

Organisatie van de gezondheidszorg

Een overzicht van het Nederlandse
zorgstelsel

J.M.D. Boot

5e, herziene druk 2021

2021 >g uitgeverij
koninklijke van gorcum

© 2021 Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 882

ISBN 978 90 232 5694 6

ISBN e-book 978 90 232 5695 3

1e druk 2007

2e, herziene druk 2010

3e, herziene druk 2015

4e, herziene druk 2018

5e, herziene druk 2021

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagontwerp: Elbert Niezen

Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen

Druk: Drukkerij Van Gorcum, Raalte



Inhoud

Voorwoord VIII

Inleiding IX

- 1 Ziekte en gezondheid 2**
 - 1.1 Definities, benaderingen en modellen 3
 - 1.2 Gezondheid en ziekte in Nederland 11
- 2 Beroepen in de gezondheidszorg 22**
 - 2.1 Professies en beroepsorganisaties 23
 - 2.2 Artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen 29
 - 2.3 Psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en creatief therapeuten 32
 - 2.4 Paramedische beroepen 35
 - 2.5 Verpleegkundigen, verzorgenden en assisterenden 42
- 3 Indeling en ordening van zorgvoorzieningen 50**
 - 3.1 Sectoren van gezondheidszorg 53
 - 3.1.1 De sector cure 53
 - 3.1.2 De sector care 54
 - 3.1.3 De sector geestelijke gezondheidszorg 55
 - 3.1.4 De sector maatschappelijke zorg 58
 - 3.2 E-health 59
 - 3.3 Eerstelijnsgezondheidszorg 60
 - 3.3.1 Monodisciplinaire praktijken en apotheken 63
 - 3.3.2 Gezondheidscentra en zorggroepen 69
 - 3.3.3 Thuiszorg en algemeen maatschappelijk werk 74
 - 3.4 Tweedelijnsgezondheidszorg 75
 - 3.4.1 Algemene ziekenhuizen 76
 - 3.4.2 Psychiatrische ziekenhuizen 80
 - 3.4.3 Verpleeghuizen en verzorgingshuizen 85
 - 3.4.4 Woon-zorgcomplexen (wozoco's) 89
 - 3.4.5 Gehandicaptenzorg 89

- 3.5 Zorg in samenhang en samenwerking 93
 - 3.5.1 Geïntegreerde eerstelijnszorg 97
 - 3.5.2 Keten zorg en zorgketens 101
 - 3.5.3 Extramuralisering en vermaatschappelijking 107
- 4 Preventie en publieke gezondheidszorg 114**
 - 4.1 Preventie in de gezondheidszorg 115
 - 4.2 Uitvoering en organisatie van preventie 121
 - 4.2.1 Nationale en lokale overheid 122
 - 4.2.2 Preventie in de curatieve zorg 132
 - 4.2.3 Preventie in de geestelijke gezondheidszorg 133
 - 4.3 Publieke gezondheidszorg 134
 - 4.4 Nationaal en lokaal gezondheidsbeleid 147
- 5 Marktwerving, financiering en bekostiging van zorg 162**
 - 5.1 Marktwerving in de gezondheidszorg: gereguleerde concurrentie 163
 - 5.2 Nederlandse Zorgautoriteit en Autoriteit Consument & Markt 167
 - 5.3 Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg (WLZ) 171
 - 5.4 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) 2006 en 2015 en Jeugdwet (2015) 178
 - 5.5 Kostenbeheersing 188
- 6 Patiëntenorganisaties en patiëntenrechten 200**
 - 6.1 Patiëntenorganisaties 202
 - 6.2 Patiëntenrechten in wetgeving 209
 - 6.2.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 210
 - 6.2.2 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ) 212
 - 6.2.3 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ 1996/WMCZ 2018) 212
 - 6.2.4 Wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) en vervolgwetgeving 216
 - 6.2.5 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ), Wet zorg en dwang en Wet forensische zorg 218
 - 6.2.6 Wet op de orgaandonatie (WOD) 220
 - 6.2.7 Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMWO) 222
 - 6.2.8 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL, Euthanasiewet) 223
- 7 Kwaliteit van zorg en gezondheidszorg 228**
 - 7.1 Kwaliteit in de gezondheidszorg 229
 - 7.2 Kwaliteitsbevordering 234

7.3	Kwaliteitswetgeving	237
7.3.1	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	240
7.3.2	Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) → Wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg (WKKGZ, 2016)	244
7.4	Kwaliteitszorg en prestaties	254
7.5	Gezondheidszorg en prestaties	257
8	Bedrijfsgezondheidszorg	268
8.1	Arbodiensten	269
8.2	Arbeidsomstandigheden (Arbo)	271
8.3	Arbowet (Arbeidsomstandighedenwet)	274
8.4	Arbeidsomstandigheden en milieu	277
8.5	Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties: integraal gezondheidsmanagement	280
	Lijst van afkortingen in de gezondheidszorg	289
	Register	295

Voorwoord

Dit boek beoogt een samenhangend overzicht te geven van de vele facetten organisatie en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. Het mag dan ook beschouwd worden als een inleiding in de gezondheidszorg. Het is bedoeld als een handzaam naslag- en studiewerkje, waarvoor naarstig specifieke boeken en websites benut zijn. Wie meer wil weten of meer de diepte in wil, kan gebruik maken van die boeken en sites. Ze staan vermeld aan het einde van elk hoofdstuk.

Organisatie van de gezondheidszorg kan in zijn geheel gebruikt worden als studieboek. Tegelijk is elk hoofdstuk zo geschreven dat het ook onafhankelijk van de rest van het boek bestudeerd kan worden. Steeds is gebruik gemaakt van zogeheten boxen, waarin per box een onderwerp in de tekst wordt toegelicht of uitgediept.

In deze vijfde druk zijn de ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg van de afgelopen jaren verwerkt en de meest recente cijfers opgenomen. Daarmee is deze herziene uitgave wederom zichtbaar omvangrijker geworden.

Jan Maarten Boot

Januari 2021

Inleiding

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden hoe langer hoe meer geconfronteerd met structuren waarin ze moeten functioneren, regelingen waaraan ze zich moeten houden en partijen waarmee ze moeten overleggen en tot overeenstemming dienen te komen. Zo moeten zij bijvoorbeeld werken in ketens, voldoen aan de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en contracten met concurrerende verzekeraars afsluiten. In een instelling moeten ze marktgericht werken, voldoen aan prestatie-indicatoren en met patiënten/cliëntenvertegenwoordigers rond de tafel. De organisatie van de gezondheidszorg is complex en veeleisend.

Ook voor de patiënt, of misschien is het in dit kader beter om te spreken van een cliënt, is het vaak ingewikkeld. Hij moet kiezen voor zijn behandelaar, zijn ziekenhuis en zijn zorgverzekeraar. Hij moet zijn partijtje meeblazen in patiëntenorganisaties en in vertegenwoordigende organen in zorginstellingen. Hij moet zijn rechten kennen en weten welke wegen te bewandelen als er iets misgaat. Enzovoort.

Kortom, de organisatie van de gezondheidszorg dringt zich onverbidlijk op aan zowel beroepsbeoefenaar als patiënt/cliënt. Om daarin volwaardig en met succes en voldoening te werken of daarvan gebruik te maken, moet die organisatie wel gekend en voorzien worden. Dit boek wil daarvoor de kennis en het inzicht bieden.

Het uitgangspunt van dit handboek is dat 'organisatie van de gezondheidszorg' niet het doel, maar een middel is. Hoofdstuk 1 gaat daarom over gezondheid en ziekte en over de factoren die daarop invloed uitoefenen. Wat is gezondheid eigenlijk en hoe gaan we om met ziekte?

Steeds meer kennis over gezondheid en ziekte spreidt zich over een steeds groter aantal beroepsgroepen. Deze vormen het fundament van de gezondheidszorg en worden dan ook als eerste beschreven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 komt de structuur van de gezondheidszorg aan bod. In dat hoofdstuk worden vele voorzieningen van gezondheidszorg geordend en ingedeeld, zodat er overzicht komt in een complex geheel. In dat overzicht ontbreekt nog de preventie, omdat deze in de gezondheidszorg een aparte, maar hoe langer hoe belangrijker plaats inneemt. Gezondheid en niet ziekte wordt maatschappelijk en politiek het oriëntatiepunt en dat komt in het relatief uitvoerige hoofdstuk 4 tot uitdrukking.

Hoofdstuk 5 gaat over geld, het onvermijdelijke smeermiddel van de gezondheidszorg. Daaraan zijn altijd grenzen gesteld, want gezondheidszorg is ook een kostenpost van de BV Nederland. Over die kosten, maar vooral over de financiering van de zorg, over de verdeling van het geld en dus over marktwerking gaat hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 komen de patiënten/cliënten aan bod om wie het allemaal draait, of beter gezegd moet draaien in de gezondheidszorg. Hier worden zij beschreven wat hun plaats in de 'georganiseerde' gezondheidszorg betreft, dus als patiënten/consumentenorganisatie en op basis van de patiënten/cliëntenwetgeving.

Daarmee is het raamwerk van de gezondheidszorg wel neergezet. Maar met beroepsbeoefenaren, zorgvoorzieningen en structuren, geld en een positie voor de patiënt/cliënt mag er dan een organisatie van de gezondheidszorg zijn, maar werkt en presteert die organisatie ook? Hoeveel worden we er 'beter' van? Dat is het onderwerp van kwaliteit van de gezondheidszorg, dat in hoofdstuk 7 behandeld wordt. Daarmee is de organisatie van de gezondheidszorg afgesloten voor zover deze valt onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er is echter nog een tak van de gezondheidszorg die voor heel veel mensen van betekenis is: de bedrijfsgezondheidszorg. Deze valt onder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Met hoofdstuk 8 over bedrijfsgezondheidszorg is het overzicht van de organisatie van de gezondheidszorg compleet.

Ziekte en gezondheid

De gezondheidszorg is er om ziekte te bestrijden of, anders gezegd, om gezondheid te herstellen. Maar wat is 'ziek' en 'gezond'? Voor de inrichting van onze gezondheidszorg en de inzet van daarin werkzame artsen, paramedici, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals is dat niet onbelangrijk. Ziekte en gezondheid is immers hun werkterrein. Ook de kwantitatieve vraag is daarbij van belang: hoe staat het met ziekte en gezondheid in Nederland? De vergrijzing in Nederland brengt andere ziektepatronen en gezondheidsopgaven en vraagt daarmee een andere inzet en organisatie van zorg. Alvorens dan ook in hoofdstuk 2 de beroepsgroepen in onze gezondheidszorg te beschrijven en de opbouw van onze gezondheidszorg in hoofdstuk 3, wordt in dit eerste hoofdstuk ingegaan op gezondheid en ziekte als zodanig (paragraaf 1.1) en vervolgens in Nederland (paragraaf 1.2).

1.1 Definities, benaderingen en modellen

Ziekte kan omschreven worden als een medisch-biologische afwijking. Ziekte is dan de aanwezigheid van een ontsteking, een virus of handicap. Het onderscheid met gezondheid is dan medisch, objectief vast te stellen. Voor geestelijke gezondheid gaat dat niet op, omdat het in dat geval gaat om afwijkingen in het normale functioneren van mensen. En voor normaal functioneren is er geen objectieve maatstaf (box 1.1).

Box 1.1

Psychiatrische diagnostiek

Voor geestesziekten bestaat geen ziekte-indeling zoals in de somatische geneeskunde, die gebaseerd is op een oorzaak of onderliggend mechanisme. De psychiatrie hanteert een ziekte-indeling van psychische stoornissen die uitgaat van een groep van symptomen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). DSM is de internationale standaard in de psychodiagnostiek. Zo krijgen patiënten met vergelijkbare symptomen een vergelijkbare diagnose, zoals psychose, neurose, depressie of schizofrenie. Zij kunnen dan behandeld worden met methoden die bij een vergelijkbare groep mensen onderzocht zijn en die daarbij werkten. Daar tegenover staat de opvatting patiënten gedetailleerd en uitgebreid te observeren, en de sociale, culturele en persoonlijke context in kaart te brengen als de kern van psychiatrische diagnostiek.

In opkomst is de biologische psychiatrie, die de oorzaak van psychiatrische ziekten in de hersenen zoekt, dus als medisch-biologisch. Desalniettemin manifesteert geestesziekte zich ten principale in ander gedrag, waardoor aan de hand van psychiatrische diagnoses gedragingen van een medisch etiket kunnen worden voorzien, de zogenoemde *medicalisering*. ADHD is een diagnose van gedrag, dat daarmee als 'stoornis' ook behandelbaar is in de gezondheidszorg. 'Verward gedrag' is in ieder geval geen 'stoornis'. 'Verwardheid' is niet hetzelfde als het hebben van een psychische aandoening. Wanneer mensen vanwege persoonlijke omstandigheden of gebeurtenissen emotioneel, boos, eenzaam, angstig, onder invloed, wanhopig, zenuwachtig of ontredderd zijn, kan dat worden opgevat als verward gedrag. Een psychische aandoening kan een oorzaak zijn van 'verward gedrag', maar is dat in verreweg de meeste gevallen niet.

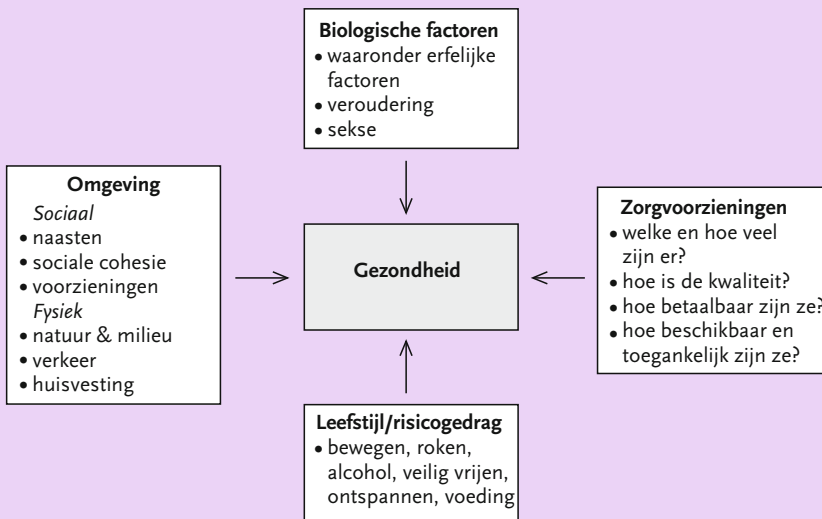
Bron: Hof, S. van 't, B. Verhoeff, De dsm is niet meer weg te denken; dsm5 en de toekomst van de psychiatrische diagnostiek, in: *MGV*, 65 (2010), nr. 12, p. 961-973; Verheule, S., *Diagnosis and the DSM: A Critical Review*, Palgrave Macmillan, 2014, London; Boot, J.M.D., *Inleiding in de medische sociologie*, Van Gorcum, Assen, 2001 (zevende, geheel herziene druk), p. 119-123 en p. 182-223. Hoof, F. van, *Waarom we moeten stoppen met de term 'verwarde personen'*, bericht 13 juli 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.

Gezondheid en ziekte hebben niet alleen een biologische basis maar worden ook beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving. Hoe en waar mensen leven is minstens zo belangrijk voor gezondheid en ziekte als biologische factoren. Denk aan gedragsfactoren als voeding en beweging, en milieufactoren als lucht en straling. Die factoren kunnen wel aangepakt worden, maar niet in de zin van medische behandeling, of zelfs in het geheel niet binnen de gezondheidszorg.

Tegenover het medisch-biologische ziektemodel staat zo het *determinantenmodel* van gezondheid (box 1.2).

Box 1.2**Determinanten van gezondheid en het gezondheidsbeleid**

Het determinantenmodel stelt gezondheid centraal (schema 1.1). Het definieert de factoren die van invloed zijn op gezondheid: biologische factoren, waaronder erfelijke factoren, veroudering, sekse, leefstijl en risicogedrag, zowel fysieke als sociale, leefstijl en risicogedrag, en natuurlijk de gezondheidszorg zelf.



Schema 1.1: *Determinantenmodel van gezondheid*

Dit determinantenmodel van gezondheid is een preventief ziektemodel, omdat het aangrijpingspunten biedt om ziekte in de bevolking te voorkomen door middel van overheidsbeleid op de factoren fysieke en sociale omgeving enerzijds en leefstijl en risicogedrag anderzijds. Dit wordt *gezondheidsbeleid* genoemd. Gezond bouwen, werken aan een gezonde buurt en het bevorderen van een gezonde leefstijl zoals campagnes voor veilig verkeer, tegen alcoholmisbruik en voor veilig vrijen zijn daarvan sprekende voorbeelden. Gezondheidsbeleid gaat dus om overheidsbeleid, zowel nationaal als gemeentelijk, buiten de gezondheidszorg om (zie verder paragraaf 4.4).

Op biologische factoren kan de overheid beleid voeren van voorlichting en van screening en vroegtijdig onderkennen van aandoeningen en risicofactoren. Dat is het terrein van de preventieve gezondheidszorg.

Beleid van de overheid voor de gezondheidszorg wordt *zorgbeleid* genoemd, en is natuurlijk evenzeer van invloed op het gezondheidspeil van een bevolking. Zorgbeleid heeft betrekking op de factor gezondheidszorg in het determinantenmodel zoals de kwantiteit, kwaliteit, betaalbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen.

Gezondheid kan op drie dimensies onderscheiden worden, lichamelijk, psychisch en sociaal.

Lichamelijke gezondheid kunnen we gelijkstellen aan het ontbreken van lichaamsstoornissen en lichaamsbeperkingen. *Psychische gezondheid* heeft te maken met oriëntatievermogen naar tijd, plaats en persoon (denk aan dementie), de aanwezigheid van korte- en langetermijngeheugen en de afwezigheid van angst en stress. *Sociale gezondheid* staat voor participatie en 'goed' functioneren in de samenleving. Zelfredzaamheid en zelfstandigheid zijn criteria die daarvoor gelden in de ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

Gezondheid staat aldus voor meer dan afwezigheid van ziekte in medisch-biologische zin. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft gezondheid dan ook als 'een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. Gezondheid is volgens deze definitie, die dateert van 1948, echter een statisch gegeven. Gezondheid als compleet welbevinden is bovendien feitelijk niet of nauwelijks haalbaar. Daarom is sinds een aantal jaren een nieuwe definitie in omloop die gezondheid dynamisch definieert en flexibeler: Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Inmiddels is ook overgegaan op operationalisering van dit nieuwe gezondheidsconcept: *positieve gezondheid* (box 1.3).

Box 1.3

Positieve gezondheid

In een kwalitatief en kwantitatief onderzoek werden onder zowel patiënten en zorgverleners als onder beleidsmakers en wetenschappers zes hoofddimensies van gezondheid gecategoriseerd:

1. lichaamsfuncties;
2. mentale functies en -beleving;
3. spirituele/existentiële dimensie;
4. kwaliteit van leven;
5. sociaal-maatschappelijke participatie;
6. dagelijks functioneren.