten. De Kaderwet beoogt samenhang in beleid en voorzieningen tot stand te brengen door het optrekken van een bestuurlijke bouwwerk, evenals trouwens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg dat doet. De noodzaak om allerlei voorzieningen in de Kaderwet onder te brengen is echter tot nu toe onvoldoende beargumenteerd vanuit de functies die deze voorzieningen moeten vervullen. Het verdient aanbeveling deze discussie op korte termijn te voeren en niet te wachten tot de Invoeringswet van de Kaderwet.

Een meer probleemgerichte en minder ambitieuze vormgeving van het streven naar samenhang, waarbij bovendien het onderscheid tussen specifiek welzijnsbeleid en overig beleid niet zo stringent wordt gehanteerd, verdient voor de toekomst stellig overweging.

#### *Centraal en decentraal*

Wanneer de omvang van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de overheid gegeven zijn, is de vraag van centrale of decentrale beleidsvoering aan de orde. In Nederland bestaan thans drie niveaus van politieke besluitvorming: de gemeenten, de provincies en het Rijk. Territoriale decentralisatie van welzijnsbeleid is een actuele kwestie. Er is een beweging gaande van toenemende decentralisatie.

Als doelstellingen van individueel welzijn, dus louter individuele behoeften de doorslag geven, is volledige decentralisatie naar het laagste overheidsniveau in principe te prefereren. Het aanbod moet dicht bij de burgers tot stand komen, met zicht op hun behoeften. Als maatschappelijke doelen in het geding zijn - en er wordt hier voor gepleit deze een zwaarder accent te geven - is het een zaak van landelijk beleid om vast te stellen welke maatschappelijke doelen in concreto moeten worden gediend. Als de individuele belangen worden overstegen en het individueel welzijn niet uitsluitend richtsnoer voor beleid moet zijn, dan is een zekere eenheid van handelen noodzakelijk. Deze wordt verzekerd door het beleidskader dat op centraal niveau wordt vastgesteld.

Lagere overheidsorganen kunnen daarbinnen het beleid naar eigen inzicht gestalte geven in activiteiten en voorzieningen. Binnen de grenzen van maatschappelijke doelen kunnen zij aandacht schenken aan individuele wensen en behoeften. De enigszins tegenstrijdige eisen van

samenhang tussen voorzieningen en flexibiliteit van voorzieningen kunnen in principe beter verwezenlijkt worden op het overzichtelijkere gemeentelijke of regionale niveau dan door de centrale besturing, die tendeert naar eenvormigheid en strakke regelgeving.

Adequate verkaveling van het welzijnsveld en per kavel centrale richtlijnen, die een referentiekader kunnen vormen voor decentraal beleid, moeten het mogelijk maken het voorschrijven van concrete voorzieningen tot een minimum te beperken.

Decentralisatie vereist dat een aantal voorwaarden worden vervuld. In de noodzakelijke intergemeentelijke samenwerking zal een zekere taakverdeling tussen grote en kleine gemeenten nodig zijn. Volledige 'budgettaire neutraliteit' is niet haalbaar. Overbelasting van het ambtelijke apparaat door een nodeloos ingewikkeld planningsstelsel moet echter ook worden vermeden. De vorm van de planning moet variëren naar gelang de concreetheid van de doelstellingen. Voorts moet de gemeente voldoende vrijheid en verantwoordelijkheid hebben, zodat beslissingen niet kunnen worden afgeschoven. Dat houdt dus ook financiële verantwoordelijkheid van de gemeente in. Het particulier initiatief dient met terdaad ingeschakeld te worden in de beleidsvoorbereiding. Ook dat vergt niet te ingewikkelde planningsprocedures alsmede feitelijke ondersteuning bij de planning. De burger moet daar invloed kunnen oefenen waar hij zich het meest aangesproken voelt, namelijk als gebruiker; inspraakprocedures blijken daarvoor een weinig geschikt middel in de sector van de dienstverlening.

#### *Professionalisering, vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg*

Een aantal beroepen in de welzijnssector is sterk geprofessionaliseerd. Kenmerkend daarvoor is de grote zeggenschap van de beroepsbeoefenaren over de uitvoering van hun werkzaamheden en over de daartoe vereiste kwalificaties. Het is de professional die de inhoud van zijn diensten bepaalt en het effect beoordeelt. Toetsing van effecten gebeurt incidenteel en hoofdzakelijk intercollegiaal. De autonomie van de dienstverlener gaat gepaard met een grote afhankelijkheid van de patiënt/cliënt. Te stimuleren nieuwe ontwikkelingen naar meer zelf- en mantelzorg (= hulp van familie, kennissen e.d.) en vrijwillige dienstverlening vragen van de professionele werker:

- een benadering van de cliënt/patiënt waarbij eigen vermogens en verantwoordelijkheden van deze meer worden benadrukt;
- meer aandacht voor wat de omgeving van de cliënt/patiënt vermag te bieden;
- daadwerkelijke erkenning van de mogelijkheden van zelfhulp en vrijwilligerswerk;
- kennen en erkennen van eigen grenzen.

Dit betekent een andere inzet van de eigen professionaliteit, waarbij de specifieke deskundigheid niet minder wordt benut, integendeel. Door veranderingen in de beloningsstructuur, de wettelijke verplichting van de intercollegiale toetsing en publieke verantwoording wordt gestreefd naar een stelsel waarin de beroepsbeoefenaar wordt gestimuleerd en beloond om een optimale prijs/kwaliteit verhouding na te streven. Waar objectieve criteria voor toetsing ontbreken, vindt publieke verantwoording plaats in de vorm van toetsing voor een forum van van de beroepsuitoefening onafhankelijke, ter zake ingevoerde personen.

Het voornaamste verschil tussen de beroepskrachten en de vrijwilligers is dat de laatsten als vrijwilliger geen dagtaak vervullen, wat hen ook inzetbaar maakt buiten de officiële werkuren. Vrijwilligerswerk kan van dezelfde kwaliteit zijn als beroepsarbeid. Vrijwilligerswerk versterkt en verfijnt de beroepsmatige zorg. Uitgaande van een onder omstandigheden wenselijke aanvulling van beroepsmatige arbeid door vrijwilligerswerk verdient het aanbeveling in bestaande geldstromen uit sociale verzekeringsfondsen of subsidies nadrukkelijk plaats te maken voor de financiering van vrijwilligerswerk. Dienstverlenende instellingen zouden zelf moeten kunnen bepalen of zij dit geld aanwenden voor beroeps-

krachten of vrijwilligers.

Uit een oogpunt van sociale integratie en van rechtvaardigheid moeten werklozen en arbeidsongeschikt verklaarden hetzelfde recht hebben vrijwilligerswerk te doen, als mensen met een betaalde werkring.

Als vrijwilligerswerk uitgroeit tot een dagtaak voor een uitkeringsgerechtigde en als dit een aantoonbare verschuiving betekent van duurdere naar goedkopere voorziening in behoeften, moet de uitkering vervangen worden door loon.

## 8.9 Nawoord

De kritiek die op de welzijnssector wordt uitgeoefend, is vaak eenzijdig generaliserend en overtrokken, maar zeker niet van elke realiteit ontdaan. Het is in zijn omvattendheid een cultuurkritiek. Culturele veranderingen kan de overheid niet afdwingen, maar zij heeft zich ook niet uitsluitend passief volgend op te stellen. Zij kan in haar beleid accenten leggen, die verandering van habitus en gedrag bevorderen bij gebruikers, beroepsmatige dienstverleners, vrijwilligers en ook bij overheidsdiensten en -functionarissen zelf. Vernieuwing van welzijnsbeleid betekent voor alles dat de Regering uitspraken doet over de taken die door de dienstverlening verricht moeten worden. Een discussie is nodig over prioriteiten waarbij taboes niet gehandhaafd kunnen worden.

In één rapport kunnen niet alle beleidsrelevante vraagstukken worden behandeld. Een onderwerp moet echter in algemene zin nog te berde worden gebracht. Tegenover het gemak waarmee sommigen voorstellen de quataire sector te besnoeien, staat het gemak waarmee anderen menen het werkgelegenheidsprobleem te kunnen oplossen door het scheppen van arbeidsplaatsen in deze sector. Het creëren van arbeidsplaatsen in de welzijnssector moet echter onder alle omstandigheden selectief geschieden en nieuwe ontwikkelingen niet afremmen.

De aanbevelingen in dit rapport reiken verder dan de onontkoombare bezuinigingen. Ook in tijden van voorspoed zijn zij van nut. Zij vormen te zamen noodzakelijke voorwaarden voor het vergroten van de bestuurbaarheid van de dienstverlening. Het formuleren van een stel voldoende voorwaarden moet in dit stadium als onmogelijk worden beschouwd. De aanbevelingen dragen niet het karakter van rigoureuze structuurveranderingen. Gezien de grootscheepse herstructurering die thans met de decentralisatie aan de gang is, is het niet raadzaam daaraan nog andere structurele ingrepen toe te voegen. De gedachten die in dit rapport zijn ontwikkeld, stoelen op een pragmatische confrontatie van normatieve uitgangspunten en werkelijkheid. Daardoor liggen alle aanbevelingen ruimschoots binnen de grenzen van het mogelijke. Zij zijn niet utopisch, zij vergen geen revolutionaire ingrepen. In combinatie toegepast kunnen zij in belangrijke mate bijdragen tot aanpassing van de sector dienstverlening aan de gewijzigde omstandigheden met behoud van functies voor individu en samenleving.



## BIJLAGE 1 Samenstelling projectgroep

De interne projectgroep die dit rapport heeft voorbereid was ten tijde van de publikatie als volgt samengesteld:

### *Leden van de Raad*

Dr. H.M. in 't Veld-Langeveld, voorzitter van de projectgroep  
Prof.dr. N.H. Douben  
Ir. Th. Quené  
Prof.dr.ir. C.T. de Wit

### *Medewerkers van het Bureau van de Raad*

Drs. J.M. Dekkers  
Dr. W. van Drimmelen  
Drs. P. den Hoed  
M.G. van der Hulst  
Drs. M.M. Kaag-van der Poel  
Drs. G.J. Kronjee, secretaris van de projectgroep

## BIJLAGE 2 Voorstudies

Ten behoeve van dit rapport hebben externe deskundigen een aantal studies verricht in opdracht van de WRR. De in onderstaand overzicht genoemde studie 'Educatie en welzijn' is gepubliceerd in de serie 'Voorstudies en achtergronden', en kan besteld worden bij de Staatsuitgeverij. De overige studies zijn als werkdocumenten beschikbaar en ter inzage op het bureau van de WRR.

- C.W. Aakster en U. Müllen, *Functie analyse gezondheidszorg*
- L.J. van den Bosch e.a., *Educatie en Welzijn*
- J.A.A. van Doorn, *De discussie over welzijnsbeleid*
- H. van Harten e.a., *Enige voorstellen met betrekking tot de besturing van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland*
- IVA, *Een analyse van centrale doelstellingen in het bejaardenbeleid*
- A.W.H.M. Jansen, *Informatie, voorlichting en advies*
- E. Reerink, *Kwaliteitsbevordering van het medisch handelen, een terreinverkenning*

In de reeks 'Voorstudies en achtergronden' zijn tot nu toe verschenen:

In de eerste Raadsperiode:

- V 1. W.A.W. van Walstijn e.a.: Kansen op onderwijs; een literatuurstudie over ongelijkheid in het Nederlandse onderwijs (1975)\*
- V 2. I.J. Schoonenboom en H.M. In 't Veld-Langeveld: De emancipatie van de vrouw (1976)\*
- V 3. G.R. Mustert: Van dubbeltjes en kwartjes: een literatuurstudie over de ongelijkheid in de Nederlandse inkomensverdeling (1976)
- V 4. IVA/Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool Tilburg: De verdeling en de waardering van de arbeid; een studie over ongelijkheid in het arbeidsbestel (1976)
- V 5. 'Adviseren aan de overheid', met bijdragen van economische, juridische en politicologische bestuurskundigen (1977)
- V 6. Verslag Eerste Raadsperiode: 1972-1977

In de tweede Raadsperiode:

- V 7. J.J.C. Voorhoeve: Internationale macht en interne autonomie – Een verkenning van de Nederlandse situatie (1978)
- V 8. W.M. de Jong: Techniek en wetenschap als basis voor industriële innovatie – Verslag van een reeks van interviews (1978)
- V 9. R. Gerritse/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: De publieke sector: ontwikkeling en waardevorming – Een vooronderzoek (1979)
- V10. Vakgroep Planning en Beleid/Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht: Konsumptieverandering in maatschappelijk perspectief (1979)
- V11. R. Penninx: Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid? Opgenomen in rapport nr. 17 (1979)
- V12. De quartaire sector – Maatschappelijke behoeften en werkgelegenheid – Verslag van een werkconferentie (1979)
- V13. W. Driehuis en P.J. van den Noord: Productie, werkgelegenheid en sectorstructuur in Nederland 1960-1985 Modelstudie bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V14. S.K. Kuipers, J. Muysken, D.J. van den Berg en A.H. van Zon: Sectorstructuur en economische groei: een eenvoudig groeimodel met zes sectoren van de Nederlandse economie in de periode na de tweede wereldoorlog Modelstudie bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V15. F. Muller, P.J.J. Lesuis en N.M. Boxhoorn: een multisectormodel voor de Nederlandse economie in 23 bedrijfstakken F. Muller: Veranderingen in de sectorstructuur van de Nederlandse economie 1950-1990 Modelstudie bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)

\* Uitverkocht

- V16. A.B.T.M. van Schaik: Arbeidsplaatsen, bezettingsgraad en werkgelegenheid in dertien bedrijfstakken  
Modelstudie bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V17. A.J. Basoski, A. Budd, A. Kalff, L.B.M. Mennes, F. Racké en J.C. Ramaer: Exportbeleid en sectorstructuurbeleid  
Preadviezen bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V18. J.J. van Duijn, M.J. Ellman, C.A. de Feyter, C. Inja, H.W. de Jong, M.L. Mogendorff en P. Verloren van Themaat: Sectorstructuurbeleid: mogelijkheden en beperkingen  
Preadviezen bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V19. C.P.A. Bartels: Regio's aan het werk: ontwikkelingen in de ruimtelijke spreiding van economische activiteiten in Nederland  
Studie bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V20. M.Th. Brouwer, W. Driehuis, K.A. Koekoek, J. Kol, L.B.M. Mennes, P.J. van den Noord, D. Sinke, K. Vijlbrief en J. van Ours: Raming van de finale bestedingen en enkele andere grootheden in Nederland in 1985  
Technische nota's bij het Rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)
- V21. J.A.H. Bron: Arbeidsaanbod-projecties 1980-2000 (1980)
- V22. P. Thoenes, R.J. In 't Veld, I.Th.M. Snellen, A. Faludi: Benaderingen van planning (1981)
- V23. Beleid en toekomst, verslag van een symposium over het rapport Beleidsgerichte toekomstverkenning deel 1 (1981)
- V24. L.J. van den Bosch, G. van Enckevort, Ria Jaarsma, D.B.P. Kallen, P.N. Karstanje, K.B. Koster: Educatie en welzijn (1981)
- V25. J.C. van Ours, D. Hamersma, G. Hupkes, P.H. Admiraal: Consumptiebeleid voor de werkgelegenheid  
Preadviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V26. J.C. van Ours, C. Molenaar, J.A.M. Heijke: De wisselwerking tussen schaarsteverhoudingen en beloningsstructuur  
Preadviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V27. A.A. van Duijn, W.H.C. Kerkhoff, L.U. de Sitter, Ch.J. de Wolff, F. Sturmans: Kwaliteit van de arbeid  
Preadviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V28. J.G. Lambooy, P.C.M. Huigsloot en R.E. van de Lustgraaf: Greep op de stad?  
Een institutionele visie op stedelijke ontwikkeling en de beïnvloedbaarheid daarvan (1982)

In de serie 'Vorstudies en achtergronden mediabeleid' zijn tot nu toe verschenen:

- M1. J.M. de Meij: Overheid en uitingsvrijheid (1982)
- M2. E.H. Hollander: Kleinschalige massacommunicatie: lokale omroepvormen in West-Europa (1982)

- M3. L.J. Heinsman/Nederlandse Omroep Stichting: De kulturele betekenis van de instroom van buitenlandse televisieprogramma's in Nederland – Een literatuurstudie (1982)
- M4. L.P.H. Schoonderwoerd, W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediagebruik bij verruiming van het aanbod (1982)
- M5. N. Boerma, J.J. van Cuilenburg, E. Diemer, J.J. Oostenbrink, J. van Putten: De omroep: wet en beleid; een juridisch-politologische evaluatie van de omroepwet (1982)
- M6. Intomart b.v.: Etherpiraten in Nederland (1982)
- M7. P.J. Kalff/Instituut voor Grafische Techniek TNO: Nieuwe technieken voor productie en distributie van dagbladen en tijdschriften (1982)
- M8. J.J. van Cuilenburg, D. McQuail: Media en pluriformiteit; een beoordeling van de stand van zaken (1982)