**De financiering van intramurale zwakzinnigenzorg 1955-1975: over de integratie van gemeentelijke armenzorg en de volksverzekering AWBZ**

*Inleiding*

In januari 1955 werd in Baarn op het landgoed de Drakenburgh de katholieke zwakzinnigeninrichting Nieuwenoord geopend.[[1]](#footnote-1)

Deze opening had een bijzondere voorgeschiedenis. De orde van de Kleine Zusters van de Heilige Joseph, gesticht op 28 juni 1872 door de Heerlense kapelaan Petrus Savelberg, had naast de religieuze intenties ziekenzorg tot doelstelling.[[2]](#footnote-2) In 1955 beheerde de orde ziekenhuizen, sanatoria, instellingen voor zwakzinnigenzorg, kinderzorg, bejaardenzorg en huizen voor ongehuwde moeders en verzorgde wijkverpleging in heel Nederland. *De kleine zusters overzee* voorzagen ook in België China, Nieuw-Guinea, Indonesië en Kenia diverse vormen van zorg.

De orde beheerde al in 1950 zwakzinnigeninstellingen in Heel en Schinnen[[3]](#footnote-3), maar de zusters zochten naar mogelijkheden voor een nieuwe instelling. Die werd gevonden in Baarn, waar de Katholieke Arbeiders Bond over een modern vakantie-oord annex revalidatie-instelling beschikte.[[4]](#footnote-4) De Bond ging echter bijna failliet aan de exploitatie ervan en verkocht het in 1954 voor ƒ 1.250.000 aan de Mgr. Savelberg-stichting, de Heerlense beheersstichting van de orde.

De Savelberg-stichting contracteerde in 1955 met Gedeputeerde Staten van Utrecht, Zuid-Holland en Noord-Holland voor de verpleging *in de derde klasse van 120 idioten en imbecillen,* ofwel Rooms-Katholieke zwakzinnige kinderen.[[5]](#footnote-5) Tevens stonden de provincies borg voor een lening van ƒ 1.500.000 voor de verwerving en verbouwing van Nieuwenoord tot een geschikte verpleeginrichting van jongens tot 12 jaar en meisjes tot hun dood. Er bestond overeenstemming tussen inrichtingen en provincies dat de verdeling in onderling overleg met de inrichtingen zou worden verdeeld om concurrentie tussen instellingen te voorkomen.[[6]](#footnote-6)

Deze relatie tussen de drie provincies, de orde en de Savelberg-stichting was aanleiding tot de vraag: hoe functioneerde de financiering van intramurale zwakzinnigenzorg van 1955 tot aan de verstrekking van langdurige verpleging volgens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1968? Op grond van de AWBZ werd de intramurale geestelijke gezondheidszorg in 1968 onderdeel van het landelijk bestel voor erkenning, tariefstelling en financiering. En als voorziening toegankelijk voor iedere Nederlander, ongeacht inkomen en woonplaats.[[7]](#footnote-7)

*Over bezetting, verpleegtarieven, begrotingen en boekhouding*

De eerste zusters trokken op 31 januari 1955 het voormalige vakantieoord in en startten met het voorlopig geschikt maken van de gebouwen voor het ontvangen van pupillen.[[8]](#footnote-8)

Op 1 april werden de eerste patiëntjes ontvangen.[[9]](#footnote-9) Op 31 december 1955 was Nieuwenoord met 131 kinderen vol. In maart 1958 bleken er meer dan 150 kinderen te zijn opgenomen, tot ongenoegen van de Gedeputeerde Staten van Utrecht. Deze waren van mening dat hun quotum onder druk stond van plaatsingen uit Zuid- en Noord-Holland.[[10]](#footnote-10) Er zouden zelfs twee kindjes uit Aruba zijn opgenomen. Dit werd door overste Christeta bevestigd, maar zij wees op de wachtlijsten die sinds 1956 niet kleiner waren geworden: 90 namen uit Noord-Holland, 93 namen uit Zuid-Holland en 30 uit Utrecht.[[11]](#footnote-11) Kostbare nieuwbouw en uitbreiding van het bestaande lekenpersoneel waren hard nodig. Door de steeds verbeterende praktijk voor de langdurige verpleging van de kinderen en de noodzaak tot verdere investeringen waren er stabiele inkomsten nodig. Deze zouden niet afkomstig zijn uit plaatsing van particuliere patiëntjes, want het waren *idioten en imbecillen* uit katholieke armlastige gezinnen uit de genoemde drie provincies.[[12]](#footnote-12)

De belangrijkste inkomstenbron was het vastpleegtarief per pupil per dag. Met de natte vinger werd in 1955 met ƒ 5 per dag begonnen en in de veronderstelling dat dat niet genoeg zou zijn. In 1956 werd het tarief op ƒ 6 gesteld.[[13]](#footnote-13) Het tarief werd voor ieder kalenderjaar door Gedeputeerde Staten van de drie provincies in overleg met het bestuur *naar billikheid* vastgesteld, waarbij de kostprijs van de verpleging zoveel mogelijk zou worden benaderd.[[14]](#footnote-14)

De manier waarop dit gebeurde, had minder te maken met de begroting van Nieuwenoord zelf, maar meer met het spel van onderhandelen tussen de afgevaardigden en het bestuur over mogelijke bezuinigingsposten. Dit maakte het opstellen van reeële taakstellende begrotingen vrijwel onmogelijk.[[15]](#footnote-15)Ook het vaststellen van afschrijvingen werd door dit spel bemoeilijkt, waardoor afschrijvingen meer met de natte vinger werden vastgesteld dan op basis van vervangingswaarde.

Deze wijze van begroten, afschrijven en het onderhandelen over verpleegtarieven was voor de periode 1955-1967 bestuurlijk misschien mogelijk en zeker ook gebruikelijk, maar op een gezonde financiële bedrijfsvoering leek het niet.[[16]](#footnote-16) In 1956 en 1957 waren er flinke uitbreidingen van het betaalde niet-religieuze personeel, investeringen in gebouwen[[17]](#footnote-17), in de zorg voor de kinderen met bijbehorende aspecten als een speeltuin en in onderwijs voor het personeel. In 1958 werd het tarief verhoogd met 55 cent tot ƒ 6,55, maar pas na stevige onderhandelingen met de provinciale vertegenwoordigers.[[18]](#footnote-18) Er moesten worden bezuinigd op variabele kosten als voeding, bewassing en brandstoffen tot ƒ 13.300 en op personeel tot ƒ 6250.

Voor 1959 was het niet anders. Volgens accountant J. Cartigny was een verpleegprijs van ƒ 7,25 redelijk gezien de ingebruikname van een nieuw paviljoen.[[19]](#footnote-19) De provinciebesturen wilden echter niet verder gaan dan ƒ 6,75, waarbij volgens hen al rekening werd gehouden met de stijging van de suiker- en melkprijs, de restauratie van twee afdelingen en afschrijving op de oprichtingskosten. Dit werd verder nog verlaagd tot ƒ 6,70 in verband met gesteggel over de werkelijke lengte van wachtlijsten en in afwachting van de opening van eerder genoemd paviljoen.[[20]](#footnote-20) Deze puzzel leverde voor de exploitatie van de instelling een verlies op van ƒ 28.357.[[21]](#footnote-21)

Dit gesteggel en gedwongen verlies versterkte de frictie tussen de provinciebesturen en het bestuur van Nieuwenoord. In 1956 was het voor de zusters en het bestuur van de Savelberg-stichting duidelijk dat uitbreiding van Nieuwenoord, gezien de overbezetting met patiëntjes en wachtlijsten, met een nieuw paviljoen nodig was.[[22]](#footnote-22) De eis van het Utrechtse Provincie Bestuur om meer plaatsen ter beschikking te stellen dan voor Noord- en Zuid-Holland en met alle partijen overeengekomen was, maakte het probleem nog groter.[[23]](#footnote-23) Het eerste nieuwe paviljoen werd in oktober 1959 opgeleverd, maar deze uitbreding was nog onvoldoende.[[24]](#footnote-24)

De kosten voor nieuwbouw met een paviljoen om dit probleem op te lossen, werden door het bestuur van de Savelberg-stichting op ƒ 4.000.000 geschat. Daarvoor werd een lening of een garantiestelling voor dit bedrag aan de Provinciale Besturen gevraagd.[[25]](#footnote-25)

Deze waren daartoe niet bereid. Een aanpassing van het bouwplan leverde een offerte op van ƒ 1.466.320, die door de nodige bouwkundige en zorgtechnische aanpassingen nog werd beperkt tot ƒ1.239.500.[[26]](#footnote-26) Over dit bedrag kon wel consensus worden gevonden voor garantiestelling.[[27]](#footnote-27) Met de bouw van het nieuwe paviljoen werd op 1 oktober 1959 begonnen en het werd in september 1961 opgeleverd. Door de aantoonbare investeringskosten en uitbreiding van de contracten voor armlastige zwakzinnige kinderen waren de Provinciale Besturen bereid om de verpleegprijzen voor 1960, 1961 en 1962 aan te passen tot ƒ 8,75, ƒ 9,80[[28]](#footnote-28) en ƒ 10,75.[[29]](#footnote-29) Dit laatste bedrag was volgens accountant Cartigny onvoldoende.[[30]](#footnote-30) De Provinciale Besturen waren echter van mening dat de kostenplaatsen *Algemeen* en *Intrest* met ƒ 18.700 konden worden verlaagd. De begroting werd voor 1962 door hen op ƒ 1.318.510,-- gesteld, hetgeen met 122.640 verpleegdagen neerkwam op genoemd tarief.

In de onderhandelingen over de exploitatie over Nieuwenoord bleken de provincies de sterksten te zijn, doordat de financiering van zwakzinnigenzorg via hen liep tot de invoering van de landelijke tariefregulering volgens de AWBZ en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven in 1968.

*Financiering van zwakzinnigen- en krankzinnigenzorg 1955-1968: over de Armenwet en verhaal*

Volgens de Krankzinnigenwetten van 1841 en 1884 hadden de provincies de verantwoordelijkheid voor het voorzien in voldoende plaatsen voor de intramurale krankzinnigenzorg *voorzover niet op andere wijze in de behoefte aan gestichten is voorzien*.[[31]](#footnote-31) Bij de behandeling van de Wet in 1884 stelde het liberale Tweede Kamerlid W. van der Kaaij dat zij daarvoor de juiste schaalgrootte hadden. De gemeenten waren daarvoor te klein. Provincies konden zelf instellingen onderhouden zoals de Noord-Hollandse inrichtingen Meer en Berg en Bosch en Duin. Het Rijk beheerde instellingen als in Medemblik.[[32]](#footnote-32) Gemeenten als Leiden, Rotterdam en Den Haag lieten compleet nieuwe gestichten bouwen als Endegeest te Oegstgeest, Maasoord te Poortugaal en Oud-Rosenburg te Loosduinen. Het belangrijkste middel van de provincies om deze taak in te vullen was het contracteren voor verpleegplaatsen met protestantse en katholieke inrichtingen.[[33]](#footnote-33)

Zwakzinnigheid of, volgens de terminologie zoals eerder bij de oprichting van Nieuwenoord *imbecillen* en *diep gestoorde idioten* genoemd[[34]](#footnote-34), viel onder de Krankzinnigenwet.[[35]](#footnote-35) In België werden in 1920 mensen met een verstandelijke beperking wettelijk onderscheiden van krankzinnigen en werden instellingen voor langdurige zorg hiervoor ook bijzonder gefinancierd.[[36]](#footnote-36)

Vanaf het einde van de negentiende eeuw ontstonden er in Nederland aparte instellingen voor zwakzinnigen en kwam er onderscheid tussen psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking. In de periode 1884-1914 werden er vijf confessionele *idiotengestichten* gesticht[[37]](#footnote-37):

* In 1891 ’s Heerenloo te Ermelo van de gereformeerde Vereeniging tot Opvoeding en Verpleging van Geesteszwakke kinderen met 200 plaatsen
* De erkenning in 1895 van Bethesda te Wagenborgen van de Vereeniging tot Christelijke liefdadigheid met 50 plaatsen voor kinderen en volwassenen
* In 1904 Huize Assisië te Udenhout als eerste katholieke inrichting voor 250 idioten
* In 1907 Boldershof te Druten met plaats voor 60 idiote meisjes
* In 1911 Lozenoord te Ermelo door de eerder genoemde gereformeerde Vereniging. ’s Heerenloo werd voortaan bestemd voor uitsluitend jongens. Loozenoord werd toevlucht voor uitsluitend meisjes.

De financiering van intramuraal opgenomen patiënten, krankzinnig of zwakzinnig, werd voor de vankrachtwording van de AWBZ in 1967 niet geregeld door middel van een verzekering van langdurige zorg. De financiering van geplaatste krankzinnigen en zwakzinnigen kwam volgens de Armenwet van 1854, herzien in 1912, voor rekening van de gemeente waar de patiënt uit afkomstig was.[[38]](#footnote-38) De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de medische armenzorg was vastgelegd in artikel 33-37 van de Armenwet van 1912: *Die voorzieningen kunnen betreffen, hetzij de aanwezigheid van genees-, heel- of verloskundigen, hetzij de voorschriften, waarbij het verleenen van hulp is geregeld. (b.v. verplegend personeel, verpleging in ziekenhuizen). Ik vestig uwe bijzondere aandacht op deze bepalingen waarbij aan Gedeputeerde Staten een verreikende bevoegdheid is gegeven, en spreek daarbij het vertrouwen uit dat bij uw streven, om verbeteringen, waar noodig, te verkrijgen, steeds mede en niet in de laatste plaats rekening gehouden zal worden met hetgeen voor de gemeenten, die het aangaat financieel bereikbaar is.*[[39]](#footnote-39)

De gemeenten dienden dus voor de intramurale zorg voor hun armlastige zwakzinnige burgers financiële verantwoordelijkheid te dragen, terwijl de provincies volgens de Krankzinnigenwet zorg moesten dragen voor intramurale plaatsing. Sommige provincies waren bereid om in aanvulling op de verpleegpijs een subsidie ter verlenen. Dat was echter niet verplicht en de bijdragen konden variëren van 10% tot 25% per verpleegdag en onder strenge voorwaarden, of beperkte nominale vergoedingen.[[40]](#footnote-40) Deze procedure gold van 1912 tot aan de vankrachtwording van de Algemene Bijstandswet van 1965 die de oude Armenwet verving. De Bijstandswet was in dit proces een korte overgangsregeling tot de start van de AWBZ.[[41]](#footnote-41)

De financieringsregeling zoals die tot 1968 gold, ook voor Nieuwenoord vanaf 1955, was complex. De verpleeggelden van armlastige zwakzinnigen, kinderen en ouderen, werden niet aan de gemeenten doorberekend, maar aan de met de instellingen contracterende provincies.[[42]](#footnote-42) Deze verstrekten per kwartaal een voorschot voor verpleegdagen op basis van het aantal patiënten dat aan het begin van ieder kwartaal in een inrichting aanwezig was, of waar bij tijdelijke afwezigheid toch verpleeggeld verschuldigd was zoals tijdelijk verlof. Aan het begin van een kwartaal verstrekte de administratie of het bestuur van een instelling opgave van het totaal aantal patiënten per gemeente, met nog een aparte vermelding van de patiënten die voor rekening van een gemeentelijke instelling worden verpleegd.[[43]](#footnote-43) De opgave, *welke uiteraard zeer nauwkeurig dient te worden opgesteld,* moest binnen zeven dagen na het begin van een nieuwe kwartaal aan de provinciale besturen worden doorgegeven.

Het per patiënt te verlenen voorschot zou worden verstrekt op basis van een begrotingsprijs die niet noodzakelijk samenhing met het voor dat jaar bekende verpleegtarief. *Teneinde het de provincie mogelijk te maken met de gemeenten naar het juiste aantal verpleegdagen af te rekenen, dient zo spoedig mogelijk na het beëindigen van het betrokken kalenderjaar een nominatieve verpleegdagenstaat te worden ingevuld,*[….] *gespecificeerd naar de gemeenten voor elke patiënt het juiste aantal verpleegdagen, alsmede eventuele mutaties, welke gedurende de verpleegperiode zijn voorgekomen, worden vermeld.*

*Tevens dienen daarnaast voor de patiënten afkomstig uit de grotere gemeenten Alkmaar, Amsterdam, Bussum, Haarlem, Haarlemmermeer en Hilversum afzonderlijke verpleegstaten eveneens in tweevoud te worden ingezonden.* Dit goldt ook voor de grote steden in de andere contracterende provincies.

*Tegelijk met deze bescheiden wordt een afrekening aan Gedeputeerde Staten ingezonden, waarin de door deze Provincie verschuldigde verpleeggelden naar rato van het juiste aantal verpleegdagen en op basis van de afgesproken verpleegprijs worden verrekend met de reeds eerder verstrekte kwartaalvoorschotten.*

De financiering van intramurale zwakzinnigenzorg uit de Armenwet gold in de periode 1900-1912 voor minimaal van 75% van de patienten.[[44]](#footnote-44) Dit aantal zou nog verder groeien. In 1957 werd nog maar 4% van de patiënten niet op kosten van de Armenwet verzorgd.[[45]](#footnote-45) Het hoge aantal patiënten dat voor rekening van de Armenwet werd verzorgd had niet alleen gevolgen voor de gemeentelijke exploitatie door de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wet. Het had ook ingrijpende gevolgen voor de familie van de intramuraal verpleegden, omdat de gemeente een deel van de verpleegkosten op hen kon verhalen.

Het verhaalsrecht werd gezien als noodzakelijk uitgangspunt van de Armenwet.[[46]](#footnote-46) Mensen hoorden in de eerste plaats voor zichzelf en hun gezin te kunnen zorgen. Lukte dat niet, dan werd de rest van de familie aansprakelijk gesteld. In die tijd stonden niet de verplichtingen en financiële verantwoordelijkheden tussen echtgenoten en ex-echtgenoten centraal, maar de verplichtingen tussen verschillende bloed- en aanverwanten.[[47]](#footnote-47) Gemeenten en instellingen voor zorg en weldadigheid konden dan een deel van de verleende steun later verhalen op een deel van de familie. *Alle kosten van verzorging van een arme, uitgezonderd loon voor arbeid, kunnen worden verhaald op den ondersteunde, indien hij tot teruggave daarvan in staat is, alsmede op hen die, ingevolge de Wet tot zijn onderhoud gehouden zijn.*[[48]](#footnote-48)

Het is moeilijk aan te geven hoe verhaalsrecht en het afdwingen van onderhoudsplicht in de praktijk van de openbare armenzorg een rol speelden. Instellingen en gemeenten hadden het recht tot verhaal, maar hoefden dit niet toe te passen.[[49]](#footnote-49) De verhaalsstatistiek is ook nauwelijks samen te stellen. De Armenzorgstatistiek registreerde alleen in de tweede helft van de jaren twintig verhaalsbijdragen afzonderlijk. Daarnaast speelde vanaf 1941 met het Ziekenfondsenbesluit en na 1945 de ontwikkeling van de sociale zekerheid een grote rol. Tot in de jaren vijftig speelde ook een onberekenbaar economisch motief: hoe meer de familie bijdroeg, hoe lager de uitgaven voor de gemeente. Maar het systeem van onderstand had daarmee negatieve sociale gevolgen, totdat de Bijstandswet en de AWBZ deze problemen konden oplossen.[[50]](#footnote-50) Ook voor de gemeenten bleef de financiering van de intramurale zwakzinnigen- en krankzinnigen een zware last, ondanks de verhaalsmogelijkheden.

*Een oud probleem*

Een van de zwaktes van de Armenwet dat zij geen onderscheid maakte tussen thuiszittende armen en armen in verpleeginrichtingen.[[51]](#footnote-51) Juist in afwachting van uitbreiding van de sociale zekerheid en een nieuwe Armen- of bijstandswet werd in 1953-1955 gepleit voor een nieuwe, tijdelijke regeling. De bestuurlijke en politieke opinie was aan het kantelen naar rijksfinanciering van intramurale zorg.[[52]](#footnote-52) *Immers, het verlenen van hulp in inrichtingen stelt geheel andere eisen dan de ondersteuning van thuiszittende armen.* Hoewel de ideeën over uitbreiding van de sociale zekerheid tot de langdurige zorg in deze tijd onder invloed van het rapport van de commissie-Van Rhijn steeds meer werden omarmd, bleef het beleid voor de intramurale zorg van zwak- en krankzinnigen gericht op financiering door het Rijk of de nog niet hervormde Armenwet.[[53]](#footnote-53)

De ondersteuning van intramuraal verpleegde armlastige krankzinnigen werd voor 1951 op ƒ 31.735.000 geschat, waarvoor de opbrengsten van verhaal niet konden worden berekend.[[54]](#footnote-54) Dit was op dat moment de belangrijkste kostenpost voor de Armenwet. De andere kostenposten bedroegen in 1951 ƒ 9.737.000. In 1953 werd het verpleegtarief voor krankzinnige armlastigen op ƒ 8 tot ƒ 10 per dag of ƒ 3.000 tot ƒ 3.500 per jaar geschat.[[55]](#footnote-55) Voor zwakzinnigen zou dit lager liggen, maar krankzinnigheid kon misschien genezen, terwijl verpleeghuiszorg voor zwakzinnigen gold voor het leven. *Het is duidelijk dat wie voor de kosten van zulk een verpleging moet opkomen, op den duur zelf armlastig wordt.*

Om meer inzicht te krijgen in de uitgaven voor intramurale krankzinnigenzorg in 1953 werd door het ministerie van Binnenlandse Zaken onderzoek gedaan naar de gemeentelijke uitgaven voor krankzinnigenzorg. De totale kosten bedroegen toen ƒ 33.432.370, terwijl er 28.117 verpleegden waren.[[56]](#footnote-56) De opbrengst door verhaal werd geschat op ƒ 8.479.619.[[57]](#footnote-57) *Het is bekend dat deze kosten de gemeentelijke budgets door loutere toevallige omstandigheden soms onredelijk zwaar belasten en dat de druk in de onderscheidene gemeenten zeer kan uiteenlopen. Het is zelfs mogelijk, dat door de noodzakelijke opname van een krankzinnige of zwakzinnige het evenwicht in de begroting kan worden verstoord, zonder dat de gemeente hiervoor enig verwijt kan treffen*, aldus de commissie-Oud in 1955*.*[[58]](#footnote-58)

Het was een oud probleem. De Staatscommissie voor de gemeentefinanciën van 1903 stelde dat de kosten voor kleine gemeenten *ruïneus* waren en zonder problemen voor rekening van het Rijk konden komen. De Staatscommissie-1921 stelde voor om een derde van de netto-kosten, opgebracht door de gemeenten len laste te laten komen voor het Rijk. De netto-kosten waren de totale kosten onder aftrek van particuliere bijdragen. De Commissie merkte zuinigjes op dat gemeenten wel eens *financieel minder bedachtzaam* zouden worden als het Rijk de volle kosten voor zwak- en krankzinnigenverpleging op zich zou nemen.

De eerder genoemde commissie-Oud, in 1947 ingesteld om te komen tot een meer duurzame herziening van de gemeentefinanciën en een betere verdeling van taken tussen Rijk, provincies en gemeenten, pleitte er voor om de kosten door Rijk en provincies te laten overnemen. Zij kwam in 1955 met een rapport voor een *Ontwerp van Wet betreffende de financiering van de kosten van verpleging van arme krankzinnigen (Wet kosten krankzinnigenverpleging).*[[59]](#footnote-59)In iedere provincie zou een *Verplegingsfonds Krankzinnigen* moeten komen. Uit het Fonds zouden de bij Algemene Maatregel van Bestuur aan te wijzen kosten der gemeenten voor overbrenging en verpleging van hun armlastige krank- en zwakzinnigen worden vergoed, in 1953 28.117 patiënten. Dit fonds zou moeten worden gevoed door:

* Een jaarlijkse bijdrage door het Rijk
* Een jaarlijkse bijdrage uit de algemene middelen van de provincie
* 25% blijft voor rekening van de gemeenten
* En bijzondere bijdrage van de provincie als het Verplegingsfonds een tekort zou hebben
* Het batig saldo als het Verplegingsfonds dat uit het vorig verslagjaar zou overhouden

De Wet werd in de Tweede Kamer goedkeurend besproken als een wonder van eenvoud. Het zou de morele en financiële verantwoordelijkheden rechtvaardig verdelen over Rijk, provincies en gemeenten. Door deze verdeling zouden de verhaalslasten voor familie en bloedverwanten van de armlastige patiënt ook worden verlaagd.[[60]](#footnote-60) Desondanks kwam de concept-wet niet door de Tweede Kamer.[[61]](#footnote-61) De modernisering van de financiële en bestuurlijke verhoudingen tussen Rijk, provincies en gemeenten bleek zo ingewikkeld dat de kwestie op een zijspoor werd gezet. Het rapport over de Wet kosten krankzinnigenverpleging werd wel gebruikt bij de ontwikkeling van de Financiële Verhoudingenwet 1960 voor een nieuwe stelsel van rijksuitkeringen aan de gemeenten.[[62]](#footnote-62)

*Dekking van de kosten door verzekering tegen de kosten van langdurige zorg?*

De discussie over verzekering van de langdurige intramurale zorg voor zwak- en krankzinnigen werd langs twee lijnen gevoerd:

* Door uitbreiding van de verplichte ziekenfondsverzekering
* Door de invoering van een verzekering van de kosten voor langdurige zorg, speciaal voor de intramurale zwakzinnigenzorg

Doelstelling van de discussie was het reduceren van de kosten van verhaal.

Intramurale zorg voor geesteszieken was vanaf 1941, de invoering van de verplichte verzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit, nadrukkelijk buiten de ziekenfondsverzekering gehouden.[[63]](#footnote-63) De ziekenfondsverzekering was gericht op curatieve zorg. Volgens de Beschikking ziekenhuisverpleging van 1954 was kortdurende opname, 42 dagen, voor een zwakzinnige mogelijk, maar permanente opname niet.[[64]](#footnote-64) In 1959 werd gepleit voor volledige verstrekking door de verplichte verzekering, waarvoor een premieverhoging van 0,6% voldoende zou moeten zijn om beroep op de Armenwet met verhaal te voorkomen.[[65]](#footnote-65)

Dit was in ziekenfondskringen onbespreekbaar: het bestel met zijn verplichte, vrijwillige en bejaardenverzekeringen was te complex.[[66]](#footnote-66) Er speelde bovendien een gevoelige discussie over een bijzondere verzekering voor dement geworden bejaarden, die los gezien moest van een verzekering voor langdurige verzekering voor zwakzinnigen en krankzinnigen.[[67]](#footnote-67) De vervanging van de Armenwet door de Algemene Bijstandswet was in voorbereiding en in ziekenfondskringen zag men ook daarom de opname van langdurige geestelijke gezondheidszorg in de ziekenfondsverstrekking als onbelangrijk.[[68]](#footnote-68)

Op 17 december 1954 publiceerde de zenuwarts J.J.C. Marlet in *De Tijd* een artikel over een verzekering tegen de kosten van langdurige pschychiatrische verpleging.[[69]](#footnote-69) Marlet benoemde de last van verhaal voor gezinnen met één of meer zwakzinnigen. Daarnaast stipte hij ook de problemen aan van de middenklasse, die niet in aanmerking kwam voor financiering uit de Armenwet en over onvoldoende of nauwelijks voldoende middelen beschikte om een zwakzinnig kind te laten plaatsen.

Hij beschreef de casus van een onderwijzer met zes kinderen. De oudste zoon, 17 jaar in 1954, was op 8-jarige leeftijd als zwakzinnig in een inrichting geplaatst. *Jaar in, jaar uit betaal ik ruim ƒ 2000 voor zijn verpleging. Ik geef bijlessen en leef uitermate sober. Wil ik mijn andere kinderen een goede opvoeding geven, dan kan ik deze verpleegkosten niet langer opbrengen, hoe graag ik ook zou willen. De gemeentelijke instanties zeggen dat ik nergens terecht kan voor subsidie. De jongen wederom in huis nemen is uitgesloten: hij is vernielzuchtig, onzindelijk, kan niet tot tien tellen en molesteert zijn broers en zusjes.* Volgens Marlet was de man ten einde raad: *zijn gezin wordt bedreigd door een onafwendbaarheid, waarvoor niemand aannsprakelijk gesteld kan worden.*

Marlet beschreef een aantal andere gevallen met de teneur: de middenklasse valt voor intramurale zorg buiten het vangnet van de Armenwet, terwijl rijkeren in staat zouden zijn om zelf voor verpleging te zorgen. Een oplossing zou geboden kunnen worden door een bijzondere verzekering, zoals die voor tuberculosezorg geboden werd: de Stichting Nederlandse Sanatorium‑Verzekering, NSV, die voor de ziekenfondsen fungeerde voor de herverzekering van tuberculoseverpleging.[[70]](#footnote-70) De NSV verzekerde 75% van de verpleging in de laagste klasse van een door de Ziekenfondsraad erkend sanatorium aan het ziekenfonds van de tuberculoselijder.[[71]](#footnote-71) De verstrekking van zorg tot volledig herstel van tuberculose was voor de verzekerde zelf 100% door het ziekenfonds gedekt.[[72]](#footnote-72)

De verzekering waar Marlet op doelde was de Stichting Onderlinge Verzekering tegen Langdurige Verpleging, de OVLV. De Friese dominee J. Luchies had in zijn standplaats Pieterburen en de omringende plaatsen gemerkt dat de behoefte aan langdurige zorg in de voor zwakzinnigen en demente bejaarden in de Friese dorpen een tragische zaak was, maar ook oorzaak was *van een groot sociaal vraagstuk was van de eerste orde dat maar al te vaak aan de aandacht is ontsnapt.*[[73]](#footnote-73) Naar analogie van de NSV wilde Luchies *een soort onderlinge verzekering tegen psychiatrische verpleging.* *Velen hebben met een familielid ook hun eigen huisje en hun spaarcentjes door de poort van de psychiatrische inrichting gebracht*.[[74]](#footnote-74)

Luchies beperkte zich niet tot een plaatselijke onderlinge verzekering, maar lobbyde bij A. Querido, hoogleraar sociale geneeskunde te Amsterdam, W. Beijerman, oud-directeur van het St.-Jorisgasthuis te Delft, J. van der Spek, voorzitter van de Nederlands Hervormde Stichting voor zenuw- en zielsziekten, bij de Vereniging van Nederlandse Reumatologen, bij de ziekenfondsen en bij de NSV zelf. De OVLV werd op 1 juli 1956 uitgebreid gelanceerd, nog zonder kapitaal en verzekerden, maar wel met een prominent bestuur dat onder andere bestond uit Querido, C.K.A.W. Blankestijn, voorzitter van de NSV, Chr. Hamer, psychiatrisch adviseur van Gelderland, P.J. Piebenga, hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op krankzinnigen, en diens voorganger J.H. Pameijer. De administratie werd gevoerd door de NSV, in de hoop dat ziekenfondsen net als de NSV voor sanatoriumverpleging de OVLV zouden inzetten voor herverzekering van langdurige geestelijke zorg. Omdat dit geen verplichte verstrekking was, overwogen ziekenfondsen dit daarom in hun aanvullingsfondsen voor vergoeding op te nemen.[[75]](#footnote-75)

Luchies en zijn bestuur benaderden de provinciale besturen in de hoop om een startkapitaal van ƒ 25.000 te verwerven.[[76]](#footnote-76) Iedere provincie zou naar rato van het aantal inwoners kunnen bijdrage. Zuid-Holland kwam als eerste met ƒ 6.250 en Friesland fourneerde ƒ 1.250[[77]](#footnote-77). Drenthe wilde ƒ 1.000 geven onder voorbehoud dat de OVLV als stichting levensvatbaar zou zijn en in het provinciaal verslag is er niet meer over gesproken.[[78]](#footnote-78) Groningen gaf een subsidie van ƒ 1.000.[[79]](#footnote-79) Utrecht kwam na veel aarzeling in 1958 met ƒ 1.000.[[80]](#footnote-80) Van subsidies van de andere provincies is niets bekend, ook niet in plaatselijke bladen en provinciale verslagen. Er werd ƒ 9.500 opgehaald, ondanks steun en lobby-acties, maar dat was niet het beoogde startkapitaal.

Desondanks stelden Luchies en zijn bestuur de OVLV op 1 juli 1957 open voor verzekerden met de nodige voorwaarden. Er waren drie doelgroepen: krank- en zwakzinnigen, rheumatische aandoeningen en aangeboren voor het zesde levensjaar gebleken aandoeningen als blindheid en doofstomheid.[[81]](#footnote-81) De maximum inschrijfleeftijd was 60 jaar. De duur van een uitkering was beperkt tot zes jaar. De verzekering moest worden aangegaan voor het hele gezin met kinderen tot 21 jaar. Kinderen van 21 jaar en ouder konden zich zelfstandig verzekeren. De jaarpremie werd gesteld op ƒ 2,70 per één gulden daguitkering, waarbij de maximaal te verzekeren daguitkering ƒ 15 was. De contributie per kind was 74 cent. De wachttijd tot aan uitkering was een jaar; de maximale uitkeringsduur was vijf jaar.

In 1959 werd de samenwerking met de NSV om onbekende redenen gestopt en bracht de OVLV de portefeuille onder bij de verzekeraar Eerste Rotterdamsche. De uitkering werd fors verlaagd van ƒ 2,70 naar ƒ 1 per jaar voor ƒ 1 daguitkering.[[82]](#footnote-82) De wachttijd werd ingekort van een jaar naar 120 dagen, omdat de meeste particuliere ziekenhuiskostenverzekeraars tot 120 dagen verpleging in een ziekenhuis vergoedden.[[83]](#footnote-83)

Ondanks alle goede bedoelingen van dominee Luchies en het bestuur werd de OVLV geen succus. De administratie is verloren gegaan. Over premieopbrengsten, uitkeringen en ledentallen is niets bekend. C.J. van Lienden, de voorzitter van de Centrale Bond van Onderlinge Ziekenfondsen, merkte in 1956 al op dat de OVLV met sympathie moest worden begroet, maar dat het dekken van het risico van langdurige verpleging langs particuliere weg uit verzekeringsoogpunt haast onmogelijk was. Beperkte risico’s als ziekenhuisverpleging waren wel te verzekeren, zoals de talrijke verenigingen voor ziekenhuisverpleging al voor de oorlog bewezen hadden.[[84]](#footnote-84) In 1966 werd verklaard dat de verzekering na tien jaar geen succes was gebleken. *Het publiek weigert de kans onder ogen te zien dat een familielid in een neurologische kliniek kan worden opgenomen, of gebrekkige kinderen zal krijgen*.[[85]](#footnote-85) *Duidelijk is gebleken dan een dergelijke verzekering alleen mogelijk is in een verplichte, algemene vorm zoals die nu wordt voorgesteld.* Ofwel: de op stapel staande AWBZ.

*Afschalen van gemeentelijke willekeur en verhaalkosten*

Vanaf 1960 kwamen er oplossingen voor de relatief willekeurige manier waarop gemeenten via de financiële verhoudingen tussen Rijk, provincies en gemeenten opdraaiden voor de kosten van de Armenwet.

De nieuwe Financiële Verhoudingswet van 1960 zorgde voor een verfijnd systeem van rijksuitkeringen aan de gemeenten met een objectieve verdeelsleutel, gebaseerd op inwonertal en grondoppervlakte.[[86]](#footnote-86) Er werd gestreefd naar een zo groot mogelijke egalisatie van de gemeentelijke voorzieningenpakketten. Dit sloot aan bij de behoefte aan een adequaat pakket voorzieningen dat voor iedere burger gelijk en toegankelijk zou moeten zijn, gefinancierd uit collectieve middelen.[[87]](#footnote-87) Dit betekende een spagaat met de Armenwet, die zorgde voor de willekeurige lasten van de zwak- en krankzinnigenverpleging en die door de gemeenten zelf moesten worden opgebracht.[[88]](#footnote-88) De mogelijkheid tot het verhalen van kosten op burgers, zoals uit de Armenwet, zou zoveel mogelijk worden beperkt.[[89]](#footnote-89) Nadelig was het verdwijnen van provinciale bijdragen aan de kosten van zwakzinnigenverpleging, maar daar zou door een gerichte uitkering per gemeente in kunnen worden voorzien.[[90]](#footnote-90) Inderdaad trokken de provincies zich uit de financiering van zwakzinnigenverpleging terug. Maar zoals uit het beheer van het Baarnse Nieuwenoord bleek, bleven de provincies wel de contracterende partners en hadden de grootste invloed bij het vaststellen van de verpleegtarieven.

De problemen met de willekeurigheid door de Armenwet en de verhaalslasten zouden voorlopig worden opgelost door door het terugdringen van verhaal en het vervangen van de Armenwet door de Algemene Bijstandswet.

Vanaf het midden van de jaren vijftig werd politiek aangedrongen op wettelijke beperking van verhaal. In 1960 werd met een wijziging van de Armenwet verhaal van steun afgeschaft die verleend werd aan bejaarden en verpleegden in inrichtingen op onderhoudsplichtigen beneden een vast te stellen inkomensgrens.[[91]](#footnote-91) Het verhaal op kleinkinderen en grootouders verviel.

Het verhaalsrecht werd verder sterk ingeperkt in de ontwerp-Algemene Bijstandswet die in 1962 werd ingediend.[[92]](#footnote-92) Verhaal kon nog worden toegepast op de nalatenschap van een betrokken persoon, bij alimentatie en bij onvoldoende nakomen van onderhoudsplicht. Het gezin werd de kern van maatschappelijke ordening, niet meer de familie. Om het wegvallen van ondersteuning van zwakzinnigen en andere mindervaliden door de vervanging van de Algemene Bijstandswet werd bij beschikking van de minister van Maatschappelijk Werk een rijksgroepsregeling voor mindervaliden, de Tijdelijke Bijstandregeling voor Mindervaliden, in het leven geroepen.[[93]](#footnote-93) De regeling zou tijdelijk zijn in afwachting van de nieuwe volksverzekering, die ook de zorg voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten zou verstrekken.[[94]](#footnote-94) De regeling betrof ook een groep, die tot dan toe geen ondersteuning had gekregen: mindervaliden beneden 65 jaar die bij alimentatieplichtigen woonden en voor de kosten van het bestaan op deze waren aangewezen.[[95]](#footnote-95)

*Tijdelijke bijstandsregelingen voor intramurale zwakzinnigen- en krankzinnigenzorg*

Bij de behandeling van de regeling in de Tweede Kamer in juli 1962 werd gevreesd dat de uit huis geplaatste kinderen, zoals de pupillen van Nieuwenoord, met hun ouders buiten de regeling zouden vallen.[[96]](#footnote-96)

PvdA-kamerlid D. Heroma-Meilink stelde: *Voor zover zij niet bij de ouders inwonen, geldt, dat zij afhankelijk blijven van de toepassing van de Armenwet; voor zover zij wel bij hun ouders inwonen, geldt het bezwaar, dat verleende ondersteuning onderhevig is gebleven aan verhaalsrecht. Deze kinderen zijn bij de recente beperking van het verhaalsrecht van twee jaar geleden overgeslagen en thans wederom. Ik begrijp, dat een en ander samenhangt en dat daarover op het ogenblik liever niet uitvoerig moet worden gesproken, omdat de te verwachten algemene bijstandwet daarvoor mogelijk een richting zal aangeven, maar ik acht mij verplicht erop te wijzen, dat de grote financiële en fysische nood van de betrokken ouders hun toch eigenlijk een moreel recht verschaft en dat — met alle respect voor het beginsel van de gezinseenheid — niettemin wegen moeten worden gezocht om aan deze nood tegemoet te komen. De ouders van deze kinderen derven veelal gezinsinkomstenvermeerdering, brengen integendeel grote financiële offers naast de geestelijke inspanning, die zij zich moeten getroosten. Deze verhoudingen liggen scheef en moeten daarom worden rechtgetrokken.*

*[….] Alleen al de groep geestelijk gehandicapten in ons land wordt geschat op tussen de 200 000 en 400 000, afhankelijk natuurlijk van de normen, die men daarbij aanlegt. Ook de groep lichamelijk gebrekkigen is zeer groot; zij maakt ongeveer 2 pct. van de bevolking uit. Tot kwantificaties uit deze beide categorieën van hen, die dringend behoefte hebben aan voorzieningen, als in de nieuwe bijstandregeling bedoeld, is nog niemand in staat geweest. Wel staat vast, dat ten gevolge van de onvoldoende financiële bijstand en tekortkomingen in aanvullende voorzieningen velen onnodig in verpleeg- en verzorgingsinrichtingen moeten verblijven, hetgeen omgekeerde resultaten geeft van hetgeen wij met deze wet beogen.*

Zij kreeg hierbij steun van de KVP-er J. Zwanikken. *Wel hebben wij in toenemende mate mogen meemaken, dat gemeentebesturen aan deze groep aandacht hebben geschonken, maar dat is altijd nog in de sfeer van de Armenwet, dat is altijd nog in de sfeer van de gunst, en de grote verdienste van deze regeling is, dat weer Minister Klompé deze groep uit de sfeer van de gunst haalt en een stuk sociaal recht hier brengt.*

Minister M.A.M. Klompé van Maatschappelijk Werk gaf beiden gelijk. Maar de opeenvolging van de vervanging van de Armenwet door de Algemene Bijstandswet en de, toen vermoedelijke, AWBZ vereiste beleidsmatig jongleren. De vraag was of de tijdelijke regeling behoorde tot haar domein of het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Er was afgesproken dat bijstandsregelingen met een tijdelijk karakter niet onder het ministerie van Sociale Zaken zouden ressorteren. Maar de uitkering aan de besproken groep zou door het ministerie van Maatschappelijk Werk worden gegarandeerd. Als de uitkering lager zou uitvallen dan de uitkering volgens de Armenwet, dan zou deze uit de Armenwet weer worden aangevuld.

Toch was dit voor sommige Tweede Kamerleden niet voldoende. *Voor wat het aspect van de rechtsplicht der overheid betreft wezen deze leden erop dat zij voorkeur zouden willen geven aan een afzonderlijke wettelijke regeling, waarin ten aanzien van een aantal groepen en categorieën niet alleen deze rechtsplicht van de overheid doch, verdergaand, een individuele rechtsaanspraak der betrokkenen zou kunnen worden vastgelegd*.[[97]](#footnote-97)

Dit gold bijvoorbeeld voor aanspraken voor intramurale zwakzinnigen- en krankzinnigenzorg. *Dit is huns inziens mogelijk omdat voor de door hen beoogde categorieën de bijstand niet als een complementaire beschouwd dient te worden met dat „finale" karakter, dat typisch geldt voor wat men zou kunnen noemen de restgroep der bijstandbehoevenden. Men zou - anders gezegd - kunnen stellen dat voor deze categorieën de bijstand niet primair als complementair is te beschouwen, doch eerder als een tussenland tussen bijstand en sociale verzekering, hetgeen dus een afzonderlijke wettelijke regeling rechtvaardigt.*

De AWBZ was wel in behandeling, maar zekerheid over aanvaarding door de Eerste en Tweede Kamer was er nog niet. *Zij merkten hierbij op dat juist het zijn van sluitstuk op het stelsel van sociale zekerheid beleidsbeslissingen vraagt, welke, bij het bieden van financiële bijstand in risico's, die door het individu op eigen kracht niet kunnen worden gedragen, veelal moeilijk te rijmen zijn met een subjectief recht op bijstand.*

Het bleef een complex onderwerp dat in 1963 nog niet opgelost leek.[[98]](#footnote-98) Gemeenten klaagden in 1962 en 1963 steen en been dat de problemen in de zwakzinnigenzorg door gebrek aan opnamemogelijkheden hen boven het hoofd groeiden.[[99]](#footnote-99) Meer geld en meer bouwvolume was dringend in de vorm van een *Nationaal Plan*.

*Naar zwakzinnigenzorg als AWBZ-verstrekking*

Bij de kabinetsformatie van 1963 werd een *volksverzekering zware geneeskundige risico’s*, AWZ,opgenomen in het regeerakkoord. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid G.M.J. Veldkamp vroeg in 1964 hierbij om advies aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, De Ziekenfondsraad en de Sociaal-Economische Raad.[[100]](#footnote-100)

De Centrale Raad stelde dat de verzekering opname voor dag en nacht in erkende inrichtingen moest verstrekken aan ieder voor wie, ongeacht de diagnose, opneming in een dergelijke inrichting geïndiceerd was.[[101]](#footnote-101) In de in 1964 aangenomen Ziekenfondswet werd bepaald dat opname in verpleeg- en ziekenhuizen voor maximaal één jaar werd verstrekt.[[102]](#footnote-102) Daarna zou deze verstrekking worden overgenomen door de AWZ. Dat betekende echter een *horizontale grens* tussen beide verzekeringen, waarbij de ziekenfondsen de opname van zintuigelijk en geestelijk gehandicapte *onvolwassenen* voor het eerste jaar in hun pakket zouden moeten opnemen. Deze knip in de financiering van deze intramurale zorg werd administratief en sociaal als onwenselijk beschouwd.[[103]](#footnote-103)

De Raad adviseerde daarom een *verticale terreinverkaveling* tussen beide verzekeringen: de ziekenfondsverzekering zou verzekerden voor onbepaalde tijd opname in algemene en categorale ziekenhuizen verstrekken, terwijl de AWZ opname voor onbepaalde tijd in verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor visueel en auditief gehandicapte onvolwassenen zou bieden. De adviezen van de Ziekenfondsraad en de Sociaal-Economische Raad sloten hierop aan.[[104]](#footnote-104)

Volgens de Volksgezondheidsnota 1966 waren er in 1965 40 volgens de Krankzinnigenwet erkende inrichtingen en tehuizen voor zwakzinnigen, 4 inrichtingen voor dubbel-gehandicapten en 10 huizen voor dieper zwakzinnigen.[[105]](#footnote-105) 137 instellingen leverden intamurale zorg voor zwakzinnigen, maar zonder erkenning. Zij stonden wel onder toezicht van de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Dankzij opgaves door de gemeenten van de aantallen uit de Tijdelijke Bijstandsregelingen voor intramurale Zwakzinnigen- en Krankzinnigenzorg was het mogelijk om voor 1965 een nauwkeurige kostenraming op te stellen.[[106]](#footnote-106) Op 30 juni 1965 waren er 12.652 verpleegden, waarvoor de kosten per jaar ƒ 71.758.000 bedroegen.

Dit was echter tijdelijk: *Reeds spoedig zal de verpleging van lichamelijk zieke en geestelijk gestoorde bejaarden alsmede de verpleging van geestelijk gehandicapten aanmerkelijk grotere sommen gaan vergen. Daarentegen zullen de kosten aanvankelijk beneden de vermelde raming blijven, indien een deel van de bestaande inrichtingen niet voor erkenning in aanmerking blijkt te komen.*

Bij het aantal plaatsen in zwakzinnigeninrichting zou rekening moeten worden gehouden de stijging van de gemiddelde levensduur van de *opnemingsbehoeftigen*, die in 1965 op 40 lag.[[107]](#footnote-107) Het aantal opnemingsbehoeftigen was 0,3% van de pasgeborenen, hetgeen neerkwam op 700 per jaargroep. Er werd uitgegaan van een opnameleeftijd van vier jaar, waardoor in de toekomst een behoefte zou ontstaan aan 25.000 bedden. Het aantal krachtens de Krankzinnigenwet erkende bedden was 10.943, terwijl er nog 5.500 zwakzinnigen werden verpleegd in psychiatrische inrichtingen. Erkenning volgens de Krankzinnigenwet betekende ook erkenning voor de AWBZ.[[108]](#footnote-108)

PvdA-Kamerlid Th.J.M. van Lier vond het een goede ontwikkeling dat er een rechtvaardig en soepel erkenningenbeleid werd gevoerd om uitsluitend de Krankzinnigenwet als leidraad te nemen.[[109]](#footnote-109) Hiermee werd het kaf van de vergunningloze instellingen van het koren der erkende instellingen als Nieuwenoord gescheiden. In juni 1968 waren de laatste erkenningen door de Ziekenfondsraad verleend: 63 instellingen met 14.304 bedden.[[110]](#footnote-110) Als ouders hun kind in een niet-erkende inrichting lieten opnemen kon in het uiterste geval een vergoeding uit de Algemene Bijstandswet worden toegekend, maar dan dook het oude spook van verhaal weer op.[[111]](#footnote-111)

De D66- en VVD-Kamerleden E. Nypels en Th. W. Rietkerk waren bang voor de aanzuigende werking van de AWBZ, met name door de verstrekking van zwakzinnigen- en verpleeghuiszorg.[[112]](#footnote-112) Staatsscretaris van Volksgezondheid R.J.H. Kruisinga dacht dat het in het begin hiermee niet zo’n vaart zou lopen. Door de wachtlijsten en de grote nood onder deze chronisch zieken vond hij een mogelijke aanzuigende werking niet zo relevant. Doordat met name de zwakzinnigenzorg als intramurale zorg het experimentele stadium al jaren geleden had doorlopen, zag hij verspilling niet optreden. *Men moet zich er wel van bewust zijn dat de stijging van de kosten van gezondheid de prijs is, die wij moeten betalen voor de verbetering van het lichamelijk en geestelijk welbevinden van de bevolking.* En, voor instellingen als Nieuwenoord van belang: *Bovendien heeft er een achterstand bestaan in de beloning van met name religieuzen en diaconessen.* Wel verwachtte de staatssecretaris dat door de werking van de AWBZ de gehele zorg kwalitatief zou verbeteren en de voorzieningen intensief zouden worden gebruikt.[[113]](#footnote-113)

Kruisinga stelde dat de overheid door middel van de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, het COZ, goede instrumenten voor kostenbeheersing in handen had. Het COZ was op grond van de Wet Ziekenhuistarieven uit 1965 bevoegd tot goedkeuring van aanpassingen van ziekenhuistarieven.[[114]](#footnote-114) De staatssecretaris wilde de bevoegdheden van het COZ uitbreiden tot tot de tarieven van zwakzinnigen- en andere inrichtingen en verpleeghuizen.[[115]](#footnote-115) Hier haddden de provincies mee ingestemd.[[116]](#footnote-116) Kruisinga stelde wel dat de behoeftebepaling aan bedden voor zwakzinnigen nog in de kinderschoenen stond, maar dat er hard gewerkt werd aan de realisatie van 7.000 erkende bedden.[[117]](#footnote-117)

Op 1 januari 1968 werd de verpleging en verzorging van zwakzinnigen, lichamelijk gehandicapte kinderen en zintuigelijke gehandicapte kinderen een AWBZ-verstrekking.[[118]](#footnote-118) Deze bood recht op opname en verblijf in een erkende inrichting met genees- en heelkundige behandeling met verzorging na afgifte van een indicatie. Tevens werd geregeld dat de verzekerde bij het bepalen van de keuze van zijn inrichting niet beperkt was tot de instellingen in zijn woonplaats of directe omgeving. Het aantal inrichtingen was te beperkt en te ongelijk over het land verspreid. Daarnaast moest de verzekerde de mogelijkheid worden geboden een inrichting te kiezen in een plaats waar familiebezoek mogelijk was, waardoor de familieband zo hecht mogelijk kon blijven.

De invoering van de AWBZ-verzekering had een tot op heden nog onderschatte unificatie tot gevolg. Waar voorheen chronisch zieken, lichamelijk en geestelijk gehandicapten via de Armenwet, private betalingen en filantropie intramurale zorg kregen, werd dit een landelijk verzekerd en voor iedere ingezetene uniform recht. Doordat zwakzinnigenzorg nu volledig uit de AWBZ werd gefinancierd, was er geen sprake meer van verhaal als relict van de Armenwet. [[119]](#footnote-119) Eigen bijdragen konden op basis van landelijke regelgeving wel worden opgelegd, maar familieleden hoefden niet meer krom te liggen voor verpleging van hun kinderen of verwanten.[[120]](#footnote-120) Voor 1968-1969 was het opleggen van eigen bijdragen nog giswerk.[[121]](#footnote-121) De Onderlinge Verzekering tegen Langdurige Verpleging van dominee Luchies werd in 1968 opgeheven.[[122]](#footnote-122)

*Nieuwe financiering volgens de Wet Ziekenhuistarieven*

De Wet Ziekenhuistarieven, WZT, werd de kaderwetgeving voor tariefstelling, waarvoor nu niet meer de provincies verantwoordelijk waren, maar het COZ.[[123]](#footnote-123) Het COZ, opgericht in 1961, was een overlegorgaan van ziekenhuis-, ziekenfonds- en ziektekostenorganisaties voor de richtlijnen voor verpleegtarieven in ziekenhuizen.[[124]](#footnote-124)

Het COZ kreeg op 25 mei 1965 wettelijke erkenning met de vankrachtwording van de Wet Ziekenhuistarieven. Het was een corporatieve privaatrechtelijke instelling met publiekrechtelijke taken.[[125]](#footnote-125) De WZT liet als raamwet de tariefvorming over aan de maatschappelijke partijen, maar gaf de overheid het recht om door repressief toezicht verantwoorde tarieven op te dragen.

Het COZ bemoeide zich uitsluitend met intramurale tarieven, tot 1968 beperkt tot ziekenhuistarieven. De door het maatschappelijk middenveld gevoerde tariefbeleid bleek voor de ziekenhuisverpleging een succes. De dwingende hand van de overheid leek overbodig. De belangenorganisaties van ziekenhuis-, ziekenfonds- en ziektenkostenverzekeraarsorganisaties konden als corporatie zelf tot een voor verzekering en zorg aanvaardbaar tarief komen. Deze partijen waren in 1968 bereid om nieuwe sectoren in het COZ-verband op te nemen, maar wel met handhaving van de pariteit van de ziektekostenverzekeraars.[[126]](#footnote-126)

Deze pariteit kon blijven bestaan door de organisatie van het COZ. Het COZ bestond uit twee delen: het bestuur met daaraan verbonden het dagelijks bestuur met de *Kamers* en het bureau. In de bestuursorganen zaten naast de vertegenwoordigers van instellingen en verzekeraars ook deskundigen. De laatsten werden in het paritair samengesteld orgaan vooral gekozen om hun reputatie buiten de gezondheidszorg. De vertegenwoordigers van de sectoren overlegden in de Kamers. De zwakzinnigenzorg zat met de psychiatrische zorg en inrichtingen voor zintuigelijk gehandicapten vanaf januari 1969 in Kamer 2.[[127]](#footnote-127)

Het COZ was succesvol met het berekenen en opleggen van bindende tarieven voor instellingen, in jargon de *Tarieven Aanvaardbare Kosten* of *Takjes.* Dit gold ook voor het dagtarief voor verpleging in Nieuwenoord, dat voor het eerst in 1969 door het COZ op ƒ 41,70 werd vastgesteld.[[128]](#footnote-128) Met ingang van 1 oktober 1969 werd het verhoogd tot ƒ 43,20 in verband met loonstijgingen. Het dagverpleegtarief voor 1968 werd nog in overleg door de provincies Utrecht, Noord- en Zuid-Holland vastgesteld, die als laatste zuurtje het door Nieuwenoord aangevraagde tarief van ƒ 40,30 verlaagden tot ƒ 37.[[129]](#footnote-129) D.J. Wagner, directeur van het COZ, kwam zijn vriend A.J.H. Bartels, voormalig staatssecretaris en voorzitter van het bestuur van Nieuwenoord, hierin tegemoet door toe te staan dat het batig exploitatiesaldo niet verrekend hoefde te worden met eventuele verliezen, maar gebruikt kon worden voor achterstallig onderhoud.[[130]](#footnote-130) Of het COZ ruimhartiger zou blijven met de tarieven dan de provincies moest nog blijken.

Het COZ kon bindende tarieven voor intramurale zorg opstellen en speelde op die manier een instrumentele rol bij de kostenbeteugeling in de zorg. De deskundigen in het bestuur en het bureau waren zich vanaf 1968 wel bewust van de sociaal-economische gevolgen van de expansieve groei als gevolg van de AWBZ.[[131]](#footnote-131) Maar het COZ kon geen invloed uitoefenen op het snel stijgende volume van zorg en de zorgvraag.[[132]](#footnote-132) Het beheersen daarvan werd gezien als overheidstaak en daar was staatssecretaris Kruisinga van bewust. Hoewel hij de beginperiode van de AWBZ als groeifase beschouwde, hoopte hij vanaf 1971 met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen de intramurale sector te binden aan een vergunningenstelsel voor nieuwbouw en investeringen.[[133]](#footnote-133) Dit zou ook gelden voor de zwakzinnigenzorg.[[134]](#footnote-134)

De Algemene Maatregel van Bestuur van 12 januari 1968 breidde de werkingssfeer van artikel 2 van de WZT uit tot zwakzinnigeninrichtingen, inrichtingen voor zintuigelijk gehandicapten en, vanaf 1 april 1968, tot psychatrische en verpleeginrichtingen.[[135]](#footnote-135) Door de financiële ruimte uit de AWBZ konden de kosten voor zwakzinnigenzorg fors stijgen: van ƒ 170,9 miljoen in 1968 tot ƒ 209,5 miljoen in 1969.[[136]](#footnote-136) De investeringen in inrichtingen stegen van ƒ 11 miljoen in 1966 tot ƒ 47 miljoen in 1968.[[137]](#footnote-137) Op 1 juli 1968 was er voor 28 projectontwerpen en voor 16 nieuwbouwprojecten goedkeuring verleend. [[138]](#footnote-138) Het bouwvolume voor de inrichtingen zou vanaf 1971 inderdaad worden gereguleerd door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.[[139]](#footnote-139)

De tariefreguliering liep via het COZ. De financiering van intramurale zorg als AWBZ-verstrekking werd bij Algemene maatregel van Bestuur geregeld op 12 januari 1968.[[140]](#footnote-140) Er werd een centraal betaalkantoor aangewezen voor de landelijke administratie van de betalingen aan inrichtingen en personen krachtens verstrekking van AWBZ-zorg: De Stichting Centraal Administratie Kantoor AWBZ, CAK. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars die verantwoordelijk waren voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden kozen in onderling gemeentelijke en regionaal overleg en met goedkeuring van de Ziekenfondsraad een ziekenfonds dat optrad als verbindingskantoor tussen de instellingen en personen aan wie betalingen verschuldigd waren en het CAK. Nieuwenoord kreeg in 1968 financiering van het CAK, hoewel het verpleegtarief nog door de provincies was vastgesteld.[[141]](#footnote-141)

Dit systeem had verschillende voordelen[[142]](#footnote-142): instellingen hoefden niet meer, zoals in het verleden, met provincies en gemeentes te onderhandelen over verschillende tarieven, maar inden via het CAK hun declaraties met de door het COZ vastgestelde tarieven. Dankzij de verbindingskantoren hoefde het CAK niet met de talrijke ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars voor individuele verzekerden declaraties te innen en werd het aantal administratieve contacten zoveel mogelijk teruggebracht. De regionale decentralisatie door verbindingskantoren bood wel de mogelijk voor instellingen om hun werkzaamheden in regionaal overleg met ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars uit te voeren.

Het belangrijkste netwerk van het bestuur van Nieuwenoord in de provincie Utrecht betrof vanaf 1968 de verbindingskantoren van de ziekenfondsen Amersfoort en Omstreken, Zeist en Omstreken en Voorzorg en Hulp bij Ziekte in de stad Utrecht.[[143]](#footnote-143) De Utrechtse fondsen Ziekenzorg, Liduina en Voorzorg en Hulp bij Ziekte werkten sinds 1957 al samen in de Stichting Samenwerkende Ziekenfondsen Utrecht, de SSZU, voor gemeenschappelijke declaratieverwerking en met intra- en extramurale zorgaanbieders in de Regionale Commissie van Toezicht voor tarieven, bemiddeling, contractering en overleg.[[144]](#footnote-144) Vanaf 1968 participeerde ook Nieuwenoord in dit overleg.

*Nieuwenoord, de AWBZ en professionalisering van de financiële administratie*

Nieuwenoord beleefde in de periode 1960-1962 een gematigde groei.[[145]](#footnote-145) Het aantal verpleegdagen steeg van 1960-1962 van 84661 tot 119534. De door de provincies toegestane tarieven voor deze jaren waren ƒ 8,75, ƒ 9,80 en ƒ 10,75. De omzet steeg van ƒ 740.783,75 in 1960 tot ƒ 1.284.990,50 in 1962.

De verslagen over de periode 1963-1965 ontbreken. Voor de periode 1966-1975 is de reeks jaarrekeningen compleet en blijken de gevolgen van de invoering van de AWBZ, tariefregulering door het COZ en de betaling door het CAK. Het accountantskantoor Cartigny en Breukel gaf bij de jaarrekening van 1967 adviezen om de financiële administratie door professionalisering geschikt te maken voor de op handen zijnde veranderingen.[[146]](#footnote-146)

De exploitatie zou gebaseerd moeten worden op taakstellende begrotingen *voor de verantwoordelijkheidscentra der inrichting*, waardoor de interne controle kon worden verbeterd. Tot dan toe was men daar niet in geslaagd. Door het voortdurend moeten onderhandelen met de op bezuinigingen aansturende provincies over het verpleegtarief was het voor het bestuur tot dan toe onmogelijk geweest om taakstellende begrotingen op te stellen.

Er moest een door het bestuur goedgekeurd plan voor de grote investeringen op de lange termijn worden vastgesteld. Voor kleinere investeringen voor de diverse afdelingen kon een limitatieve begroting op jaarbasis worden gebruikt. Door duidelijke liquiditeitsbegrotingen kon een voor de AWBZ geschikte zelfstandige financiële exploitatie worden gevoerd.

Inderdaad werden de aanbevelingen overgenomen. Het afschrijvingenbeleid werd van natte vingerwerk in 1969 veranderd in afschrijving op aanschafbasis volgens de richtlijnen van het COZ.[[147]](#footnote-147) In 1968 was dit nog niet mogelijk doordat de provincies nog onderhandelden over de verpleegtarieven. De boekwaarde van de grond van Nieuwenoord en de waarde van opstallen en inventarissen, of vastgelegde middelen, werden opnieuw getaxeerd. In januari 1969 werd de boekwaarde nog geschat op ƒ 2.464.792,73 en in de balans van 31 december opgenomen voor ƒ 2.750.000. De waarde van de vastgelegde middelen werd gesteld op ƒ 15.182.199. De financiering door het CAK verliep in 1968 nog met kinderziektes. Op 31 december was er een vordering op het CAK van ƒ 35.459 wegens achterstallige verpleeggelden.[[148]](#footnote-148)

In 1969, het eerste jaar waarin het COZ de verpleegtarieven vaststelde, werden eindelijk stabiele tarieven overeengekomen zonder dat bezuinigd moest worden op inventaris, voedsel of personele lasten zoals dat zo vaak door de provincies was gëeist.[[149]](#footnote-149) De in augustus 1969 aangestelde nieuwe directeur van Nieuwenoord, C.F.W.H. van den Muijsenbergh , was een jurist en een vaardig netwerker en had goede relaties met bestuursvoorzitter Bartels en COZ-dircteur Wagner.

Het COZ stelde voor Nieuwenoord de verpleegprijs in januari op ƒ 41,70, het eerste *Takje* of *Tarief aanvaardbare kosten,* en vanaf 1 oktober op ƒ 43,20. Deze verhoging bestond uit een permanente toeslag van ƒ 0,50 voor 2% loonsverhoging vanaf 1 januari 1969 en een tijdelijke toeslag tot 1 juni 1970 van ƒ 1 voor:

* Een extra compensatie van de genoemde 2% over de maanden januari tot en met september
* Een compensatie voor de duurtetoeslag per 1 juli 1969
* Een compensatie voor de kosten van de trenduitkering 1969

De intramurale zwakzinnigenzorg emancipeerde van een bijzonder gefinancierde niche in de zorg vanaf 1968 tot een reguliere instutie waarbij als gevolg van de Wtz *niet te zien valt dat het proces van de relatieve koersstijging binnen afzienbare termijn een min of meer natuurlijk einde zal vinden.*[[150]](#footnote-150)Het tarief voor Nieuwenoord steeg van ƒ 48,90 in 1970 tot ƒ 82,75 in 1972.[[151]](#footnote-151) Het aantal verpleegdagen bleef in de periode 1966-1972 met ±275.000 redelijk constant, maar de omzet steeg van ƒ 3.296.957 in 1966 tot ƒ 9.267.648 in 1972.

De grootste stijger waren de personeelskosten: van ƒ 2.012.001 tot ƒ 6.092.880. In 1970 namen deze met ƒ 1.003.400 toe door stevige uitbreidiging van de verpleegsector, salarisverhogingen en de verplichte overgang naar het pensioenfonds PGGM.[[152]](#footnote-152) Per verpleegdag bedroegen de personeelskosten ƒ 34,33 of 66,5% van de verpleegprijs tegenover ƒ 26,34 of 63,2% in 1969. Deze stijging was ƒ 80.300 hoger dan was begroot.

De voedingskosten waren in 1970 met ƒ 604.069,71 aan uitgaven ƒ 228.000 hoger dan de oorspronkelijke schatting van ƒ 375.300. Hierbij was nog een besparing van ƒ 60.000 ingecalculeerd, omdat in het vervolg de warme maaltijden van de tegenover gelegen instelling Emeroord werden betrokken. Als oorzaken werden een hoger gebruik van vlees, vleeswaren, vis en visconserven gegeven. Het aandeel van voedsel in de kosten per verpleegdag steeg van ƒ 2,66 in 1969 tot ƒ 4,30 in het tweede half jaar van 1970.

Ondanks de snelle stijging van de verpleegtarieven werd 1970 afgesloten met het grootste tekort in de Nieuwenoordse geschiedenis van ƒ 50.098,56. De begroting van 1970 werd met ƒ 346.000 overschreden, maar door hogere inkomsten en doorberekeningen bleef het tekort beperkt.

Van den Muijsenbergh overlegde in november 1971 met Bartels en Wagner bij het COZ over compensatie.[[153]](#footnote-153) Er gold vanaf 1 juli tot 31 december 1971 een toeslag van ƒ 2 met een overheveling van de verpleeggelden voor 1971 naar de exploitatierekening van voorgaande jaren. Tijdens de jaren 1966-1969 was er een overschot van ƒ 168.485 gegroeid, zodat de exploitatie in 1970 geen negatieve gevolgen had voor de reserves. Het eigen vermogen bedroeg op 31 december 1971 ƒ 2.235.371,56.

De jaarrekening van 1971 leverde een groter nadelig saldo op. Dit zou eigenlijk ƒ 89.993,31 zijn.[[154]](#footnote-154) De oorzaak werd vooral gezocht in gestegen personeelskosten met 5,9%, waarvoor het COZ in juli toestond om het verpleegtarief met ƒ 5,50 te verhogen. Door sanering van balanswaarden als verschuldigde rente, aanpassing van afschrijvingen en afboeking van afgedankte objecten als een waterzuivering werd het tekort echter gesteld op ƒ 252.748,50.

Van den Muijsenbergh noteerde in de jaarrekening dat *het COZ bereid zal zijn – ter voorkoming van vermogensintering – voor dit verlies dekking te geven in de vorm van een tijdelijke toeslag.* En dat leverde voor het COZ geen probleem op: voor 1972 en 1973 werd een toeslag van ƒ 1 per verpleegdag toegestaan.[[155]](#footnote-155)

Vanaf 1972 waren er exploitatieoverschotten. Het overschot over 1972 van ƒ 57.359 werd in overleg met het COZ gebruikt voor versnelde afbouw van het nadelig saldo van 1971, zodat de tijdelijke toeslag van ƒ 1 per 1 juli 1973 kon vervallen. Het resultaat van 1972 was positief door een groter aantal verpleegdagen dan begroot: 128.457 in plaats van 126.000. In 1972 werd op verzoek van het COZ in verband met grootschalige nieuwbouw een nieuwe taxatie gemaakt van opstallen en inventarissen. Volgens het rapport was de waarde ƒ 23.665.000, een stijging ten opzichte van 1969 met ƒ 8.482.801.[[156]](#footnote-156)

Het overschot van 1973, ƒ 184.977, was mogelijk door een groter aantal verpleegdagen dan begroot, openstaande vacatures en een onverwacht rentevoordeel *als gevolg van de gunstige liquiditeitspositie gekombineerd met een aktief optreden op de geldmarkt en een hoge rentestand.*[[157]](#footnote-157)In overleg met het COZ werd, gezien de hoogte van het batig saldo, besloten om geen aanspraak te maken op een compensatie van ƒ 99.500 voor algemene maatregelen voor 1973. Het restant van ƒ 85.477 werd toegevoegd aan de reserves. Voor 1974 was er een overschot van ƒ 366.878, dat te danken was aan dezelfde oorzaken als in 1973. Het exploitatieoverschot over 1975 was ƒ 89.984, door onderschrijdingen op personeelskosten, voeding en afschrijvingen en werd evenals in de vorige jaren toegevoegd aan de reserves.[[158]](#footnote-158)

De verpleegprijs steeg in de periode 1969-1973 van ƒ 41,70 tot ƒ 88,70: een verhoging van ƒ 62. Van 1973 tot 1975 was de stijging minder: van ƒ 88,70 tot ƒ 111, ofwel een toename van ƒ 22,30. De overschotten over deze laatste periode waren, naast de stijging van de verpleegprijs, te danken aan toename van de bezettingsgraad: van 128.457 verpleegdagen in 1972 tot 137.356 in 1975.

Nieuwenoord had sinds 1969 door de erkenning voor de AWBZ, de richtlijnen en verpleegtarieven van het COZ en door het management van directeur Van den Muijsenbergh een gezonde exploitatie. Grootschalige nieuwbouw bood in 1976 extra woonruimte met ontmoetingsruimte voor 60 pupillen, kosten ƒ 4.000.000. De financiering hiervan was tijdens de bouw met toestemming van het COZ gebeurd met kasgeldleningen, die werden geconsolideerd in een onderhandse lening, waarvoor de contracterende provincies zoals in het verleden zich garant stelden.[[159]](#footnote-159)

*Conclusies*

Nieuwenoord had zich in twintig jaar tijd van een door de Zusters van de Kleine Joseph opgezette inrichting voor zwakzinnigenzorg in 1975 ontwikkeld tot een modern functionerende instelling. Nieuwenoord is in dit essay gebruikt als casus voor de financiering van een bijzonder deel van de geestelijke gezondheidszorg.in de periode 1955-1975.

Tot 1964 sloot de financiering en exploitatie aan bij negentiende eeuwse systemen: de Krankzinnigenwet en de Armenwet met een bepalende rol voor de contracterende provincies en de op grond van de Armenwet betalende gemeentes en het verhaalsrecht. Dit stond een efficiënte financiële administratieve exploitatie in de weg. Zoals uit de casus Nieuwenoord blijkt hadden de contracterende provincies de leiding in de onderhandelingen over de verpleegtarieven en moest de begroting daarop worden aangepast. En het zorgde voor een ingewikkelde administratie voor de instelling.

In 1903 bestond al behoefte om deze wijze van financieren te hervormen, onder meer door de onevenredige druk op vele gemeentes en de last van verhaal op de familie van de opgenomen zwakzinnigen. De verplichte ziekenfondsverzekering volgens het Ziekenfondsenbesluit uit 1941, werd niet als oplossing gezien voor de verzekering van langdurige zorg. De Stichting Onderlinge Verzekering tegen Langdurige Verpleging uit 1956 was een particulier initiatief dat probeerde de kosten van verhaal te mitigeren, maar bleek geen oplossing te bieden ondanks de propaganda.

De Wet kosten krankzinnigenverpleging, ontwikkeld door de commissie-Oud in 1955, was nog niet gebaseerd op sociale verzekering, maar op gemengde financiering door gemeenten, rijksoverheid en provincies. De concept-wet haalde het niet, maar de behoefte aan een verbetering van de financiële verhoudingen tussen de drie bestuurslagen was groot.

Dit resulteerde in de de Financiële Verhoudingenwet 1960 voor een nieuwe stelsel van rijksuitkeringen aan de gemeenten. Doel was een zo groot mogelijke egalisatie van de gemeentelijke voorzieningenpakketten en behoefte aan een adequaat pakket voorzieningen dat voor iedere burger gelijk en toegankelijk zou moeten zijn, gefinancierd uit collectieve middelen. Dit leverde spanning op met de Armenwet, die zorgde voor de willekeurige lasten van de zwakzinnigen- en krankzinnigenverpleging en die in combinatie met het verhaalsrecht door de gemeenten zelf moesten worden opgebracht. Zoals uit het beheer van het Baarnse Nieuwenoord bleek, trokken de provincies zich terug uit hun subsidierol. Zij bleven wel de contracterende partners en hadden de grootste invloed bij het vaststellen van de verpleegtarieven.

In 1960 werd met de wijziging van de Armenwet verhaal van steun afgeschaft die verleend werd aan bejaarden en verpleegden in inrichtingen op onderhoudsplichtigen beneden een vast te stellen inkomensgrens.

Het verhaalsrecht werd verder sterk ingeperkt in de ontwerp-Algemene Bijstandswet die in 1962 werd ingediend ter vervanging van de Armenwet. Om het wegvallen van ondersteuning van zwakzinnigen en andere mindervaliden door de vervanging van de Algemene Bijstandswet werd bij beschikking van de minister van Maatschappelijk Werk een rijksgroepsregeling voor mindervaliden, de Tijdelijke Bijstandregeling voor Mindervaliden, in het leven geroepen. Dit in afwachting van de in behandeling zijnde volksverzekering voor langdurige zorg, de latere AWBZ. Dit was de eerste stap in de afbouw van het een eeuw oude financieringssysteem voor zwakzinnigenzorg.

De tweede stap was op 1 januari 1968 doordat de verpleging en verzorging van zwakzinnigen, lichamelijk gehandicapte kinderen en zintuigelijke gehandicapte kinderen erkend werd als AWBZ-verstrekking. Nieuwenoord werd als inrichting erkend en dat betekende dat de contracterende provincies hun rol als bepalers van het verpleegtarief verloren. Vanaf 1 januari 1968 werden de declaraties van Nieuwenoord betaald door het Centraal Administratie Kantoor, CAK, en de dagtarieven voor verpleging werden vastgesteld in overleg met en door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven.

Dit betekende voor Nieuwenoord dat de voortdurende door de provincies opgelegde bezuinigingen veranderden in een forse stijging van de verpleegtarieven van ƒ 41,70 in 1969 tot ƒ 111,95. De financiële organisatie en exploitatie werden geprofessionaliseerd en aangepast aan de eisen van het COZ. De exploitatie zou gebaseerd moeten worden op taakstellende begrotingen voor de verantwoordelijkheidscentra der inrichting, waardoor de interne controle kon worden verbeterd. Er kwam een deugdelijke planning voor de investeringen op de lange en korte en lange termijn. Exploitatietekorten konden in overleg met het COZ worden gedekt. De financiering van nieuwbouw werd ook in overleg met het COZ geregeld, maar de contracterende provincies bleven zich nog garant stellen.

Deze snelle verbeteringen waren niet alleen mogelijk door de AWBZ-erkenning en de nieuwe financiering. Twee sociale aspecten speelden hierbij: de secularisatie en de vernieuwde bestuursstructuur. Hierbij werkte vanaf augustus 1969 de nieuwe directeur Van den Muijsenbergh samen met bestuursvoorzitter Bartels, voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid, en met Wagner, de directeur van het COZ. Dit netwerk was naast de institutionele veranderingen mede bepalend voor de modernisering van Nieuwenoord.

1. Archief Nieuwenoord (hierna AN), Kort verslag over 1955 betreffende de Kath. Zwakzinnigeninrichting “Nieuwenoord”, te Baarn*.* [↑](#footnote-ref-1)
2. G. Dorren, *Met de minsten der Mijnen. Geschiedenis van de Kleine Zusters van de H. Joseph* (Hilversum 2013) 23. [↑](#footnote-ref-2)
3. Idem, 334. [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://groenegraf.blogspot.com/2014/06/>, ingezien op 14 maart 2024. [↑](#footnote-ref-4)
5. AN, Overeenkomst tussen Gedeputeerde Staten van Utrecht en de Mgr. Savelbergh-stichting, 9 augustus 1955.

   Idem, Brief van Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland aan het bestuur van Huize Nieuwenoord te Baarn, 16 augustus 1955. [↑](#footnote-ref-5)
6. AN, Brief van de Mgr. Savelbergh-stichting aan de provinciale griffie van Zuid-Holland, 11 september 1956. [↑](#footnote-ref-6)
7. A.H.M. Kerkhoff, W.P.M. Dols (hierna Kerkhoff, Dols) , ‘De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Debatten en ontwikkelingen tot 1987’, in K.P. Companje (red.), *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006* (Amsterdam 2008) 741-744. [↑](#footnote-ref-7)
8. AN, Brief van overste Christeta aan het hoofd van de orde in Heerlen, 8 februari 1955, en Kort verslag over 1956. [↑](#footnote-ref-8)
9. AN, Kort verslag over 1955. [↑](#footnote-ref-9)
10. AN, Brief van het Provinciaal Bestuur van Utrecht aan het bestuur van de Mgr. Savelbergh-Stichting, 17 maart 1958. [↑](#footnote-ref-10)
11. AN, Brief van overste Christeta aan het Provinciaal Bestuur van Utrecht, 14 april 1958. [↑](#footnote-ref-11)
12. AN, Overeenkomsten tussen Gedeputeerde Staten van Utrecht, mede namens GS van Hoord-Holland en Zuid-Holland, gesloten voor het opneming en verpleging van Rooms-Katholieke armlastige zwakzinnigen in de inrichting “Huize Nieuwenoord” te Baarn, 9 augustus 1955 en 26 oktober 1959. [↑](#footnote-ref-12)
13. AN, Kort verslag over 1956. [↑](#footnote-ref-13)
14. AN, Overeenkomst tussen Gedeputeerde Staten van Utrecht en de Mgr. Savelbergh-stichting voor het opnemen van armlastige zwakzinnigen in Nieuwenoord, 23 augustus 1955. [↑](#footnote-ref-14)
15. AN, Jaarverslag 1967 “Nieuwenoord” Katholiek Ziekenhuis voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten. [↑](#footnote-ref-15)
16. AN, verslagen over 1956 en 1957. [↑](#footnote-ref-16)
17. AN, Kort verslag van de bespreking betreffende de bouwplannen, welke op woensdag 7 november 1957 plaats had in “Nieuwenoord” te Baarn. [↑](#footnote-ref-17)
18. AN, Brief van het Provinciaal Bestuur van Zuid-Holland aan het bestuur van de Savelberg-stichting over de verpleegprijs in 1958, 24 maart 1958. [↑](#footnote-ref-18)
19. AN, Brief aan de Provinciale Besturen van Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht, 1 oktober 1958. [↑](#footnote-ref-19)
20. AN, Verslag over 1959, Brief van het Provinciaal Bestuur van Zuid-Holland, 19 januari 1959, en Verslag van een telefoongesprek, gevoerd op 19 juni 1957 tussen het bestuur van de Savelberg-stichting en de Provinciale Griffie van Noord-Holland. [↑](#footnote-ref-20)
21. AN, Brief van het Provinciaal Bestuur van Zuid-Holland namens de twee andere Besturen aan het bestur van de Savelberg-stichting, 7 november 1960. [↑](#footnote-ref-21)
22. AN, Brief van overste Christeta aan het Provinciaal Bestuur van Utrecht, 14 april 1958. [↑](#footnote-ref-22)
23. AN, Brief van het Provinciaal Bestuur van Utrecht aan het bestuur van de Savelberg-stichting, 16 juni 1958. [↑](#footnote-ref-23)
24. AN, Verslag 1960-1962, en Correspondentie tussen Gedeputeerde Staten van Utrecht en het bestuur van de Mgr. Savelbergh‑Stichting over garantstelling voor een hypothecaire lening van ƒ 1.250.000 voor uitbreiding van Nieuwenoord, met instemming van GS van Noord- en Zuid-Holland en de ministeries van Financiën en Binnenlandse Zaken, 1957-1959. [↑](#footnote-ref-24)
25. AN, Brief van de het bestuur van de Savelberg-stichting aan de Provinciale Besturen van Utrecht, Noord- en Zuid-Holland, 31 mei 1957. [↑](#footnote-ref-25)
26. AN, Brief van de Savelberg-stichting aan de Provinciale Besturen, 15 december 1957. [↑](#footnote-ref-26)
27. AN, Brieven van de Provinciale Bestuur van Noord-Holland aan het bestuur van de Savelberg-stichting, 25 maart 1959. [↑](#footnote-ref-27)
28. AN, Brief met begroting van accountantskantoor Cartigny aan het bestuur van de Savelbergstichting, 28 juli 1961. [↑](#footnote-ref-28)
29. AN, Verslagen over 1960, 1961 en 1962, en Brief van het Provinciaal Bestuur van Noord-Holland aan het bestuur van de Savelberg-stichting, 20 februari 1963. [↑](#footnote-ref-29)
30. AN, Brief van het Provinciaal Bestuur van Noord-Holland aan de Mgr. Savelberg-stichting, 26 januari 1962. [↑](#footnote-ref-30)
31. C.T. Bakker (hierna Bakker), *Geld voor GGZ: de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk 1884-1984* (dissertatie; Amsterdam 2009) 35-36, en TK 1883-1884; Handelingen van 7 maart 1884. [↑](#footnote-ref-31)
32. H. Oosterhuis, M. Gijswijt-Hofstra (hierna Oosterhuis, Gijswijt-Hofstra), *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland 1870-2005* (Amsterdam 2008), 88. [↑](#footnote-ref-32)
33. Bakker, 41. [↑](#footnote-ref-33)
34. AN, Brief van de in Nieuwenoord ingetrokken zusters aan de Moeder Overste van de orde, 8 februari 1955. [↑](#footnote-ref-34)
35. Oosterhuis, Gijswijt-Hofstra, 93, en <https://www.canonsociaalwerk.eu/uit/details_verwant.php?cps=2&verwant=221>, ingezien op 24 maart 2024. [↑](#footnote-ref-35)
36. F. Claeys, L. Vanovenacker, *“Da’s ene van achter de kerk zeker?” Een historisch pedagogisch onderzoek naar het opvoedingsproject voor meisjes in het medisch-pedagogisch instituut Sint-Benedictus te Lokeren (1921-1970)* (masterthese; Gent 2011) 11-12. [↑](#footnote-ref-36)
37. Oosterhuis, Gijswijt-Hofstra, 93. [↑](#footnote-ref-37)
38. Oosterhuis, Gijswijt-Hofstra, 95, en H.F. van der Velden, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941* (dissertatie; Rotterdam 1993) 34-35. [↑](#footnote-ref-38)
39. TK 1912-1913; 282 no. 4; Verslag over de verrichtingen aangaande het Armbestuur over 1912; Verslag, derde afdeling; brief van het ministerie van Binnenlandse Zaken betreffende uitvoering van de Armenwet, 19 juli 1912. Zie ook J.R. Snoeck Henkemans, *De Armenwet in de praktijk. Beknopt overzicht van den inhoud en der algemene maatregelen van bestuur, tot hare uitvoering. Geschriften van de Nederlandsche Vereeniging voor Armenzorg en Weldadigheid te Amsterdam XIII* (Haarlem 1912) 66. [↑](#footnote-ref-39)
40. TK 1953-1954; 3339 3; Wijziging der Armenwet; Memorie van Toelichting, en P.J. Oud, N.A. Nap (hierna Oud, Nap) *Rapport betreffende financiering van de kosten van verpleging van arme krankzinnigen. Uitgebracht door de commissie inzake herstel van de financiële zelfstandigheid van Gemeenten en Provinciën* (Den Haag 1955) 26-27. [↑](#footnote-ref-40)
41. TK 1962-1963; 6796 no. 9; Nieuwe regelen betreffende de verlening van bijstand; verslag van een mondeling overleg, 19 maart 1963, TK 1962-1963; Handelingen van 2 april 1963, 3914-3944, en TK 1963-1963; 6796 no. 5; Memorie van antwoord, 6. [↑](#footnote-ref-41)
42. Bakker, 52-53, AN, Financieringsregeling verpleegkosten, en AN, Overeenkomsten opname katholieke armlastige zwakzinnigen, 1955-1959. [↑](#footnote-ref-42)
43. Bijvoorbeeld in de administratie van Nieuwenoord in 1955 tien patiënten uit de gemeente Alkmaar, waarvan vier voor rekening van Maatschappelijk Hulpbetoon. [↑](#footnote-ref-43)
44. Bakker, 52. [↑](#footnote-ref-44)
45. EK 1958-1959; 5300 10; Eindverslag van de Commissie van Rapporteurs voor het vaststellen van de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 12. [↑](#footnote-ref-45)
46. L. van der Valk (hierna Van der Valk), *Van pauperzorg tot bestaanszekerheid. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de armenzorg in Nederland tegen de achtergrond van de overgang naar de Algemene Bijstandswet, 1912-1965* (Amsterdam 1986) 79, en Bakker, 54-55. [↑](#footnote-ref-46)
47. A. de Regt, ‘Onderhoudsplicht en verhaal van steun 1912-1965, in: *Sociologisch tijdschrift* (hierna De Regt)3(1985)406. [↑](#footnote-ref-47)
48. De Regt, 409-410. [↑](#footnote-ref-48)
49. Van der Valk, 80-81, [↑](#footnote-ref-49)
50. Idem, 220-221, en Kerkhoff, Dols, 710-711. [↑](#footnote-ref-50)
51. TK 1954-1955; 3339 6; Wijziging der Armenwet; memorie van antwoord, 30 maart 1955. [↑](#footnote-ref-51)
52. EK 1954-1955; 3339 207; Voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs over wijziging van de Armenwet, 25 juli 1955. [↑](#footnote-ref-52)
53. Kerkhoff, Dols, 719-721. Voorbeelden zijn het Plan Blanksma uit 1951, een rapport van de Wiardi Beckman Stichting uit 1942 en het *Wenkend perspectief* van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen en de Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen. [↑](#footnote-ref-53)
54. TK 1954-1955; 3339 6; 6-8. [↑](#footnote-ref-54)
55. J. Verduyn, ‘Ziekenfondsverzekering geesteszieken’ (hierna Verduyn), in: *Economisch Statistische Berichten*, 16september 1959, 739-741. [↑](#footnote-ref-55)
56. Oud, Nap, 22-23. [↑](#footnote-ref-56)
57. Oud, Nap, 30. [↑](#footnote-ref-57)
58. Oud, Nap, 4-5. [↑](#footnote-ref-58)
59. Oud, Nap, 16-18. [↑](#footnote-ref-59)
60. TK 1953-1954; 3339 3; Wijziging Armenwet; Memorie van Toelichting, 4-5. [↑](#footnote-ref-60)
61. TK 1954-1955; 3339 6; Wijziging Armenwet; Memorie van Antwoord, 5. [↑](#footnote-ref-61)
62. Bakker, 300, en EK 1960-1961; 5472 99; Voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs voort het ontwerp-Financiële Verhoudingswet, 12 mei 1961. [↑](#footnote-ref-62)
63. TK 1961-1962; 6808 4; Regeling van de ziekenfondsverzekering; Bijlagen van de memorie van toelichting, 14. [↑](#footnote-ref-63)
64. Beschikking ziekenhuisverpleging verplicht-verzekerden, 24 december 1954/19886. [↑](#footnote-ref-64)
65. Verduyn, 741. [↑](#footnote-ref-65)
66. Brief van het Secretarissen-Overleg van de Federatie Verenigde Maatschappij Ziekenfondsen aan de Ziekenfondsraad, 20 januari 1960. [↑](#footnote-ref-66)
67. Collectie KHZ, Verslag van de vergadering van de Raad van Beheer van de Stichting Samenwerkende Instelling Gezondheidszorg, 3 februari 1960. Het ging hierbij om de *kneusjesverzekering*. [↑](#footnote-ref-67)
68. TK 1961-1962; 6796 3; Algemene Bijstandswet; Memorie van Toeliching, 11-12 e.v. [↑](#footnote-ref-68)
69. J.J.C. Marlet, ‘Verzekering tegen de kosten van langdurige psychiatrische verpleging, in: *De Tijd*, 14 december 1954. [↑](#footnote-ref-69)
70. J. Hoogenboom, H.J.F. Keers (Hierna Hoogenboom, Keers), *Het ziekenfondswezen. Deel I* (Rotterdam 1948), 100. De NSV was de enige verzekeraar die in 1948 erkenning kreeg volgens het Ziekenfondsenbesluit, zonder zelf zorg te leveren. [↑](#footnote-ref-70)
71. TK 1961-1962; 6808 4; Regeling van de ziekenfondsverzekering; Bijlagen van de memorie van toelichting, 16. [↑](#footnote-ref-71)
72. Hoogenboom, Keers, 50, en ‘Stichting Nederlandse Sanatorium-Verzekering’ in: *NTvG*, 27 november 1958, 1931. [↑](#footnote-ref-72)
73. ‘Ds. Luchies nam het initiatief. Verzekering tegen langdurige ziekte per 1 juli mogelijk’, in: *De Friese Koerier*, 26 maart 1956. [↑](#footnote-ref-73)
74. ‘Resultaat Friese dominee. Verzekering tegen de kosten van langdurige verpleging mogelijk’, in: *Het Parool*, 27 maart 1956. [↑](#footnote-ref-74)
75. ‘Initatief Friese dominee beloond. Nieuwe verzekering bij langdurige ziekte’, in: *Het Binnenhof*, 28 maart 1956. [↑](#footnote-ref-75)
76. ‘Provincie verleent bijdrage in startkapitaal O.V.L.V.’ , in: *De Friese Koerier,* 18 maart 1956. [↑](#footnote-ref-76)
77. *Leeuwarder Courant*, 23 maart 1956. [↑](#footnote-ref-77)
78. Brief van de Provinciale Staten van Drenthe aan het bestuur van de OVLV, 21 november 1956. [↑](#footnote-ref-78)
79. *Nieuwsblad van het Noorden*, 12 mei 1956. Tegelijkertijd werd een verzoek van de Federatie van Verpleeginrichtingen voor langdurige ziekten afgewezen. [↑](#footnote-ref-79)
80. Besluit van de Staten van de Provincie Utrecht 2333/1891 van 8 september 1958. [↑](#footnote-ref-80)
81. ‘Verzekering tegen langdurige zorg mogelijk’, in: *Algemeen Handelsblad*, 15 december 1956, *Het Binnenhof,*  12 december 1956, en ‘Verzekering tegen kosten van langdurige verpleging, in: *Het Vrije Volk,*15 december 1956. [↑](#footnote-ref-81)
82. ‘De verpleging van langdurig zieken’, in: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 17 februari 1959. [↑](#footnote-ref-82)
83. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 10 april 1959. [↑](#footnote-ref-83)
84. ‘Voorzitter CBOZ bepleit: “Verplichte verzekering voor allen met inkomen beneden bepaald bedrag”. Premieheffing naar draagkracht’, in: *Het Parool*, 12 juli 1956, en K.P. Companje, D. Rigter, ‘Ontwerp der wet regelende de ziekenverzorging’, of de spanning tussen overheidsfinanciën en volksgezondheid, 1918-1941’, in: K.P. Companje (red), *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 455-457, en ‘Het miljoen overschreden’, in: *Correspondentieblad der Federatie van Vereenigingen voor Ziekenhuisverpleging* 10(1940)74-78. [↑](#footnote-ref-84)
85. ‘Centraal fonds voor financiering zware risico’s. Nieuwigheden in wetsontwerp’, in: *Algemeen Dagblad*, 11 februari 1966. [↑](#footnote-ref-85)
86. Bakker, 300, en A.J.E. Havermans, (hierna Havermans) *Artikel 12-gemeenten. De werking van de Financiële Verhoudingswet 1960 onderzocht vanuit de toepassing van Artikel 12 van die wet* (Dissertatie; Nijmegen 1984) 48-50. [↑](#footnote-ref-86)
87. EK 1960-1961; 5472 99a; Financiële Verhoudingswet 1960; Eindverslag van de commissie van rapporteurs voor het ontwerp-“Financiële Verhoudingswet 1960; 8. [↑](#footnote-ref-87)
88. TK 1959; 5472 5; Financiële Verhoudingswet 1959; voorlopig verslag, 6. [↑](#footnote-ref-88)
89. TK 1959-1960; 5472 6; Financiële Verhoudingswet 1959; Memorie van antwoord, 15, 26. [↑](#footnote-ref-89)
90. EK 1960-1961; 5472 89; Financiële Verhoudingswet 1960; voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs voor het ontwerp-“Financiële Verhoudingswet 1960”, 6-7, en Havermans, 38. [↑](#footnote-ref-90)
91. De Regt, 432-433. [↑](#footnote-ref-91)
92. TK 1961-1962; 6796 1-2; Algemene Bijstandwet; Koninklijke Boodschap en ontwerp van wet; 4. [↑](#footnote-ref-92)
93. Beschikking van 14 april 1962, nr. U49550 afd. B.M.Z., in: *Staatscourant* 85. [↑](#footnote-ref-93)
94. TK 1962-1963; Handelingen van 31 oktober 1962, C 3043. [↑](#footnote-ref-94)
95. TK 1961-1962; 6737 5; Tijdelijke Bijstandregeling voor Mindervaliden; Nota naar aanleiding van het verslag, 22. [↑](#footnote-ref-95)
96. TK 1961-1962; Handelingen van 5 juli 1962, 3984-3989. [↑](#footnote-ref-96)
97. TK 1962-1963; 6967 4; Algemene Bijstandwet; voorlopig verslag 1-2, en idem, 6967 9, verslag van het mondeling overleg, 9. [↑](#footnote-ref-97)
98. TK 1962-1963; Handelingen van 2 april 1963, 3935-3942. [↑](#footnote-ref-98)
99. TK 1962-1963; Handelingen van 21 november 1962, 3212 [↑](#footnote-ref-99)
100. TK 1964-1965; 8457 3; Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico’s; Memorie van toelichting, 3. [↑](#footnote-ref-100)
101. Idem, 4. [↑](#footnote-ref-101)
102. K.P. Companje, ‘Verzekering van zorg 1943-2007: gezondheidszorg of sociale zekerheid?’, in: K.P. Companje (red.), *Tussen volksverzekering en vrije markt,* 573-575. [↑](#footnote-ref-102)
103. TK 1964-1965; 8457 3; Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico’s; Memorie van toelichting, 4. [↑](#footnote-ref-103)
104. Idem, 13. [↑](#footnote-ref-104)
105. TK 1965-1966; 8462 1; Volksgezondheidsnota 1966, 49, 264-265. [↑](#footnote-ref-105)
106. TK 1967-1968; 8457 19; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, 5. [↑](#footnote-ref-106)
107. TK 1965-1966; 8462 1; Volksgezondheidsnota 1966, 157, TK 1967-1968; 9300 XV 2; Begroting voor Sociale Zaken en Volksgezondheid; Memorie van toelichting, 33-34. [↑](#footnote-ref-107)
108. EK 1967-1968; 8457 28a; Eindverslag van de Commissie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de ontwerpwet AWBZ. [↑](#footnote-ref-108)
109. TK 1967-1968; Handelingen van 24 oktober 1967, 261-262. [↑](#footnote-ref-109)
110. TK 1967-1968; 9530 3; Uitvoering AWBZ; verslag van een mondeling overleg, 3 augustus 1968, 2-3. [↑](#footnote-ref-110)
111. TK 1968-1969; Aanhangsel tot het verslag de Handelingen van de Tweede Kamer, 977. [↑](#footnote-ref-111)
112. TK 1967-1968; Handelingen van 24 oktober 1967, 302-303. [↑](#footnote-ref-112)
113. TK 1968-1969; 9800 XVI 2; Begroting van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk; memorie van toelichting, 23. [↑](#footnote-ref-113)
114. H. Festen, ‘Het ontstaan van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven’, in: L.J. de Wolff (eindredactie), *De prijs voor gezondheid. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965-1982* (Baarn 1984) 43-45. [↑](#footnote-ref-114)
115. TK 1967-1968; Handelingen van 24 oktober 1967, 303. [↑](#footnote-ref-115)
116. TK 1967-1968; 8457 21; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; verslag van een mondeling overleg na het eindverslag. [↑](#footnote-ref-116)
117. TK 1967-1968; Handelingen van 24 oktober 1967, 306. [↑](#footnote-ref-117)
118. EK 1967-1968; 8457 28; Voorlopig verslag van de commissie van rapporteurs omtrent de AWBZ, 4, ‘Besluit van 12 januari 1968, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 6, tweede lid van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering) in: *Staatsblad* *11* (1968) 37. [↑](#footnote-ref-118)
119. TK 1967-1968; 8457 22; AWBZ; Brief van 20 oktober 1967. [↑](#footnote-ref-119)
120. ‘Besluit van 9 mei 1968, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in attikel 6, tweede en derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekosten), in: *Staatsblad* 239 (1968) 559-601, [↑](#footnote-ref-120)
121. Companje e.a., *Vijtig jaar kostenbeheersingsbeleid. Deel I*, 26. [↑](#footnote-ref-121)
122. <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl/bronarchief/data.html>, ingezien op 9 mei 2024. [↑](#footnote-ref-122)
123. D.J. Wagner, ‘Werkingssfeer Wet Ziekenhuistarieven en COZ’, in: De Wolff (eindredactie),  *De prijs voor gezondheid,* 240. [↑](#footnote-ref-123)
124. K.P. Companje, ‘Het Ziekenfondsenbesluit en de verzekering van zorg’, in: Companje, *Tussen volksverzekering en vrije markt*, 682-684. [↑](#footnote-ref-124)
125. L.J. de Wolff, ‘Tussen corporatisme en etatisme’, in: De Wolff (eindredactie), 222-223. [↑](#footnote-ref-125)
126. H. ter Heide, ‘Ervaringen met het COZ als ordeningsmodel’, De Wolff (eindredactie),  *De prijs voor gezondheid,* 47-49, 61, D.J. Wagner, ‘Werkingssfeer Wet Ziekenhuistarieven en COZ, in: Idem 240-241, en EK 1967-1968; 8457 28a; AWBZ; Eindverslag van de commissies voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, 5-6. [↑](#footnote-ref-126)
127. Nationaal archief nr. 2.17.27, *Inventaris van de archieven van het College Tarieven Gezondheidszorg, College Toezicht Zorgverzekeringen en rechtsvoorgangers, 1965-2006*, (Hierna NA, nr. 2.17.27) (Den Haag 2012) 20. [↑](#footnote-ref-127)
128. AN, Jaarverslag over 1969, 1. [↑](#footnote-ref-128)
129. Idem, 1, 4. [↑](#footnote-ref-129)
130. Idem, 2. [↑](#footnote-ref-130)
131. Ter Heide, ‘Ervaringen met het COZ als ordeningsmodel’, 58-59. [↑](#footnote-ref-131)
132. EK 1967-1968; Handelingen van 12 december 1967, 203. [↑](#footnote-ref-132)
133. Companje e.a., *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I*, 28. [↑](#footnote-ref-133)
134. TK 1969-1970; 9717 5; Wet Ziekenhuisbouw; memorie van antwoord, 4. [↑](#footnote-ref-134)
135. ‘Besluit van 12 januari 1968, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur tot uitbreiding van de Wet Ziekenhuistarieven, in: *Staatsblad* 14, 1968, en NA, nr. 2.17.27, 10. [↑](#footnote-ref-135)
136. TK 1968-1969; 9800 XV 19; Begroting voor het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; antwoorden op de vragen ter voorbereiding van de openbare commissievergadering, 1. [↑](#footnote-ref-136)
137. TK 1968-1969; Handelingen van 14 november 1968, U18, Idem; 9800 XV 2; Begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid; Memorie van toelichting, 40. [↑](#footnote-ref-137)
138. TK 1967-1968; 9717 3; Wet Ziekenhuisbouw; memorie van toelichting, 1. [↑](#footnote-ref-138)
139. Companje e.a., *Vijtig jaar kostenbeheersingsbeleid. Deel I*, 30. [↑](#footnote-ref-139)
140. ‘Besluit van 12 januari 1968, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit regeling administratie verstrekkingen Bijzondere Ziektekostenverzekering), in: *Staatsblad* 13 (1968) 41. [↑](#footnote-ref-140)
141. AN, jaarverslag over 1968, 2. [↑](#footnote-ref-141)
142. Idem, 42, en K.P. Companje, *Over artsen en verzekeraars. Een historische studie naar de factoren die de relatie ziekenfondsen-artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed* (dissertatie; Utrecht 1997) 351-352. [↑](#footnote-ref-142)
143. Toelichting, gegeven tijdens een personeelsvoorlichting over de AWBZ bij het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland in januari 1989. [↑](#footnote-ref-143)
144. Companje, *Over artsen en verzekeraars*, 436-437. [↑](#footnote-ref-144)
145. AN, Verslag over de jaren 1960,1961 en 1962. [↑](#footnote-ref-145)
146. AN, Jaarverslag 1967. [↑](#footnote-ref-146)
147. AN, Jaarverslag 1969. [↑](#footnote-ref-147)
148. AN, Jaarverslagen 1968 en 1969. [↑](#footnote-ref-148)
149. AN, Verslag over de jaren 1960,1961 en 1962 en 1968. [↑](#footnote-ref-149)
150. Ter Heide, ‘Ervaringen met het COZ als ordeningsmodel’, 58, en TK 1967-1968; 9300 XV 2; Begroting van sociale zaken en volksgezondheid 1968, 33, 34 e.v. [↑](#footnote-ref-150)
151. AN, Jaarverslagen 1970-1972. [↑](#footnote-ref-151)
152. AN, Jaarverslag 1970. [↑](#footnote-ref-152)
153. AN, Jaarverslag 1971. [↑](#footnote-ref-153)
154. Idem. [↑](#footnote-ref-154)
155. AN, Jaarverslag 1972. [↑](#footnote-ref-155)
156. AN, Jaarverslag 1973. [↑](#footnote-ref-156)
157. AN, Jaarverslag 1973. [↑](#footnote-ref-157)
158. AN, Jaarverslag 1975. [↑](#footnote-ref-158)
159. Idem. [↑](#footnote-ref-159)