

# ORDENING VAN GEZONDHEIDSZORG

## Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie Dekker

T. E. D. van der Grinten -

### 1. KLEINE KRONIEK VAN GROOT BELEID

In juli 1986 treedt het tweede kabinet Lubbers aan met het terugdringen van het financieringstekort als hoofddoelstelling. Ook de gezondheidszorg moet haar steentje bijdragen. Het collectief gefinancierde deel hiervan moet in ieder geval met fl. 1,2 miljard in 1990 zijn teruggebracht. Dat vraagt in de eerste plaats om bezuinigingen en in de tweede plaats om beheersbaarheid van de kostenontwikkeling teneinde de toenemende vraag naar zorg, onder andere in verband met de vergrijzing, en het groeiende aanbod, onder andere vanwege de medisch-technologische ontwikkeling, zo doelmatig mogelijk op te kunnen vangen. Aldus worden de hoofdlijnen van het kabinetsbeleid voor dit terrein vastgesteld. De nadere uitwerking wordt nu eens niet in handen van het vakdepartement (WVC) of de adviesorganen gelegd, maar uitbesteed aan een prestigieuze commissie van onafhankelijke deskundigen, de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, onder voorzitterschap van de voormalige Philips-topman Wisse Dekker.

In augustus 1986 gaat de commissie voortvarend aan de slag, niet met de gebruikelijke lapmiddelen, maar toewerkend naar fundamentele ingrepen in het gegroeide stelsel. De betrokkenen in de gezondheidszorg wachten in spanning af, terwijl de grote politieke partijen zich haasten, om via hun wetenschappelijke bureau's, hun visie op de organisatie en financiering van de gezondheidszorg nog voor het advies van de commissie op tafel te krijgen.

Op 26 maart 1987 is het zover. Het advies van de commissie Dekker wordt in de openbaarheid gebracht en inderdaad, het is een ingrijpend, de gehele gezondheidszorg en zelfs delen van de maatschappelijke dienstverlening omvattend ordeningsvoorstel: breng dit geheel onder het uniforme financieringsregime van een beperkte volksverzekering tegen ziektekosten, waar nodig aangevuld met een particuliere verzekering, - zo luidt de kern van het advies.

Daarmee ligt de knuppel in het hoenderhok. Het advies geeft aanleiding voor een heftige discussie, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, over de meest wenselijke structuur van de gezondheidszorg. Vrijwel elke gedachte en suggestie van de commissie wordt daarin bekritiseerd. Zelfs de Sociaal Economische Raad voelt zich geroepen om nog gauw een alternatief plan te lanceren, voordat op 5 juni 1987 de regering met een standpunt naar buiten komt. Alle hoop op een spoedige totstandkoming van een samenhangende organisatie en financiering van de gezondheidszorg wordt met het regeringsstandpunt weer de bodem ingeslagen. Onder verwijzing naar het vele, vaak tegenstrijdige commentaar, pikt de regering uit het advies slechts de aanbevelingen, die een directe verlichting van het financieringstekort opleveren - per slot van rekening haar belangrijkste zorg - en laat de structuurvoorstellen verder voor wat ze zijn: interessante ideeën waar te zijner tijd nog maar eens verder over gesproken moet worden. Teleurstelling alom, want dat was nu ook weer niet de bedoeling. Het Tweede Kamerdebat op 22 juni 1987 over het regeringsstandpunt neemt de teleurstelling niet weg. Integendeel. Er is geen kamermeerderheid die de regering tot ingrijpende structuuringen wil bewegen.

Het is te vroeg om het advies van de commissie Dekker nu al bij te zetten - wat mij betreft op een ereplaats - bij de vele niet overgenomen structuuradviezen, waar de geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg zo rijk aan is. Het definitieve regeringsstandpunt is voor het najaar aangekondigd en zoals het zich nu laat aanzien zal dat wel iets meer aanknopingspunten voor samenhang in het verzekeringsstelsel bevatten. Maar los van dit definitieve standpunt en de uitkomsten van het Kamerdebat hierover, geven de lotgevallen van het advies tot nog toe ruimschoots aanleiding om eens dieper in te gaan op de manier waarop met het vraagstuk van de ordening van de gezondheidszorg in Nederland wordt omgesprongen. Wat voor soort beleid wordt er eigenlijk op dit terrein gevoerd? Wat zijn de begrenzingen, welke uitwerking van het beleid wordt gestimuleerd en welke ontmoedigd? Vragen waarop misschien een antwoord te vinden is door een blik te slaan op de ordeningsgeschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg.

In deze beschouwing wil ik aan de hand van de (schaarse) onderzoeksgegevens en de inzichten verkregen in de beleidspraktijk een poging wagen. Begonnen wordt met een korte typering van het structuurbeleid dat door de jaren heen gevoerd is. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de invloed van de maatschappelijke context op dit beleid. Dit wordt nader toegespitst op de kondities waarbinnen het beleid gevormd wordt, waarna de beschouwing wordt afgesloten met een conclusie.

### 2. STRUCTUURBELEID

De wijze waarop in Nederland met de ordening van de gezondheidszorg wordt omgesprongen is af te leiden uit de indrukwekkende reeks van ontwerpen, die er sinds de eerste wereldoorlog voor de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg zijn verschenen. Wat achter die reeks opdoemt is een complex van verschillende in elkaar grijpende beleidsvormingsprocessen waarin de landelijke overheid, adviesorganen en koepelorganisaties in de weer zijn met de structuur van de *gezondheidszorg als geheel*. Voor het gemak wordt dit complex hier samengevat met de term structuurbeleid. De globale probleemstelling van dit structuurbeleid is opvallend constant: men zoekt naar een *doelmatige* organisatie van de gezondheidszorg en een financiering, die de burgers een zo groot mogelijke en *gelijke toegang* tot gezondheidszorg verschaft. Nog opvallender is de beperkte uitwerking die door de jaren heen aan deze probleemstelling is gegeven.

Allereerst blijken de ontwerpen voor de *organisatie* van de zorg al sinds de vroege jaren twintig gedomineerd te worden door twee vraagstukken: het probleem van de onsamenhangendheid en de vraag op welke wijze de overheden (rijk, provincies, gemeenten), de organisaties van het particulier initiatief en de beroepsgroepen bij de gezondheidszorg betrokken kunnen worden. Voor de oplossing van het probleem van de onsamenhangendheid komt een allesoverheersend concept naar voren: de districtsgewijze resp. geregionaliseerde organisatie van de gezondheidszorg. Dit concept blijkt ook gebruikt te worden om het probleem van de betrokkenheid op te lossen, namelijk door de uitwerking

vooral in bestuurlijke (institutionele) termen te gieten. Het gevolg hiervan is echter dat het doelmatigheidsvraagstuk van de gezondheidszorg stevast wordt gereduceerd tot een voornamelijk *bestuurlijke* kwestie, waarin de verantwoordelijkheidsverdeling centraal staat. Een *functionele* benadering van het organisatievraagstuk wordt wel beproefd (echelonnering, functionele planning), maar blijkt buitengewoon moeilijk met de dominante bestuurlijke uitwerking in balans te brengen.

In de tweede plaats laten de ontwerpen voor de *financiering* van de gezondheidszorg een sterke voorkeur zien voor de sociale ziektekostenverzekering. Een nationale, door de overheid te betalen – en dus ook te bepalen – gezondheidszorg is in Nederland nooit een serieuze optie geweest, evenmin als een volledig op eigen verantwoordelijkheid en individuele betaling gebaseerd stelsel. Met de ziekenfondsverzekering als uitgangspunt en de particuliere verzekering als contrast, cirkelen de financieringsontwerpen al decenia lang rond een meer of minder omvattende volksverzekering tegen ziektekosten. Het voorstel van de commissie Dekker voor een beperkte volksverzekering wijkt hier niet van af; het is een moderne variant.

Deze benadering van de organisatie en de financiering slaagt op zijn beurt zowel het probleem als de oplossing van het *orderingsvraagstuk* van de Nederlandse gezondheidszorg. Het probleem wordt gevormd door de spanning tussen organisatie en financiering, welke in de Nederlandse verhoudingen een constante worsteling betekent met de vraag: hoe verbind je regionalisatie (pluriformiteit) met verzekeringsfinanciering (uniformiteit en rechtsgelijkheid)? De oplossing wordt gezocht in het steeds maar weer schuiven van de organisatie- en financieringsconcepten over de hiervoor genoemde assen, met als uitersten: een volledige overheersing van de regionale organisatie over de verzekeringsfinanciering aan de ene kant en het omgekeerde aan de andere kant.

Een positie dicht bij het eerste uiterste wordt ingenomen door de voorstellen voor een districtsgewijze ordening van de gezondheidszorg uit de jaren dertig, veertig en vijftig, de *Structuurnota Gezondheidszorg (1974)* en de op basis hiervan ontworpen Wet voorzieningen gezondheidszorg. Deze wet voorziet onder andere in een relatief sterk door de overheid gedomineerde planning van de gezondheidszorg op regionaal niveau, waaruit een erkenning (voor instellingen) dan wel een vergunning (voor hulpverleners) voort kan vloeien, die toegang geeft tot de financiering. Dertien jaar later en ettelijke illusies over de planbaarheid van de gezondheidszorg armer, komt dan de *commissie Dekker (1987)* met een ontwerp dat aansluit bij de voorstellen voor een volksverzekering, die sinds de tweede wereldoorlog zijn gelanceerd en die over het algemeen tenderen naar het andere uiterste. In het voorstel van de commissie wordt het hele wettelijke bouwwerk voor de regionale planning van de gezondheidszorg weer naar de prullemand verwezen, om plaats te maken voor een eenvoudig verzekeringsstelsel waarin verzekeraars verplicht worden een basispakket te leveren aan eenieder die zich als verzekerde aanmeldt, tegen een wettelijk vastgestelde premie en van een wettelijk omschreven omvang en kwaliteit. Geheel in de geest van de tijd wordt er voor het overige alle ruimte gelaten aan de individuele vragers, aanbieders en verzekeraars van gezondheidszorg om, niet belemmerd door allerlei bestuurlijke en institutionele barrières, te kunnen onderhandelen over hun preferenties, hulpverleningsmogelijkheden en prijs. Vraagt deze functionele aanpak toch nog om een regionale organisatie? Geen probleem. Als de partijen dat willen, dan gaan ze hun gang maar. Daar hoeven geen koepelorganisaties, adviesorganen of overheden tussen te

komen. Een uitzondering wordt slechts gemaakt voor dat onderdeel, waarvoor de planning in de gezondheidszorg ooit is geïntroduceerd: de omvangrijke bouw- en investeringsbeslissingen. Daartoe acht de commissie een uitgeklaarde Wet ziekenhuisvoorzieningen voldoende.

In het *regeringsstandpunt (1987)* wordt deze aanpak niet overgenomen, hetgeen weer ruimte laat voor ontwerpen, zoals bijvoorbeeld van de *Sociaal Economische Raad (1987)*, die weer veel meer uitgaan van een vooraf gegeven bestuurlijke invulling van de regionalisatie.

Confronteren we tenslotte de orderingsontwerpen die in de loop der jaren zijn gelanceerd met de *feitelijke vormgeving* van de Nederlandse gezondheidszorg, dan treedt een wel heel markant aspect van het structuurbeleid aan het licht. Geen van de ontwerpen heeft ooit een volledige toepassing gekregen, terwijl ze daarentegen allemaal wel een beetje zijn gebruikt: de gezondheidszorg is allermindst geregionaliseerd, maar op onderdelen is dat wel gebeurd (basisgezondheidszorg, ambulancevervoer, ambulante geestelijke gezondheidszorg), terwijl regionalisatie als een van de uitgangspunten tot de Wet ziekenhuisvoorzieningen is doorgedrongen en verder inzet is van veel overleg (bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg); een algemene volksverzekering is er niet gekomen, maar wel een Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, als aanvulling op de ziekenfondsverzekering enerzijds en de particuliere verzekering anderzijds; een samenhangende structuur van de organisatie en financiering ontbreekt, maar er zijn allerlei meer of minder praktische mengvormen aan te treffen, waaronder vormen van instellingsbudgettering en aanzetten tot regionale budgettering.

Of men dit nu positief of negatief beoordeelt, het feit dat het nooit is gelukt om eenheid in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg te scheppen, betekent dat het structuurbeleid, althans zoals het zich manifesteert, op zijn best nogal inefficiënt en op zijn slechtst een doorlopende mislukking genoemd kan worden.

### 3. MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Door het structuurbeleid van de gezondheidszorg op bovenstaande manier samen te vatten, gaan natuurlijk alle nuances verloren. Daartegenover staat dat er enkele opvallende kenmerken van dat beleid door aan de oppervlakte komen.

Hoe zijn deze kenmerken te verklaren?

Er zijn voldoende aanwijzingen om hierbij vooral te denken aan de invloed van de grotere maatschappelijke context op het structuurbeleid en de onvermijdelijke 'stollingsverschijnselen' die horen bij een eenmaal ingeslagen weg: de politieke overheersing van de confessionele groeperingen, zeker voor dit deel van het maatschappelijke leven, de vertaling hiervan in de verzuiling (1920-1965) en de sindsdien nauwelijks afgenomen hang naar pluriformiteit en de daarmee samenhangende behoefte om de inrichting van de gezondheidszorg waar mogelijk buiten de politieke, maar binnen de maatschappelijke en professionele invloed te houden, – dit alles binnen de beperkende randvoorwaarden van het sociaal-economische beleid.

De invloed van deze krachten op het structuurbeleid kan worden afgeleid uit:

- het probleem van de onsamenhangendheid, door buitenlandse commentatoren wel eens veelbetekenend de 'Dutch disease' genoemd, de pre-occupatie met de participatie van de verschillende belangengroepen in de gezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende bestuurlijke benadering van het doelmatigheidsvraagstuk, hetgeen niets anders is dan het standaardrecept van het verzuilde bestel voor controverse kwesties en inhoudelijke tegenstellingen;

- de voorkeur voor de sociale ziektekostenverzekering, die gezien kan worden als het confessioneel geïnspireerde compromis van enerzijds een op socialistische leest geschoeide gezondheidszorg en anderzijds een liberale gezondheidszorg;
- de onmogelijkheid om tot een algemene volksverzekering te komen, op grond van sociaal-economische overwegingen;
- het constante geworstel met het orderingsvraagstuk, dat niet alleen het gevolg is van de complexiteit van de materie en de kracht van de professionele autonomie (die overigens bij de ordening van de geestelijke gezondheidszorg van minder invloed lijkt te zijn), maar evenzeer van de maatschappelijke pluriformiteit die als het ware een evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg dicteert, ook waar het de vormgeving betreft.

Een uitzondering op dit laatste moet wellicht gemaakt worden voor het ziekenfondsbestel; maar daar was dan ook een oorlog voor nodig om het volledig ingevoerd te krijgen. De Duitsers drukten het er in 1942 door. In vreedstijd lukt zo iets kennelijk niet en dit is meteen een aanwijzing waar de grenzen van het structuurbeleid vooral gezocht moeten worden: in de voorwaarden die voor de beleidsvorming op dit terrein beschikbaar zijn, voorwaarden die liggen in de beleidsstructuur en beleidscultuur van de gezondheidszorg en in de sociaal-economische verhoudingen. De werking van deze interne en externe voorwaarden voor het structuurbeleid in de gezondheidszorg kan nader worden toege-licht.

#### 4. BELEIDSSTRUCTUUR EN BELEIDSCULTUUR

De opbouwperiode van de beleidsstructuur van de gezondheidszorg en de daarbij behorende beleidscultuur valt in Nederland samen met de hoogtijdagen van de verzuiling. Uit die tijd stamt het samenstel en samenspel van de overkoepelende, adviserende, coördinerende, regulerende, uitvoerende, financierende en controlerende instanties, een bestel dat sindsdien wel is aangepast, maar in essentie niet is veranderd.

De verzameling van wat tegenwoordig deftig de 'parastatale' organisaties worden genoemd, speelt hierin een belangrijke rol. Die rol kan, anders dan bijvoorbeeld in de welzijnszorg en het onderwijs, ook zo belangrijk zijn omdat de overheid uiteindelijk slechts een beperkte financiële greep op de gezondheidszorg heeft. De (sociale) ziektekostenverzekering vormt nog steeds een met zorg gekoesterde buffer tegen een al te opdringerige overheid. Het gevolg hiervan is dat in dit bestel een gelegitimeerd en ook materieel voldoende geëquipeerd machtscentrum ontbreekt om orderingsontwerpen in te voeren én te onderhouden. Ook de bewindslieden belast met de zorg voor de volksgezondheid (niet voor niets meestal een staatssecretaris en geen minister) bezitten deze mogelijkheid niet, al wordt, als het zo uitkomt, wel gedaan alsof.

In deze structuur liggen de voorwaarden besloten voor een essentiële functie van het bestel: het onschadelijk maken van ontwerpen, die niet door alle partners worden gedragen, en dat is in de gezondheidszorg al gauw het geval. Ook nadat de oorspronkelijke redenen, het kanaliseren van de levensbeschouwelijke tegenstellingen, haar geldigheid begon te verliezen, is deze functie niet verdwenen. Het aangrijppingspunt is alleen verbreed naar alle ideologisch en logisch gefundeerde ontwerpen. De gezondheidszorg wordt daardoor als het ware beschermd tegen een exclusieve toepassing van een orderingsontwerp, welk dan ook. Deze beleidsstructuur en -cultuur garandeert tot op grote hoogte de evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg, inclusief de vormaspecten. De irrationaliteiten die hier onvermijdelijk uit voortvloeien betekenen voor de

betrokkenen in de gezondheidszorg echter tevens evenzovele prikkels om toch te proberen een samenhangende structuur te ontwikkelen. Dit verklaart de constante spanning tussen de behoefte aan een structuurbeleid enerzijds en de onmogelijkheid om hier op afdoende wijze vorm aan te (mogen) geven anderzijds.

Deze spanning loopt regelmatig op, maar kan kennelijk niet anders worden opgelost dan door regelmatige ontladingen in een 'pseudo-beleid': er wordt dan vooral *gedebatteerd* over de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg, met een inzet en hartstocht die omgekeerd evenredig is aan het directe effect. Als er al effecten optreden, dan zijn die het gevolg van veel implicietere werkende, en daardoor ook moeilijker te achterhalen, processen van *articulatie* van ideeën, *anticipatie* hierop in allerlei deelbeslissingen en *absorptie* van deze ideeën en beslissingen in het geheel van krachten dat op de vormgeving van de gezondheidszorg van invloed is. De weg die het advies van de commissie Dekker aflegt, is ook in dit opzicht symptomatisch. Alle grote orderingspogingen is het zo vergaan.

#### 5. SOCIAAL-ECONOMISCH BELEID

Meermalen is getracht om uit de hiervoor uiteengezette beklemming te ontsnappen door buiten de gezondheidszorg en de daarbij behorende beleidsstructuur en -cultuur te treden. De regering wordt dan verzocht om positie te kiezen als 'boven de gezondheidszorg staande partij', ten einde een orderingsconcept geforceerd in te voeren. Zo ook nu weer met het advies van de commissie Dekker, waarbij het paradoxale van de situatie wel heel treffend wordt geïllustreerd. Met het benadrukken van de terugtrekkende overheid en de zelfregulering speelt de commissie volledig in op de pluriforme grondslag en de evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg, terwijl tegelijkertijd voor de realisatie (even?) een overheidsingreep nodig is, die groter is dan ooit. 'Grijp nu alsjeblieft in Ruud want we/ze komen er zelf niet uit', aldus de smeekbede aan de regeringsleider. Maar waarom zou hij? De commissie biedt op een presenteerblaadje de in het regeerakkoord gevraagde bezuinigingsmaatregelen aan, die in principe in het bestaande stelsel zijn te realiseren. Daar zijn geen ingrijpende structuurveranderingen, met ongewisse gevolgen en negatieve inkomenseffecten, voor nodig. Vooral nog wil dit kabinet niet veel verder gaan dan de traditioneel afstandelijke opstelling, die weinig met gezondheidszorg en alles met sociaal-economisch beleid van doen heeft. Voor het overige mag de gezondheidszorg het zelf uitzoeken, echter nog steeds zonder adequate mogelijkheden om boven de belangentegenstellingen uit te kunnen stijgen.

#### 6. TENSLOTTE

Inzet van deze beschouwing was de vraag welke lessen de orderingsgeschiedenis van de gezondheidszorg voor het structuurbeleid in petto heeft. Het algemene antwoord op deze vraag zou wat mij betreft kunnen luiden dat de betekenis van het structuurbeleid voor de vormgeving van de gezondheidszorg veel bescheidener is dan verwacht zou mogen worden, terwijl de invloed van de beleidscondities veel groter is dan men zich bewust schijnt te zijn. Hoe overtuigend de doeltreffendheid van een orderingsontwerp ook mag zijn, de beleidscondities maken een algehele invoering daarvan de facto onmogelijk.

De misschien wat merkwaardig aandoende eerstvolgende vraag die dan beantwoord moet worden is of dit op zichzelf zo erg is. Toegegeven, het structuurbeleid is inefficiënt en hoogst frustrerend voor de direct betrokkenen, maar een inferieure kwaliteit, kwantiteit of toegankelijkheid van de gezondheidszorg heeft dit bepaald niet opgeleverd. Tegelijk-

kertijd is duidelijk dat de toenemende, respectievelijk veranderende vraag naar gezondheidszorg enerzijds en de steeds groter wordende financiële druk anderzijds om een passend antwoord vragen, een antwoord dat door de huidige beleidsstructuur nauwelijks geleverd kan worden. Daarvoor is deze structuur te pluriform, te zeer op bestuurlijke en te weinig op inhoudelijke vraagstukken gericht en behept met een te geringe interne legitimiteit om het conceptuele houvast voor de gezondheidszorg te kunnen bieden. Het valt buiten het bestek van deze beschouwing om de konsekventies hiervan verder uit te diepen, maar een conclusie is uit het voorgaande wel te trekken. Veel meer aandacht is geboden voor de wisselwerking tussen het structuurbeleid en de condities voor dit beleid. Het lijkt

in ieder geval verstandig om, systematischer dan tot nog toe gebeurt, de *voorwaarden* voor het structuurbeleid te analyseren en de kennis en inzichten die dit oplevert te betrekken bij het ontwikkelen van structuurvoorstellen en de strategie om deze in te voeren.

Voor de aanpassing van de beleidsstructuur biedt het advies van de commissie Dekker tenslotte ook nog interessante aanknopingspunten: als sluitstuk van het voorgestelde bouwwerk van de gezondheidszorg, wordt een stroomlijning van de wettelijke adviesorganen aanbevolen. Mochten de andere voorstellen het niet halen, misschien dat hiermee dan alvast een begin kan worden gemaakt.

#### LITERATUUR

- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering. Den Haag, maart 1987  
 Grinten, T. F. D. van der, Rite of ratio: de beleidsstructuur van de gezondheidszorg. T. Soc. Gezondheidszorg 63 (1985) 699  
 Grinten, T. E. D. van der, De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek. Ambo Baarn 1987  
 Grunwald, C.A., Beheersing van gezondheidszorg. Proefschrift Utrecht 1987  
 Kasdorp, J. P., Structuurwetgeving, de tien jaar van de Structuurnota. T. Gezondheidsrecht 11 (1987) 16-23  
 Lehning, Percy B. & J.B.D. Simonis, Handboek Beleidswetenschap.

Boom, Meppel-Amsterdam 1987

- Roscam Abbing, E. W. (red.), Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen 1983  
 Sociaal Economische Raad, Advies Beheersstructuur Gezondheidszorg. Advies nr. 8707. Den Haag, 27 april 1987  
 Structuurnota Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam 1974

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. T. E. D. van der Grinten, NeGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht, tel. 030-935141