



Ambulante geestelijke gezondheidszorg: van lappendeken tot dekbed

Inleiding

De ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz) heeft de laatste tijd menige krantekolom gevuld. Met name het reilen en zeilen van een aantal IMP-en (instituten voor multidisciplinaire psychotherapie) heeft volop de aandacht getrokken. In dit artikel zullen wij het bredere kader schetsen van beleidsontwikkelingen van de overheid op het terrein van de totale aggz, waarvan de gebeurtenissen rondom de IMP-en een facet vormen. Met name de financiële kant van deze beleidsontwikkelingen heeft onze belangstelling. Wij zullen deze echter behandelen in samenhang met de structuurveranderingen binnen de aggz. Beide zijn namelijk te beschouwen als twee zijden van dezelfde medaille: het overheidsbeleid ter zake. In het vervolg zullen wij eerst kort een karakterisering van deze sector van gezondheidszorg geven, alsmede van het beleid en de motieven daartoe van overheidswege. Daarna wordt getracht vanuit een economische invalshoek een beoordeling te geven van het beleid (de financieringskant ervan) in het licht van zijn doelstellingen.

De aggz

Een sluitende omschrijving te geven van het begrip aggz is moeilijk en voor een econoom in ieder geval een erg hachelijke onderneming. Wat houdt bijvoorbeeld de term geestelijke gezondheid in? Hierover wordt men het niet gauw eens 1). Vandaar dat wij in dit bestek de weg van de minste weerstand kiezen en volstaan met een karakterisering. De aggz richt zich op een diversiteit van psychosociale problemen en acute psychiatrische nood, waarbij de cliënten/patiënten niet worden opgenomen, maar extramuraal worden behandeld 2). Deze omschrijving is ruim en dat is ook het aantal diensten dat door een groot aantal instellingen en personen wordt geleverd in deze sector, variërend van huisartsen en vrij gevestigde psychiaters tot en met bureaus voor levens- en gezinsvragen en instituten voor multidisciplinaire psychotherapie 3). In dit artikel

richten wij ons vooral op vijf verschillende werkvormen (soorten van instellingen) binnen de aggz:

- sociaal-psychiatrische diensten (SPD, sinds 1928);
- medisch-opvoedkundige bureaus (MOB, sinds 1928);
- instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP, sinds 1940);
- bureaus voor levens- en gezinsvragenstukken (LGV, sinds 1935);
- consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD, klinisch sinds 1891; ambulans sinds 1945).

Deze beperking is legitiem omdat ook in het beleid deze vijf werkvormen centraal staan. Naar de aard van de aggz hebben deze werkvormen met elkaar gemeen dat zij van oorsprong vooral een nazorg- en preventiefunctie hebben voor de cliënt ten opzichte van de intramurale geestelijke gezondheidszorg. Tegenwoordig houden zij zich echter ook bezig met zorg, waarbij opnemings- en nazorg in het geheel niet aan de orde zijn.

De instellingen die zich bezighouden met genoemde werkvormen zijn in het verleden meestal vanuit „het veld” onder verschillende omstandigheden, los van elkaar en vaak op levensbeschouwelijke basis geïnitieerd. „Elk probleem kreeg bij wijze van spreken zijn eigen instelling en daaraan dankt de geestelijke gezondheidszorg in Nederland haar benaming van lappendeken” 4). Door de veelvormige historische ontwikkelingen op het terrein van de aggz vertoont de deken zowel gaten als overlappingsen en dringt zich om verschillende redenen de noodzaak op tot een beleid van herstructurering.

Het beleid ter zake

De beleidsvoornemens van de overheid ten aanzien van de aggz, en breder: de totale geestelijke gezondheidszorg, getuigen van herstructureringszin 5). De doelstellingen ter zake worden duidelijk omschreven. Deze behelzen in essentie de bevordering van samenhang van voorzieningen binnen de aggz en, als verder gelegen doel, een betere afstemming van de intramurale en ambulante zorg. Het

slutelwoord in deze is *regionalisatie*, hetgeen betekent dat de beleidsvoornemens regionaal hun beslag moeten krijgen, door de oprichting van goed geleide instellingen die een scala van op elkaar afgestemde voorzieningen hebben te bieden aan de in de regio woonachtige bevolking. Deze instellingen worden RIAGG's (regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) genoemd wanneer het gaat om integratie van de aggz en RIGG's (regionale instituten voor geestelijke gezondheidszorg) wanneer wordt bedoeld op de integratie van voorzieningen betreffende het totale veld van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze structuurverandering vindt haar motieven enerzijds aan de outputzijde in de zin dat zij ten goede zou komen aan de cliënt doordat de bereikbaarheid van de aggz en het aanbod van de zorgsoorten wordt verbeterd. Dat wil zeggen dat voorzieningen die in een RIAGG zijn gebundeld zoveel mogelijk beantwoorden aan de verschillende behoeften van de in de regio woonachtige cliënten. Anderzijds dient de structuurverandering om de bestuurlijke en financiële beheersbaarheid van de aggz te verbeteren. Overlappingsen, wildgroei en lacunes in deze zorg zouden beter kunnen worden vermeden, c.q. verminderd.

Voorwaarde voor het slagen van een dergelijk voornemen tot een integraal beleid ten aanzien van de aggz is uiteraard dat de eenvormigheid van de verschillende instellingen wordt bevorderd. Tot nu toe is daarvan wat betreft de overheidsregelingen voor het takenpakket en het beheer van de instellingen nog geen sprake. Deze regelingen dienen zo te worden aangepast dat afstemming van de takenpakketten van de verschillende instellingen mogelijk wordt teneinde aan de regio een sluitend pakket van voorzieningen te kunnen bieden. Belangrijk is in dat kader ook dat de instellingen een gelijke financiële basis krijgen, zodat de beoogde samenhang niet wordt verstoord door ongelijke ontwikkelingen in de financiële bases van de werkvormen.

1) *Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid*, Tweede Kamer, zitting 1970-1971, 11 059, nr. 2, hoofdstuk 1.

2) Zie Gemengde commissie voor de aggz, *Een systeem van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (interimrapport)*, 1978, par. 1-2.

3) Zie voor een uitgebreid overzicht: Gemengde commissie, op. cit., bijlage 6.

4) M.A.J. Romme (red.), *Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, een gids voor consument en hulpverlener*, Alphen a/d Rijn / Brussel, 1978. Zie blz. 254 en hoofdstuk 3 voor een overzicht van de historische ontwikkelingen.

5) Zie bijvoorbeeld *Nota betreffende geestelijke volksgezondheid*, op. cit.; *Structuurnota Gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1973-1974, 13 012, betrekking hebbende op de totale gezondheidszorg; *Geestelijke volksgezondheid*, brief van de staatssecretaris van VOMIL, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 15 996.

De bekostiging

Eenvormigheid in de financiering dus, naast eenvormigheid in het bestuurlijke vlak, een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van de beoogde doelstelling van herstructurering. Daarnaast echter is zij ook te beschouwen als een actief beheersings- en besturingsinstrument van het beleid omdat zij gepaard pleegt te gaan met regelingen en voorwaarden. Zolang de genoemde instellingen nog de meest uiteenlopende financieringsbases hebben, kan het financieringsinstrument echter weinig bijdragen tot een integraal en planmatig beleid. Onderstaande tabel geeft een indruk van de veelvormigheid in deze, waarbij men wel moet bedenken dat de twee instellingen in deze tabel die in overwegende mate door de AWBZ gefinancierd worden, tot voor kort ook verschillende financieringsbronnen hadden. Inmiddels zijn met ingang van 1 januari 1980 ook de IMP-en onder de werkingsfeer van de AWBZ gebracht en zal binnenkort een adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Ziekenfondsraad uitgaan om ook de LGV's daar per 1 januari 1981 onder te brengen. De geschetste bekostigingssituatie is uiteraard het gevolg van het „lappendeken“-karakter van de aggz. Zo schijnt het eerste IMP bij zijn oprichting in 1940 gefinancierd te zijn geweest uit luchtbeschermingsgelden omdat het was bedoeld als een voorziening voor onverwachte oorlogsschoks 6).

Ter bepaling van de gedachten verdient het aanbeveling om de kosten van de aggz af te zetten tegen vergelijkbare cijfers voor de totale kosten van de gezondheidszorg. Deze laatste worden voor 1978 en 1979 geraamd op resp. f. 23.725 mln. en f. 25.842 mln. 7). Het percentage van de aggz daarin bedraagt resp. 1,2 en 1,3. Overigens zijn deze percentages slechts richtinggevend, omdat het bij de bedragen voor de totale kosten gaat om ramingen. Bovendien moet men zich realiseren dat niet alle ambulante geestelijke gezondheidszorg binnen de aggz plaatsheeft. Ook een aanzienlijk deel van de huisartsenhulp kan men bijvoorbeeld als zodanig kwalificeren.

Gaan wij nu kort in op de aard van de belangrijkste financieringsbronnen. Voor de SPD-en, de MOB's, en sinds kort de IMP-en, blijkt de AWBZ de belangrijkste financieringsbron te zijn. Hierop komen wij straks terug. Voor de overige is het rijk de belangrijkste financier. Voor de CAD's betekent dit een subsidieregeling waarbij de Ministeries van Justitie en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor resp. 25% en 75% financieren. De LGV's worden in de huidige situatie voor ongeveer 95% gefinancierd door het Ministerie van CRM en voor een klein deel door eigen bijdragen. Tot en met 1979 werden de IMP-en voor het grootste deel gefinancierd via de AAW, waarbij psychotherapie werd gezien als een voorziening tot behoud of bevordering van de arbeidsgeschiktheid. De AAW bood echter nauwelijks beheersingsmogelijkheden aan de overheid ten aanzien van de bedrijfsvoering van de IMP-en.

Met de AWBZ-financiering van drie en binnenkort vier van de vijf genoemde werkvormen is men wat betreft de financiële eenvorming al flink op weg om het beleidsvoornemen tot herstructurering van de aggz ook van de financiële kant te realiseren. Het is de bedoeling om op iets langere termijn de CAD's eveneens deze financiële basis te verschaffen.

De vraag die wij ons nu stellen is, waarom de AWBZ-financiering als eenvormige financiële basis is gekozen. Draagt deze inderdaad bij tot een zodanige planmatige structurering van de aggz „teneinde de doelmatigheid te bevorderen, ontstane wildgroei te corrigeren, bestaande lacunes aan zorg op te heffen en de verdere ontwikkeling van de voorzieningen, ook voor wat de kosten daarvan betreft, naar bewust gestelde doeleinden te kunnen leiden ...” 8). Alvorens deze vraag te beantwoorden zullen wij eerst de AWBZ aan een nadere beschouwing onderwerpen.

De AWBZ, beheersing en continuïteit

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering die een verantwoorde oplossing wil bieden voor de zeer zware lasten voor behandeling, verpleging en verzorging

ter zake van ernstige langdurige ziekte of gebrek. Deze lasten kunnen op iedereen drukken en door vrijwel niemand zonder bijstand van de overheid of derden gedragen worden 9). Het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, waaruit de AWBZ wordt bekostigd, wordt jaarlijks gevoed door middel van premies en een rijksbijdrage. De Ziekenfondsraad, bestaande uit vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties, organisaties van dienstverlenende personen en instellingen, de ziekenfondsen en van de overheid, is verantwoordelijk voor de financiering van voorzieningen uit de AWBZ. De Raad ontwikkelt daartoe normen ten aanzien van het financiële beheer van de instellingen die door de AWBZ gefinancierd worden, op basis waarvan de hoogte van de financiering van de instellingen wordt bepaald. Een en ander heeft uiteraard consequenties voor het premie-advies dat de Raad jaarlijks uitbrengt aan de minister.

De argumenten waarom juist de AWBZ is gekozen als eenvormige financiële basis kan men als volgt samenvatten. Naar de kant van de overheid toe zou deze financieringswijze de beste instrumenten bieden tot beheersing van de aggz, en naar de kant van de instellingen en de cliënt toe de beste waarborgen voor continuïteit van de zorg.

Het *beheersingselement* van de AWBZ zit in het verstrekken- en erkennen-beleid. De AWBZ is een raamwet, hetgeen betekent dat geen limitatieve opsomming wordt gegeven van de soorten van verstrekkingen. Nadere bepaling daarvan wordt overgelaten aan algemene maatregelen van bestuur. De centrale overheid besluit dan een bepaald soort dienstverlening als verstrekking binnen de AWBZ te brengen, alsmede de categorie van instellingen die ermee belast is. Dit noemt men het verstrekkingenbeleid. Op basis van erkenningsnormen en een spreidingsplan in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (in de toekomst de Wet voorzieningen gezondheidszorg) worden vervolgens individuele instellingen toegelaten binnen de werkingsfeer, het erkenningenbeleid 10).

Het *continuïteitsargument* wordt ontleend aan het karakter van de AWBZ als volksverzekering. Gefinancierd uit algemene middelen zou de continuïteit in gevaar kunnen komen bij bezuinigingsoperaties van de overheid, terwijl nu een

Tabel. De bekostiging van de aggz 1978 (mln. gld.)

	AWBZ	Subsidies uit alg. middelen				Particuliere + overige betalingen	Totale financiering
		rijk	prov.	gem.	totaal		
SPD	106,6	1,4	-	11,5	12,9	1,0	120,5
MOB	51,9	3,4	-	-	3,4	0,6	55,9
LGV	-	24,6	0,7	0,2	25,5	1,4	26,9
IMP	0,5	0,5	0,1	-	0,6	45,5 a)	46,6
CAD	-	23,6	1,5	1,9	27,0	0,2	27,2
overig	9,0	5,1	0,7	0,5	6,3	7,1	22,4
Totaal aggz	168,0	58,6	3,0	14,1	75,5	55,8	299,5
Totaal aggz (1979) b)	197,4				89,0	66,6	352

a) Waarvan f. 45 mln. via de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW).

b) Voor 1979 een gedetailleerder overzicht te geven is nog niet mogelijk.

Bron: opgave Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, voortoppe cijfers.

6) M.A.J. Romme, op.cit., blz. 249.

7) *Financieel overzicht van de gezondheidszorg*, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 15 800, nr. 7, tabel 13.

8) *Structuurnota Gezondheidszorg*, op.cit., noot 5, blz. 8.

9) *Alg. Wet Bijzondere Ziektekosten*, Schuurmans en Jordens 166, 1978 (3e druk); zie de inleiding.

10) A. Draaisma, *Interimrapport Studie financieringsystemen op het terrein van het specifieke welzijn*, februari 1979 (voor de HRWB). Zie par. 4.15 voor een overzicht van beleidsmomenten.

en ander hoofdzakelijk uit premies wordt bekostigd. Dit argument kan men van twee kanttekeningen voorzien. Ten eerste wordt het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten voor een deel ook gevoed door een rijksbijdrage uit algemene middelen ($\pm 25\%$) en ten tweede wijst de praktijk van het overheidsbeleid uit dat ook aan de stijging van de collectieve lastendruk (waaronder de premies voor de AWBZ) paal en perk kan worden gesteld.

Niettemin schijnt het wel zo te zijn dat de AWBZ-financiering aan de afzonderlijke instellingen een zekere legitimiteit en continuïteit kan verschaffen 11). Enerzijds doordat de overheid een bepaalde verantwoordelijkheid heeft voor het in stand houden van krachtens de AWBZ gegarandeerde voorzieningen, hetgeen de afzonderlijke instellingen die deze voorzieningen leveren een sterke uitgangspositie geeft in het overleg over hun bekostiging. Anderzijds omdat een in de wet opgenomen verstrekkingenpakket niet gemakkelijk (Draaisma stelt zelfs „in principe niet”) ter discussie wordt gesteld. Uit het voorgaande blijkt dat het beheersingselement van de AWBZ vooral geldt op het moment dat besloten wordt een bepaalde voorziening wel of niet als wettelijke verstrekking op te nemen. Zodra echter sprake is van een wettelijke verstrekking kunnen het continuïteits- en het beheersingselement met elkaar in tegenspraak zijn.

AWBZ en aggz

Het verstrekkingen- en erkenningenbeleid in het kader van de AWBZ, zoals in het voorgaande beschreven, funktioneert anders in het geval van de aggz. De aggz is namelijk nog geen wettelijke verstrekking. Die delen van de aggz die wel onder de werkingssfeer van de AWBZ zijn gebracht (SPD, MOB, IMP) hebben dit te danken aan artikel 52 onder d van de wet, dat een zekere ruimte biedt voor de aanwending van middelen in andere richtingen dan de wettelijke verstrekkingen. In wezen komt het erop neer dat de verschillende werkvormen, die eerst elk onder een aparte subsidieregeling vielen, zijn „overgenomen” door de AWBZ waarbij zoveel mogelijk recht is gedaan aan een grotere eenvormigheid van de financiering. Het is een soort van tussenmaatregel. De Werkgroep wettelijke regeling ambulante geestelijke gezondheid van de Ziekenfondsraad bestudeert reeds sinds 1974 de mogelijkheid tot een wettelijke verstrekking aggz in het kader van AWBZ. Het niet-wettelijke karakter van de huidige regeling met betrekking tot de drie genoemde werkvormen geeft in het financieringsoverleg aan de instellingen en de financier (de Ziekenfondsraad) een ander uitgangspunt dan ingeval van wettelijke verstrekkingen, zoals in de vorige paragraaf beschreven. Het verschaft de instellingen

een geringere legitimiteit, terwijl de financier een sterkere uitgangspositie heeft. Zo hanteert de Ziekenfondsraad bij de financiering van de IMP-en, SPD-en en MOB's de goedgekeurde personeelsformaties als uitgangspunt. Daarnaast dient te worden voldaan aan richtlijnen voor het beheer van de instellingen. Uit de begrotingscirculaire die de Ziekenfondsraad periodiek doet uitgaan, blijkt dat de richtlijnen betrekking hebben op de kapitaalslasten en de personeelslasten (inschaling van medewerkers enz.). Deze richtlijnen garanderen een zekere beheersing, zoals bijvoorbeeld bleek toen de IMP-en overgingen in de werkingssfeer van de AWBZ. Het financiële beleid van een aantal IMP-en, dat met name op het terrein van de beloning van psychotherapeuten niet bleek te stroken met de richtlijnen van de Ziekenfondsraad, wordt nu bijgesteld.

Toch is een kanttekening bij de beheersing door middel van deze financieringswijze op haar plaats. De door de Ziekenfondsraad gehanteerde financieringscriteria richten zich namelijk uitsluitend op de inputzijde van de aggz-instellingen, met als consequentie dat de AWBZ-financiering een budgetfinanciering is. De outputzijde komt als financieringscriterium niet voor, omdat de informatie dienaangaande de Zieken-

Deze rubriek wordt verzorgd door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven

fondsraad niet in werkbare vorm bereikt. Registratiegegevens van de instellingen bijvoorbeeld, die wellicht enig licht kunnen werpen op de feitelijk verleende zorg door de instellingen, worden verwerkt door de NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), de koepelorganisatie van de aggz, maar spelen geen rol bij de bekostiging van de instellingen uit AWBZ-gelden. In die zin is kostenbeheersing in het kader van de AWBZ niet identiek aan bevordering van de doelmatigheid. Dat laatste is wel een belangrijke overweging voor de beleidsontwikkelingen op het terrein van de aggz, zoals wij hiervoor hebben laten zien. Bij het begrip „doelmatig” gaat het immers om het bereiken van een doel, in ons geval „bevordering van de geestelijke gezondheid”, met een zo efficiënt mogelijke aanwending van middelen. Een doelmatige financieringswijze zal dus ook oog moeten hebben voor de mate waarin de te bekostigen instellingen bijdragen aan het doel, ofte wel zal mede moeten zijn gebaseerd op de „output” van de instellingen, hoe moeilijk ook meetbaar. Zolang er geen inzicht bestaat in de „output”-gegevens van de instellingen of, voor zover wel gegevens aanwezig zijn (de gefinancierde instellingen zijn verplicht registratiegegevens over te leggen),

deze niet worden betrokken in de overwegingen bij de AWBZ-financiering van de aggz-werkvormen, is een beoordeling van de mate waarin deze financieringswijze bijdraagt aan de doelmatigheid per definitie slechts marginaal.

Conclusies

- Het beleid ten aanzien van de aggz is erop gericht samenhang aan te brengen in deze zorg, waar zij vanuit haar historische bepaaldheid een ongeordend karakter vertoont. Voor zover dit beleid erin slaagt om per regio, hoe dan ook vastgesteld, een sluitend en toegankelijk geheel van voorzieningen tot stand te brengen zonder overlappings of lacunes, zal de doelmatigheid, in de zin van bevorderen van de geestelijke volksgezondheid, stellig verbeteren. Dit beleid, dat wij karakteriseren als een ontwikkeling van lappendeken tot dekbed, dient dan ook positief te worden beoordeeld.
- Een belangrijke voorwaarde en tevens instrument voor dit integrale beleid, is de eenvormigheid van het financieringsinstrument. Ter zake is het streven om de voorzieningen binnen de aggz onder de werkingssfeer van de AWBZ te brengen.
- Bij de vraag of de AWBZ belangrijk bijdraagt aan de doelmatigheid, hebben wij onze twijfels. Er werd op gewezen dat de twee doelen die de AWBZ beoogt, namelijk beheersing van de uitgaven en continuïteit in de zorg, met elkaar in strijd kunnen zijn, wanneer het gaat om wettelijke verstrekkingen.
- De wijze waarop de aggz-instellingen onder de werkingssfeer van de AWBZ zijn gebracht, impliceert dat bij de jaarlijkse vaststelling van de bekostiging vanwege de AWBZ aan de doelstelling van beheersing relatief meer gewicht toekomt dan aan de continuïteit van de instellingen. Een en ander is echter geënt op de inputkant van de instellingen. Een financieringssysteem dat de doelmatigheid wil bevorderen zal ook rekening dienen te houden met de geleverde output van de instellingen. Voor zover gegevens daaromtrent niet bekend zijn of nog niet voldoende verwerkt, zal hiermee haast dienen te worden gemaakt. Deze gegevens, op de een of andere wijze als criteria ingebracht in het financieringssysteem, zouden een bijdrage kunnen leveren aan een verhoogde doelmatigheid binnen de aggz.

J. de Boer

11) Zie A. Draaisma, op.cit. onder andere par. 4.23.