

**NAAR EEN ERASMUS MEDISCH CENTRUM
DE TIJD DRINGT**

Afscheidsrede
Prof. dr. K.F. Kerrebijn

Erasmus

Rede EUR
1994
003

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0025 2472

Rede 1994, 004 ea 2
Rede Eur 1994: 000

NAAR EEN ERASMUS MEDISCH CENTRUM DE TIJD DRINGT

K.F. Kerrebijn

Beschouwing ter gelegenheid van het afscheid als hoogleraar in de
Kindergeneeskunde, speciaal de longziekten en als decaan van de
Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
(in verkorte vorm uitgesproken)

24 maart 1994

Lijst met afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
AZR	Academisch Ziekenhuis Rotterdam
CvB	College van bestuur van de universiteit
CvO	Commissie van overleg
DDHK	dr. Daniel den Hoed Kliniek
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
FGG	Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit
GBO	Gemeenschappelijk Beleidsorgaan
GUO	Gemeenschappelijk Uitvoeringsorgaan
HOOP	Hoger Onderwijs- en Onderzoekplan
KNAW	Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
MFR	Medische Faculteit Rotterdam
NEH	Nederlandse Economische Hogeschool
OKW	Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen
O en W	Onderwijs en Wetenschappen
PoAZ	Projectorganisatie Academische Ziekenhuizen
RvB	Raad van bestuur van het academisch ziekenhuis
RvT	Raad van toezicht van het academisch ziekenhuis
SKHO	Stichting Klinisch Hoger Onderwijs
UvA	Universiteit van Amsterdam
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
VoMIL	Volksgezondheid en Milieuhygiëne
WUB	Wet Universitaire Bestuurshervorming
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Naar een Erasmus Medisch Centrum, de tijd dringt.

Inleiding

In de bijna 27 jaar dat ik, eerst aan de Medische Faculteit Rotterdam (MFR), daarna aan de Erasmus Universiteit (EUR) met medebenoeming aan het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR) verbonden ben geweest zijn, behalve mijn vakgebied de kindergeneeskunde speciaal de longziekten, min of meer bij toeval in verschillende perioden bestuurlijke werkzaamheden van enige tot aanzienlijke omvang op mijn weg gekomen. De laatste waren het decanaat van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (FGG) vanaf januari 1990 en daarnaast de functie van lid van de Raad van Bestuur van het AZR vanaf februari 1993.

Mede omdat ik op 3 juli tijdens een internationaal symposium in Rotterdam mijn medische carrière afsluit, zal ik nu mijn afscheidsrede als hoogleraar en decaan volledig wijden aan de verhouding tussen de FGG, de EUR en het AZR en mijn visie geven over gewenste toekomstige ontwikkelingen.

Wie naar de toekomst wil, moet door het verleden gaan. Daarom zal ik na een korte historische inleiding over het medisch onderwijs in Rotterdam de ontwikkelingen van de laatste 25 jaar de revue laten passeren. Daarna zal ik nagaan waarom en op welke wijze de verhouding tussen FGG, EUR en AZR zou moeten worden aangepast teneinde een Erasmus Medisch Centrum te kunnen vormen, waarin de huidige sterke nationale en internationale positie van de FGG en het AZR in Rotterdam kan worden geconsolideerd en uitgebouwd.

Historie

Het medisch onderwijs in Rotterdam is al meer dan 500 jaar oud en door van Lieburg uitvoerig beschreven (1).

Van 1467-1798 werden de medische beroepsbeoefenaren, de chirurgijns en verloskundigen, opgeleid in het gildesysteem. Deze opleidingen waren dus niet academisch. Om medicus te worden moest men in dit deel van het land vanaf 1575 naar de Universiteit van Leiden. Wel had Rotterdam vanaf de tweede helft van de 17e eeuw regelmatig lectoren, vooral in de anatomie en de heilkunde, die verbonden waren aan illustere scholen. Dit waren scholen die gedurende een aantal perioden in de 17e en 18e eeuw in Rotterdam bestonden, waar leerlingen van de latijnse school een propaedeuse konden volgen voordat zij naar de universiteit gingen. Het stadsbestuur benoemde ook lectoren los van deze illustere scholen. Sommige lectoren mochten de titel professor voeren. Tevens bestond in Rotterdam een aantal geleerde genootschappen, waarvan het Bataafsch Genootschap der Proefondervindelijke Wijsbegeerte dat nu nog zeer actief is en voor ons het meest bekend is. Deze genootschappen verzorgden wetenschappelijke activiteiten en onderwijs in bepaalde vakgebieden. Ondanks het ontbreken van een universiteit was er in Rotterdam in de 18e eeuw dus wel degelijk een wetenschap-

pelijk klimaat. Na afschaffing van het gildesysteem kwam de opleiding onder toezicht van een plaatselijke Commissie van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht.

Nadat vanaf het begin van de 19e eeuw de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg niet meer uitsluitend beruhte bij lokale overheden maar ook een taak was geworden van de centrale overheid, werd in 1823 besloten tot het oprichten van zg. klinische scholen. Deze waren uitsluitend verantwoordelijk voor de opleiding van heelmeesters en vroedvrouwen. Het gemeentebestuur van Rotterdam stond aanvankelijk zeer aarzelend tegenover het vestigen van een klinische school. De reden was dat men geen zin had geld te steken in de noodzakelijke aanpassingen van het eeuwenoude gebouw waarin het gasthuis, het stadsziekenhuis, was gevestigd. In 1827 werd in Rotterdam toch een klinische school opgericht. Hoewel het de bedoeling was in de klinische scholen een praktische opleiding te geven, in tegenstelling tot de wetenschappelijke opleiding aan de universiteiten, wilden de Rotterdamse lectoren aan hun school zo goed mogelijk een wetenschappelijke status verlenen. De lectoren werden aangesteld "tot meesten diensten en de minste kosten", en moesten derhalve hun functie naast een hoofdtaak uitoefenen. Toch lukte het om jonge ambitieuze medici van hoge kwaliteit aan te trekken. Het ingangsniveau dat de overheid voor leerlingen van klinische scholen had vastgelegd was laag en pogingen om in Rotterdam hogere ingangseisen te stellen zoals kennis van moderne talen en latijn en voldoende vaardigheid in rekenen en wiskunde, faalden. De klinische faciliteiten waren onvoldoende. Het bestuur van de klinische school en het college van gasthuisregenten hadden uiteenlopende belangen op het gebied van onderwijs en patiëntenzorg. Tussen de lectoren en de stadsdoctoren en -heelmeesters bestond onenigheid over de vaag wie klinisch onderwijs zou geven en welke patiënten daarvoor beschikbaar zouden worden gesteld. Dit probleem werd pas opgelost toen in 1851 het Coolsingelziekenhuis werd geopend en werd besloten de functies van stadsgeneesheer en stadsheelmeester te koppelen aan een lectoraat bij de klinische school.

De Rotterdamse klinische school is om financiële redenen vanaf haar oprichting regelmatig bedreigd geweest met opheffing. Ondanks de goede kwaliteit van de school en het grote aantal leerlingen besloot de gemeenteraad op 12 juli 1866 geen gelden meer ter beschikking te stellen. Dit betekende het einde van de school. Indien dit niet was gebeurd zoals in Amsterdam, zouden wij waarschijnlijk dit jaar de 167e Dies van onze faculteit hebben kunnen vieren.

Na het opheffen van de klinische school heeft het medisch onderwijs in Rotterdam zich tot 1950 beperkt tot lezingen, klinische demonstraties en cursussen. Deze werden gegeven door een aantal gezelschappen zoals het Bataafsch Genootschap, het Klinisch Genootschap (1900), het Rotterdam Medisch Gezelschap (1913) en de Vereniging Artsencursussen Rotterdam (1901). In toenemende mate ontstond behoefte aan mogelijkheden voor klinische stages van arts-assistenten en werden door medische faculteiten in een affiliatie co-assistenten in het Cool-

singelziekenhuis ondergebracht. Ondanks discussies over de vraag of Rotterdam wel behoefte had aan een instelling waar "aanstaande kaailopers" ter wereld werden gebracht, werd de kraamzaal van de voormalige klinische school gehandhaafd en in 1881 als Rijkskweekschool voor vroedvrouwen voortgezet.

Stichting Klinisch Hoger Onderwijs

Na de Tweede Wereldoorlog nam de behoefte aan mogelijkheden voor klinisch onderwijs sterk toe. Na een aanloopperiode waarin een aantal vooraanstaande Rotterdamse specialisten en de huisarts dr. J.H. Lamberts, die tevens gemeenteraadslid was, een belangrijke stimulerende rol speelden, werd op 27 mei 1950 de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs (SKHO) opgericht. Pas op 7 januari 1959 kreeg deze officieel de academische status als nevenfaculteit van de Leidse en Utrechtse medische faculteiten. Hierdoor werd behalve klinisch onderwijs, ook wetenschappelijk onderzoek een taak. Een saillant punt was het nadrukkelijk beding dat de nevenfaculteit niet mocht worden gezien als een overgangsregeling voor het tot stand komen van een nieuwe medische faculteit.

Medische Faculteit Rotterdam

In Rotterdam leefden gedachten aan de vorming van een universiteit sedert het begin van de 50er jaren. In 1961 had minister Cals een Rotterdamse universiteit afgewezen. Het Rotterdamse gemeentebestuur en de gemeenteraad hielden echter vast aan hun wensen. Tevens waren zij van mening dat de medische nevenfaculteit moest worden omgebouwd tot een complete medische opleiding.

Op 10 mei 1965 besloot de ministerraad op voorstel van minister Diepenhorst van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen (OKW) tot het stichten van zo'n complete medische opleiding. Tien dagen later werd de commissie voorbereiding Medische Faculteit Rotterdam geïnstalleerd.

De geschiedenis van de MFR als zelfstandige instelling van hoger onderwijs is in 1976 uitvoerig beschreven door Binneveld en Vleesenbeek (2).

De opdracht van de commissie voorbereiding MFR was voorstellen te doen inzake

- de opbouw en inhoud van het onderwijs
- de te treffen voorzieningen op korte en lange termijn
- de structuurvraag, d.w.z. het juridische kader waarbinnen de nieuwe faculteit moest worden ingepast.

In de commissie voorbereiding MFR hadden vertegenwoordigers van het ministerie van OKW, de gemeente Rotterdam en de Nederlandse Economische Hogeschool (NEH) zitting. De SKHO was tot haar ergernis maar met één persoon betrokken. Prof. dr. A. Querido kreeg van de minister het verzoek de faculteit op te bouwen. Hem werden ruime volmachten verleend voor de inrichting van

onderwijs en onderzoek en de planning van voorzieningen. Ook hij werd lid van de commissie voorbereiding MFR en nam daarin uiteraard een dominerende positie in. In tegenstelling tot minister Cals was minister Diepenhorst wél voorstander van een universiteit in Rotterdam.

In de commissie voorbereiding MFR concentreerden de discussies rond de structuur van de MFR zich daarom rond de vraag of deze samen met de NEH, die een bijzondere instelling van hoger onderwijs was, een bijzondere universiteit of een rijksuniversiteit moest gaan vormen. Aan de universiteit zouden ook andere nieuwe faculteiten, b.v. een wis- en natuurkunde faculteit en een letteren faculteit kunnen worden toegevoegd. De NEH had voorkeur voor een bijzondere universiteit; het ministerie wilde een rijksuniversiteit. De MFR als zelfstandige instelling naast de NEH werd door het ministerie als ongewenst en derhalve als een overgangssituatie beschouwd.

In de commissie voorbereiding MFR liepen de spanningen omtrent de structuurvraag- bijzondere of rijksuniversiteit - zo hoog op dat de gedachte aan integratie tussen de MFR en de NEH voor langere tijd op een laag pitje moest worden gezet.

Intussen ging Querido aan het werk. Op 1 september 1966, 15 maanden na het besluit een medische faculteit te stichten, moesten de eerste 160 studenten worden toegelaten. Querido had zich tot taak gesteld een curriculum te ontwerpen met een opzet die geïnspireerd was op medische opleidingen in Engeland en Scandinavië. Uitgangspunten waren bevordering van het vermogen tot probleemanalyse en wetenschappelijk denken. Kenmerken waren een betere integratie tussen preklinische en klinische vakken, onderwijs aan het ziekbed vroeg in de studie, training in wetenschappelijke aanpak van een probleem door het deelnemen aan een onderzoeksproject en een studieduur van 6 in plaats van 7 jaar.

Op 15 juni 1966 werd de Wet "houdende bijzondere voorzieningen van tijdelijke aard met betrekking tot de vestiging te Rotterdam van een rijksinstelling van wetenschappelijk onderwijs, omvattende de faculteit der geneeskunde " in het spraakgebruik de Noodwet genoemd, van kracht. In de Noodwet werden de taken en bevoegdheden die de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs aan de collegiaal bestuurde faculteiten toekende vrijwel geheel in handen van de decaan gelegd. Dit betekende dat de decaan zijn beslissingen, ook als de faculteit het in meerderheid daarmee oneens was, kon doorzetten. De reden dat de wetgever zoveel meer bevoegdheden dan gebruikelijk was aan de decaan toekende was de noodzaak deze een grote mate van beslissingsbevoegdheid te geven om het hem mogelijk te maken de nieuwe faculteit binnen korte tijd op poten te zetten. Zodra de Noodwet van kracht was geworden, droeg de SKHO haar werkzaamheden over aan de MFR en hief zij zich zelf op. Tevens kwam een einde aan de werkzaamheden van de commissie voorbereiding MFR.

Elke instelling van hoger onderwijs werd in die tijd bestuurd door een college van curatoren. Het algemeen bestuur van de MFR was hiermee vergelijkbaar. Tevens bestond er een faculteitsbestuur waarvan de decaan voorzitter was. Het algemeen bestuur was verantwoordelijk voor algemene beleids- en beheerstaken zoals financiën, personeel en bouw. Het faculteitsbestuur regelde alle zaken met betrekking tot onderwijs en onderzoek. De decaan en een aantal hoogleraren uit de faculteit waren lid van het algemeen bestuur. Bestuurlijke en uitvoerende verantwoordelijkheden liepen dus door elkaar.

Erasmus Universiteit

Niet alleen bij de MFR, maar ook bij de NEH was het enthousiasme om op te gaan in één universiteit gering. Maar als dat dan toch moest hadden beide partijen vanwege hun eigen karakter voorkeur voor een losse samenwerking in federatief verband. Ook dit wees de minister af. Een federatie betekende decentralisatie van beleids- en beheerstaken binnen de universiteit.

Dit was niet in overeenstemming met het centralistische beleid ten aanzien van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek dat de overheid in de 60er en 70er jaren voerde. Uiteindelijk vond toch een fusie plaats tussen de MFR en de NEH en werd de Erasmus Universiteit op 1 februari 1973 als rijksuniversiteit opgericht. De MFR werd daarmee Faculteit der Geneeskunde en na het toevoegen van de studierichting Beleid en Management in de Gezondheidszorg, vanaf 1986 Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Bij elke medische faculteit hoort een academisch ziekenhuis als "werkplaats". Hoe was nu de stand van zaken met het academisch ziekenhuis in Rotterdam?

Besloten was dat het gemeenteziekenhuis Dijkzigt en het particuliere Sophia Kinderziekenhuis samen het AZR zouden gaan vormen. Academische ziekenhuizen waren van oudsher onderdeel van de universiteit. De academische ziekenhuizen waren uitgegroeid tot grote instellingen met een eigen bestuurlijke, organisatorische en financiële problematiek. Daarom had de minister van OKW besloten dat zij afzonderlijke organisaties met een eigen rechtspersoon zouden worden die zouden blijven ressorteren onder zijn ministerie. Een en ander werd vastgelegd in de Wet Status Academische Ziekenhuizen van 28 augustus 1969. Door deze wet ontstond het gevaar dat de academische ziekenhuizen en medische faculteiten verder van elkaar zouden komen te staan tot schade van de wetenschapsbeoefening. Onder andere door de commissie Dijkhuis (1971) en vanuit de Tweede Kamer werd daarom als alternatief gesuggereerd medische faculteiten en academische ziekenhuizen onder te brengen in één organisatie: een academisch medisch centrum. Dit alternatief werd door de minister, toentertijd minister Veringa, verworpen, o.a. omdat hij vreesde dat de band tussen academisch medische centra en universiteiten te los zou worden. Bovendien was er een

bestuurlijk probleem: ten gevolge van de door velen verguisde Wet Universitaire Bestuurs Hervorming (WUB) van 1970 veranderde het bestuur van de universiteiten en faculteiten in een gedemocratiseerd zelfbestuur. Daarentegen hadden de academische ziekenhuizen een centraal geleide, bedrijfsmatige en functionele bestuursvorm.

Naar mijn mening is het niet onderbrengen van medische faculteiten en academische ziekenhuizen in één organisatie een ernstige bestuurlijke fout geweest waardoor de afstemming tussen medische faculteiten en academische ziekenhuizen is belemmerd en teveel afhankelijk is gemaakt van de goede wil van personen. Hierdoor bestaan tot op de dag van vandaag voortdurende, vaak hoog oplopende discussies over de positie van de academische ziekenhuizen in relatie tot de universiteiten, de medische faculteiten en de ministeries van O en W en WVC. Een en ander is uitvoerig beschreven door Le Blanc (3).

Per 1 oktober 1967 was de MFR eigenares geworden van het Dijkzigt ziekenhuis en had zij de exploitatie hiervan overgenomen. Het nu academisch geworden Dijkzigtziekenhuis hield echter een eigen voorlopig bestuur. Dit was via een aantal personele unies, waaronder de decaan, nauw verbonden met het algemeen bestuur en het faculteitsbestuur van de MFR, zodat afstemming tussen alle partners snel en slagvaardig kon plaatsvinden. De vorming van een academisch medisch centrum onder één bestuur zou op dat moment, enkele jaren vóór de Wet Status Academische Ziekenhuizen en de WUB gemakkelijk tot stand hebben kunnen komen. Een academisch medisch centrum was voor Rotterdam een organisatievorm die zeer voor de hand lag en door velen werd gesteund. Tegenstanders vreesden echter dat dit belemmerend zou kunnen zijn voor de vorming van een volledige universiteit. Het academisch medisch centrum Rotterdam kwam er niet. Een gemiste kans. Op grond van de Wet Status Academische Ziekenhuizen werd aan het AZR op 1 mei 1971 rechtspersoonlijkheid verleend en werden de academische ziekenhuizen ontkoppeld uit de universitaire bestuursstructuur. De bestuurlijke bevoegdheden en exploitatie werden overgedragen aan een nieuw ziekenhuisbestuur, waarvan de decaan niet langer deel uitmaakte. Een tweede bestuurlijke fout.

Op 4 oktober 1990 werden de academische ziekenhuizen door een wijziging van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen juridisch en economisch volledig verzelfstandigd en onder de werking van de volksgezondheidswetgeving gebracht. Zij bleven echter behoren tot de politieke verantwoordelijkheid van de minister van O en W, die ook een deel van de financiering verzorgt, en niet tot de verantwoordelijkheid van de minister van WVC.

Afstemming FGG - AZR

Het AZR is ontstaan uit het Dijkzigtziekenhuis en het Sophia Kinderziekenhuis. Dit was enkele maanden voor het Dijkzigt ziekenhuis op 6 juni 1967 aan de MFR overgedragen. Teneinde de werkplaatsfunctie die het academisch ziekenhuis voor de faculteit moest vervullen te garanderen, te weten het geven van de mogelijkheid voor klinisch onderwijs en patiëntgebonden onderzoek, had de minister voor

alle medische faculteiten en academische ziekenhuizen in de Wet Status Academische Ziekenhuizen een overlegstructuur vastgesteld. Overleg moest plaatsvinden op twee niveaus: op operationeel niveau tussen het faculteitsbestuur en de ziekenhuisdirectie en op strategisch niveau tussen het college van curatoren (in Rotterdam: het algemeen bestuur van de MFR en later het college van bestuur van de EUR (CvB)) en het ziekenhuisbestuur. In Rotterdam resulteerde dit in drie overlegstructuren:

- Op operationeel niveau in de ziekenhuiscommissie. In deze commissie hadden de decaan, een ander lid van het faculteitsbestuur, de directeur van de faculteit en de hoofddirecteur van het AZR zitting. Onderwerpen van overleg waren de belangen van de faculteit met betrekking tot onderwijs en onderzoek in het AZR.
- Op strategisch niveau in de commissie van overleg (CvO). Deze bestond uit leden van het CvB, het bestuur van de FGG en het bestuur en de directie van het AZR. In de CvO werden uitsluitend bestuurlijke en beleidsmatige onderwerpen besproken. Voor de uitvoering hiervan werd een commissie ingesteld die bestond uit direct onder de besturen ressorterende ambtenaren. De voornaamste onderwerpen betroffen beheersaangelegenheden, financiën en personeel. Het overleg was echter vrijblijvend omdat de CvO geen bevoegdheden bezat om tot bindende afspraken te komen.
- Bovendien vond, naast de CvO die tweemaal per jaar bijeen kwam en de gezamenlijke vergaderingen van CvO en ziekenhuiscommissie die driemaal per jaar plaatsvonden nog driemaal per jaar overleg plaats tussen het CvB en het bestuur van het AZR.

Voorwaar een ingewikkelde en tijdrovende overlegstructuur die gemakkelijk aanleiding gaf tot verwarring, misverstanden en irritaties zoals uit de notulen van de verschillende commissies blijkt.

De overlegstructuren garandeerden afstemming van beleid dan ook onvoldoende. Dit was zowel in Rotterdam als elders het geval.

Verwevenheid

In een academisch ziekenhuis worden verschillende taken verricht: patiëntenzorg, onderwijs, opleiding en nascholing, klinisch wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling, dat wil zeggen het algemeen toepasbaar maken van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De taken worden in onderlinge afhankelijkheid door medische faculteit en academisch ziekenhuis verricht, waarbij tussen medewerkers in facultaire en medewerkers in ziekenhuisdienst meestal geen onderscheid kan worden gemaakt. Dit wordt de verwevenheid van de medische faculteit en het academisch ziekenhuis genoemd. Deze situatie wordt onder andere goed geïllus-

treerd aan de facultaire klinische instituutshoofden, die tevens hoofd zijn van de overeenkomstige ziekenhuisafdeling. De verwevenheid heeft consequenties voor de financiering van de academische ziekenhuizen. Deze worden primair gefinancierd uit het gezondheidszorgbudget vanuit de premiesector. Omdat dit de exploitatiekosten niet dekt geeft het ministerie van O en W een zogenaamde rijksbijdrage ten behoeve van onderwijs en onderzoek. Al bijna 20 jaar acht de overheid een scheiding in de toerekening van kosten voor patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek gewenst met het oog op selectieve bezuiniging en kostenbeheersing. Meerdere pogingen om deze kosten op objectieve gronden te scheiden hebben echter gefaald vanwege de verwevenheid. In 1993 heeft de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) in haar rapport "Bepaald betaalbaar" voor de academische ziekenhuizen gezamenlijk, dus op macroniveau, voor elk van de taken op normatieve basis een kostentoerekeningsmodel opgesteld (4). Volgens dit model is ongeveer de helft van de rijksbijdrage gerelateerd aan onderwijs en onderzoek (werkplaatsfunctie). De andere helft wordt gebruikt voor zeer specialistische patiëntenzorg, waarvoor geen doorverwijzing mogelijk is (topreferentiezorg). Het VAZ model kan echter niet zonder meer worden toegepast voor kostentoerekening op lokaal niveau. Het is niet ondenkbaar dat het patiëntenzorgdeel van de rijksbijdrage in de toekomst zal worden overgeheveld naar de premiesector en dan niet meer zal drukken op de begroting van het ministerie van O en W.

Projectorganisatie Academische Ziekenhuizen (PoAZ)

De Wet Status Academische Ziekenhuizen had de academische ziekenhuizen een zelfstandige positie gegeven ten opzichte van de universiteit. De positie ten opzichte van de intramurale gezondheidszorg bleef echter onduidelijk, de academische ziekenhuizen bleven immers onder het ministerie van O en W ressorteren. In de 70er jaren kwam de discussie op gang om de academische ziekenhuizen in te passen in de volksgezondheidwetgeving. De ministers Pais (O en W) en Ginjaar (Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMIL)) stelden in 1979 voor de verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen over te hevelen van de minister van O en W naar die van VoMIL (nu WVC). De academische ziekenhuizen, universiteiten en faculteiten, gesteund door een meerderheid van de Tweede Kamer (1981) waren daar echter fel tegen, met name op grond van de verwevenheid. In 1982 besloten de ministers van Kemenade (O en W) en Gardeniers (VoMIL) daarom niet onmiddellijk tot overheveling over te gaan, maar eerst door overleg van alle betrokken partijen te proberen de bestuurlijke knelpunten rond de academische ziekenhuizen, die het gevolg waren van eerder gevoerd departementaal beleid, op te lossen. Deze knelpunten waren:

- onvoldoende inpassing van de academische ziekenhuizen in de wetgeving voor planning van de gezondheidszorg;
- ontbreken van een helder profiel van het academisch ziekenhuis in de zin van een beschrijving van het eigen karakter ter onderscheiding van algemene ziekenhuizen;

- ontbreken van algemeen aanvaarde maatstaven voor beoordeling van plannen met betrekking tot capaciteit, functies, bouwkundige en overige investeringen, alsmede het ontbreken van een onderbouwde kostentoerekening naar onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg;
- structurele onvolkomenheden in de relatie tussen het academisch ziekenhuis en de universiteit;
- gebrekkige structuur van contacten van de academische ziekenhuizen met de centrale overheid en het veld van de gezondheidszorg;
- ontbreken van een instrumentarium voor het door de academische ziekenhuizen te voeren interne beleid en beheer;
- ontbreken van een zwaartepuntbeleid.

Voor de uitvoering van dit beleid werd in december 1982 de Projectorganisatie Academische Ziekenhuizen (PoAZ) ingesteld. 5 jaar later, in augustus 1987, bracht de PoAZ haar eindadvies uit. Voor een uitvoerige beschrijving met betrekking tot de PoAZ wordt verwezen naar Le Blanc (3). De PoAZ stond onder voorzitterschap van oud- staatssecretaris van Volksgezondheid Kruizinga en was samengesteld uit vertegenwoordigers van 16 partijen, waaronder besturen en directies van academische ziekenhuizen, universiteiten, medische faculteiten, ministeries en diverse organisaties die betrokken waren bij de gezondheidszorg. Uitgangspunten bij de discussies binnen de PoAZ waren de bestuursstructuren van universiteit, medische faculteit en academisch ziekenhuis en de gescheiden rechtspersoonlijkheid van universiteit en ziekenhuis (een medische faculteit heeft als onderdeel van de universiteit geen eigen rechtspersoonlijkheid). Het zal duidelijk zijn dat de manier waarop integratie kan worden verwezenlijkt hiermee nauw samenhangt. Verwevenheid van taken waarbij de verantwoordelijkheden van medische faculteit en academisch ziekenhuis in elkaar overlopen en vaak niet te scheiden zijn, maar gescheiden strategische- en beleidscircuits waarin beslissingen over financiën, personeel en bouwkundige voorzieningen worden genomen, vormen een onmogelijke bestuurlijke situatie.

Le Blanc (3) vat deze als volgt samen:

- Op microniveau gaf de duale structuur van medische faculteit en academisch ziekenhuis aanleiding tot talrijke territoriale en inhoudelijke dilemma's, die de doelmatigheid niet ten goede kwamen.
- Op mesoniveau waren vooral de institutionele verhoudingen tussen universiteit en academisch ziekenhuis problematisch. In theorie zouden de instellingen in goed onderling overleg tot een integrale afweging en bindende besluitvorming over hun onderwijs-, onderzoek- en patiëntenzorgtaken moeten kunnen komen. In de praktijk waren zij niet in staat de

gehele materie te overzien, maar kon elk de problematiek slechts vanuit zijn specifieke taak- en positiegebonden optiek benaderen.

- Op macroniveau gaf de interdependentie van taken en verantwoordelijkheden aanleiding tot een bestuurlijk dilemma over de politieke (eind)verantwoordelijkheid en de daarmee samenhangende coördinatie van planning, bouw en bekostiging van de academische ziekenhuizen.

Op alle niveaus van besluitvorming conflicteerden de gedemocratiseerde bestuursstructuren van het wetenschappelijk onderwijs met de bedrijfsmatige bestuursstructuren van de academische ziekenhuizen.

Er is een aantal bestuurlijke opties om medische faculteiten en academische ziekenhuizen beter op elkaar af te stemmen en te integreren. Bij de discussies hierover speelden twee verschillende uitgangspunten een rol. Het uitgangspunt van de universiteiten was bestuurlijk, nl. de eenheid van de universiteit. Het uitgangspunt van de medische faculteiten en de academische ziekenhuizen was de verwevenheid van taken.

Le Blanc (3) beschrijft deze opties als volgt:

- Het academisch ziekenhuis wordt een onderwijs- en onderzoekfaciliteit van de medische faculteit. Haar autonome positie wordt beëindigd. Dit was uiteraard een niet realistische optie.
- Er ontstaat een bestuurlijke en organisatorische integratie van de medische faculteit en het academisch ziekenhuis tot één zelfstandige organisatie met rechtspersoonlijkheid, een Universitair Medisch Centrum onder gedeelde politieke verantwoordelijkheid van de ministers van O&W en WVC.
Om dit te realiseren moesten de universiteiten concessies doen aan de eenheid van de universiteit en de academische ziekenhuizen aan hun zelfstandige positie. Deze optie had de voorkeur van de medische faculteiten, maar werd afgewezen door de universiteiten en de academische ziekenhuizen.
- Een Medische School, dat wil zeggen een bestuurlijk en organisatorisch geïntegreerde medische faculteit en academisch ziekenhuis als onderdeel van de universiteit. Dit was niet acceptabel voor de academische ziekenhuizen.
- Een Medische School als zelfstandige publiekrechtelijke instelling binnen de gezondheidszorg onder politieke verantwoordelijkheid van de minister van WVC. Dit was niet acceptabel voor de universiteiten.
- Een verdere verzelfstandiging van de academische ziekenhuizen tot een algemeen ziekenhuis met opleidings- en onderzoektaken, dat hiervoor contractuele afspraken had met de universiteit c.q. de medische faculteit.

Deze optie was een alternatief voor de universiteiten en de academische ziekenhuizen, maar werd afgewezen door de medische faculteiten.

- De status quo.

De patstelling ten aanzien van verandering van de bestuursstructuur is duidelijk. Wel formuleerde de PoAZ drie modellen voor operationeel management van samenwerking tussen medische faculteiten en academische ziekenhuizen (5).

Deze modellen waren:

- Operationeel management door de directie van het academisch ziekenhuis. De ziekenhuisdirectie krijgt naast patiëntenzorgtaken verantwoordelijkheid voor de klinische facultaire taken die binnen de ziekenhuisafdelingen plaatsvinden, met name op het gebied van beheer.
- College van directeuren model. Een samenwerkingsverband van twee eigenstandige directies; dit krijgt vorm door nauw overleg. Essentieel is hierbij dat de twee directies zodanig frequent contact hebben door korte communicatielijnen, gemeenschappelijke probleemoplossing en gemeenschappelijke vergaderingen, dat een natuurlijke vorm van afstemming ontstaat.
- Gemeenschappelijke directie academisch ziekenhuis-faculteit. Er is eenheid van leiding door het in één orgaan onderbrengen van het dagelijkse beheer over de middelen voor patiëntenzorg en voor onderwijs en onderzoek. Besluitvorming geschiedt gezamenlijk en coördinatie van de verschillende taken vindt dagelijks plaats.

Bestuurlijk kon echter geen overeenstemming worden bereikt, mede omdat de discussies binnen de PoAZ werden doorkruist door de interdepartementaal slecht gecoördineerde bezuinigingsoperatie in het hoger onderwijs en de academische ziekenhuizen (Taakverdeling en Concentratie). De status quo bleef gehandhaafd. Onder druk van de kabinetsformatie in 1986 kwamen de universiteiten en academische ziekenhuizen wel tot een gezamenlijke standpuntbepaling over hun bestuurlijke verhouding. Uitgangspunten waren onder andere de verwevenheid en gelijkwaardigheid van taken, de zelfstandige positie van universiteit en ziekenhuis en de wenselijkheid van eenheid van leiding van medische faculteit en academisch ziekenhuis (6). Tevens werd de noodzaak gevoeld van een Gemeenschappelijk Arbitrageorgaan dat in geval van conflicten voor beide partijen bindende uitspraken zou kunnen doen.

Acties van de overheid naar aanleiding van de besprekingen in de PoAZ

Nog voordat de PoAZ haar eindrapport had uitgebracht stelden de bewindslieden van O en W en WVC in een gezamenlijke beleidsnotitie in februari 1987 het volgende voor:

- de academische ziekenhuizen zouden niet worden overgeheveld van O en W naar WVC, zoals eerder door de ministers Pais en Ginjaar was voorgesteld;
- de academische ziekenhuizen zouden wel worden geïntegreerd in de intramurale gezondheidszorg;
- beide financieringsbronnen van de academische ziekenhuizen, premiesector en rijksbijdrage, zouden gehandhaafd blijven;
- er zou een regeling worden getroffen inzake de onderlinge ministeriële verantwoordelijkheden met betrekking tot de academische ziekenhuizen;
- er diende een Gemeenschappelijk Bestuursorgaan van universiteit en academisch ziekenhuis te komen dat in de plaats zou komen van de slecht functionerende overlegstructuren. Het bestuursorgaan had tot taak er voor te zorgen dat afstemming werd bereikt over de gemeenschappelijke taken van de medische faculteit en het academisch ziekenhuis alsmede over de inzet van middelen hiervoor en zou de bevoegdheid krijgen afspraken hierover zonodig bindend op te leggen. Het zou de bevoegdheden van de universitaire bestuursorganen niet inperken.

Zowel de PvdA als de VVD hadden om uiteenlopende redenen moeite met een Gemeenschappelijk Bestuursorgaan. De regering besloot daarom de bestuurlijke bevoegdheden van het bestuursorgaan te laten vervallen en dit te veranderen in een Gemeenschappelijk Beleidsorgaan (GBO). Wettelijk kreeg het GBO de taak een doelmatige samenwerking op het terrein van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek tussen universiteit en ziekenhuis te bevorderen. In Rotterdam is daaraan toegevoegd "en tevens de daaraan gerelateerde patiëntenzorg en opleidingstaken". Tevens werd bepaald dat de resultaten van het overleg terzake en de vorderingen ten aanzien van de samenwerking en met name de besteding van de rijksbijdrage jaarlijks schriftelijk moesten worden vastgelegd in een zogenaamd plandocument. Voor de uitvoering van de samenwerking kan een Gemeenschappelijk Uitvoeringsorgaan (GUO) worden ingesteld. De wet geeft de mogelijkheid bevoegdheden van het universiteits- en ziekenhuisbestuur te mandateren of zelfs te delegeren aan het GBO.

De vergelijkbaarheid van bestuurlijke niveaus is in 1990 gecompliceerd doordat de directie van het academisch ziekenhuis raad van bestuur (RvB) is geworden met de daarbij behorende bestuurlijke bevoegdheden en het ziekenhuisbestuur raad van toezicht (RvT) te vergelijken met een raad van commissarissen in een onderneming.

Samenvatting

Het voorgaande kan als volgt worden samengevat:

- Het verwerpen door minister Veringa van de suggesties van de commissie Dijkhuis en vanuit het parlement om medische faculteiten en academische ziekenhuizen onder te brengen in één organisatie is het begin geweest van veel bestuurlijke problemen en heeft remmend gewerkt op de integratie van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en academische patiëntenzorg.
- Er bestaat overeenstemming tussen medische faculteiten en academische ziekenhuizen over verwevenheid en gelijkwaardigheid van taken.
- Er bestaat overeenstemming over het blijven ressorteren van de academische ziekenhuizen onder de minister van O en W.
- Verschillen in bestuursstructuur tussen universiteit c.q. medische faculteit (gedemocratiseerd) en academisch ziekenhuis (bedrijfsmatig) bemoeilijken een nieuw bestuursmodel, maar maken dit wettelijk niet onmogelijk.
- Er is geen nieuw bestuursmodel tot stand gekomen. Teleurstellend is dat niet het inhoudelijk optimaal functioneren van de in taken verweven medische faculteiten en academische ziekenhuizen bij de discussies voorop is gesteld, maar dat de universiteiten het illusoire argument van het von Humboldt model: eenheid van de universiteit (7)(8) hebben gebruikt om veranderingen tegen te houden en de academische ziekenhuizen geen concessies wilden doen aan hun zelfstandige taak en positie.
- Universiteiten en academische ziekenhuizen hebben de wenselijkheid van eenheid van leiding en operationeel management van de medische faculteit en het academisch ziekenhuis erkend.
- Overleg op strategisch niveau tussen universiteit en academisch ziekenhuis in de CvO en op operationeel niveau tussen medische faculteit en academisch ziekenhuis in de ziekenhuiscommissie is over het algemeen weinig vruchtbaar geweest. Inmiddels is een nieuwe overlegstructuur (GBO) gecreëerd.
- Het beleid van de overheid is onvoldoende gebaseerd op medische en wetenschappelijk inhoudelijke uitgangspunten en is daardoor wisselvallig en te weinig op de toekomst gericht.

De situatie in Rotterdam nu

Hoe is nu, anno 1994, de situatie in Rotterdam.

FGG

In de FGG lijkt het enkele jaren geleden gereorganiseerde doctoraal-curriculum dat tegen veel weerstand in van lijnonderwijs is veranderd in themagericht blokonderwijs waarin de samenhang van klinische en niet-klinische vakgebieden centraal staat, de meeste kinderziekten te hebben overwonnen. Voorlopige cijfers suggereren dat het onderwijs rendement stijgt. Ook de organisatie van het wetenschappelijk onderzoek is enkele jaren geleden veranderd. Om een betere afstemming van fundamenteel en toegepast onderzoek te bevorderen en het onderzoekmanagement te verbeteren zijn alle onderzoekprojecten, inclusief die van de Daniel den Hoed Kliniek (DDHK) die binnen kort zal fuseren met het AZR, ingedeeld bij 11 thematisch gerichte werkgemeenschappen. De 6 werkgemeenschappen die als zwaartepunt gelden maken deel uit van 4 landelijke onderzoekscholen. Bij de landelijke beoordeling van het medisch wetenschappelijk onderzoek door de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) (Disciplineplan Geneeskunde (9)) komt Rotterdam over de periode 1988 - 1992 als eerste naar voren, op de voet gevolgd door Leiden en de Universiteit van Amsterdam (UvA).

Bij de evaluatie van het klinisch onderzoek, gepubliceerd door het Amerikaanse tijdschrift Science Watch, was de FGG in Rotterdam over de periode 1986 - 1990 na de medische faculteit van de UvA en de Mc Master Universiteit in Hamilton nummer drie van de medische faculteiten buiten de Verenigde Staten (10). Nadere analyse van de door Science Watch gebruikte basisgegevens leerde dat in de FGG meerdere klinische vakgebieden aan deze goede score hebben bijgedragen. De zeer recent afgeronde interne facultaire analyse van het wetenschappelijk onderzoek over de jaren 1988 - 1992 bevestigt het bovenstaande. Er bestaan echter indicaties dat de werfkracht bij fondsen die patiëntgebonden onderzoek financieren lijkt af te nemen. Zelfgenoegzaamheid met betrekking tot de behaalde resultaten is niet op zijn plaats en voortdurende alertheid van onderzoekers en bestuurders blijft geboden.

AZR

Het AZR heeft 1145 bedden en is daarmee het grootste academisch ziekenhuis in Nederland. Na de fusie met de DDHK zal het aantal bedden ongeveer 1300 bedragen. Behalve reumatologie zijn alle specialismen en de meeste sub (super) specialismen aanwezig.

In 1992 adviseerde een commissie onder voorzitterschap van prof. de Wied de overheid aan afdelingen in academische ziekenhuizen waarin of van waaruit goed wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt het predikaat "van academische statuur" te verlenen (11). In het Hoger Onderwijs en Onderzoekplan (HOOP) 1994 van het

ministerie van O en W wordt deze aanbeveling overgenomen en wordt aangekondigd dat een methodiek zal worden ontwikkeld waarmee academische statuur kan worden vastgesteld. Volgens de commissie de Wied zou de onderzoekcomponent van de rijksbijdrage vooral aan afdelingen van academische statuur ten goede moeten komen. Op grond van de interne evaluatie van het onderzoek in Rotterdam verwacht ik dat de meeste ziekenhuisafdelingen aan de criteria voor academische statuur zullen voldoen. Het medisch beleid van het AZR sluit goed aan bij het beleid van de FGG. Uitgangspunt is dat alle afdelingen op academisch niveau werkzaam zijn ten aanzien van de kerntaken die binnen het AZR moeten worden verricht, i.c. onderwijs, onderzoek, ontwikkelingsfunctie en patiëntenzorg.

Patiëntenzorg bestaat uit tweede-lijnszorg ("gewone" patiënten) en topzorg. Topzorg kan worden onderscheiden in topreferentiezorg en topklinische zorg. Zoals eerder is gezegd betreft topreferentiezorg patiënten bij wie bijzondere diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn en voor wie geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topklinische zorg is zorg waarvoor concentratie van kennis en praktische expertise nodig zijn zodat superspecialistische voorzieningen kunnen worden geboden. Topklinische zorg hoeft niet persé in een academisch ziekenhuis te worden gegeven, topreferentiezorg wel. Ontwikkeling en vernieuwing van topzorg kan uitsluitend gebeuren in nauwe samenhang met wetenschappelijk onderzoek in niet-klinische en klinische disciplines.

Uitgangspunt van het medische beleid in het AZR is dat topzorg en tweede-lijnszorg in een zodanige verhouding dienen te staan dat de kerntaken van het academisch ziekenhuis in voldoende mate kunnen worden verricht. Geleidelijk aan neemt het aandeel van de topzorg in de academische ziekenhuizen toe. Over de periode 1988 - 1992 (12) blijkt dat in het AZR door de interne en heilkundige specialismen meer topzorg wordt verricht dan gemiddeld in andere academische ziekenhuizen: rond 45% van de patiëntenzorg versus 37-39% gemiddeld elders.

Teneinde de kwaliteit van de werkplaatsfunctie van het AZR te behouden en waar mogelijk, in lijn met de uitspraken in het HOOP 1994, te versterken is het noodzakelijk dat de tweede-lijnszorg niet verder vermindert en topzorg die ook elders kan worden gegeven voor een deel wordt overgeheveld naar grote niet-academische ziekenhuizen. Dit scheidt dan de benodigde ruimte voor nieuwe ontwikkelingen binnen het AZR. Daarom is een verdergaande affiliatie met een aantal niet-academische ziekenhuizen waarmee gestructureerde samenwerkingsverbanden moeten worden ontwikkeld gewenst.

Het zo goed mogelijk verrichten van de kerntaken kan uitsluitend in nauwe samenwerking van academisch ziekenhuis en medische faculteit plaatsvinden. Ook hier is voortdurende alertheid noodzakelijk.

GBO

In Rotterdam is gekozen voor een GBO dat is samengesteld uit een lid van het CvB, de decaan van de FGG, de voorzitter van de RvB en de voorzitter van het stafconvent. In het GBO is afgesproken overleg te voeren over strategisch en operationeel beleid en de uitvoering daarvan, alsmede over afstemming en waar mogelijk integratie van bedrijfsvoering. In de praktijk is de bijdrage van het GBO aan het beleid echter gering geweest omdat, zoals uit het voorgaande duidelijk is geworden, de taakafstemming tussen FGG en AZR goed verloopt en toerekening van de rijksbijdrage aan onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg op objectieve gronden niet mogelijk wordt geacht. Over bedrijfsvoering is voornamelijk ambtelijk overleg langzaam op gang gekomen met name op het gebied van personeelsbeleid, financiën, administratieve organisatie en huisvesting. Veel heeft dit nog niet opgeleverd. De reden is dat dit overleg te vrijblijvend is omdat bestuurlijke aansturing ontbreekt en de einddoelen niet of maar in beperkte mate zijn vastgesteld.

Geconcludeerd kan worden dat inhoudelijk wordt voldaan aan de noodzaak de verwevenheid van functies van FGG en AZR te implementeren. Dit is tot stand gekomen door een spontane vruchtbare samenwerking tussen partners. Het GBO heeft daarbij geen functie behoeven te vervullen. De bestuursstructuur die moet garanderen dat wat in de afgelopen jaren is bereikt niet alleen via overleg, maar ook via beleid kan worden gecontinueerd is echter onveranderd en onvoldoende. Een GUO is niet ingesteld; overdracht van bevoegdheden heeft niet plaatsgevonden.

Naar een ander bestuursmodel in Rotterdam?

Besturen is vooruitzien. Ik stel daarom de vraag: Is er reden om in Rotterdam zoals bij de medische faculteit van de UvA en het academisch ziekenhuis AMC is gebeurd, het bestuursmodel te veranderen zodat de taken van de FGG en het AZR niet alleen nu maar ook in de verdere toekomst goed op elkaar afgestemd verricht kunnen blijven worden.

De samenstelling van de RvB van het AZR is op tijdelijke basis in het afgelopen jaar veranderd omdat ik sedert februari 1993 behalve decaan van de FGG ook lid ben geweest van de RvB met als aandachtsveld patiëntenzorg. Dit is gebeurd vanwege een al geruime tijd bestaande vacature waarin niet op korte termijn kon worden voorzien. De afstemming tussen de besturen van de FGG en het AZR is hierdoor zeker vergemakkelijkt. Onder meer vanwege de omvang van beide functies zal de personele unie zoals die nu bestaat niet worden voortgezet.

In Amsterdam waren de problemen met betrekking tot het bestuur en beheer van de medische faculteit de directe aanleiding om per 1 januari 1994 de besturen van medische faculteit en academisch ziekenhuis volledig te integreren. De voorzitter van de raad van bestuur is daar nu tevens decaan van de medische faculteit. Zoals uit het voorgaande duidelijk is bestaat in Rotterdam een dergelijke situatie niet,

verre van dat. In de nabije toekomst zijn echter diverse veranderingen te verwachten die het gewenst maken ook hier herziening van het bestuursmodel ernstig te overwegen. Ik noem de voornaamste:

- Werkplaatsfunctie

Ten gevolge van het toenemen van de topzorg ten koste van de tweedelijnszorg kan de werkplaatsfunctie van het AZR voor het onderwijs en de specialistenopleiding in gevaar komen. Dit is principieel ongewenst en is niet in overeenstemming met het beleid van de overheid.

- Fusie DDHK - AZR

De fusie van de DDHK en het AZR en de nieuwbouw van de DDHK als academisch oncocentrum aangrenzend aan het AZR maken een gezamenlijke uitwerking door faculteit en ziekenhuis van de functionele en ruimtelijke integratie van het kankeronderzoek in het toekomstige, vergrote, academisch medisch complex noodzakelijk.

- Vermindering van financiële middelen en kostenstijging

De beschikbare middelen voor onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg zullen afnemen en de kosten zullen stijgen. Vermindering van financiële middelen is het gevolg van voortgaande bezuinigingen op het wetenschappelijk onderzoek en de gezondheidszorg door de overheid. Door de toenemende integrale kostentoerekening aan extramuraal gefinancierde onderzoekprojecten bestaat de mogelijkheid dat het aantal projecten dat extramuraal wordt gefinancierd zal afnemen. Stijging van kosten wordt onder andere veroorzaakt door duurdere methoden die noodzakelijk zijn om geavanceerd wetenschappelijk onderzoek te verrichten en ten gevolge van nieuwe kostbare diagnostische en therapeutische ontwikkelingen. Tevens moet rekening worden gehouden met veranderingen in de sturing van geldstromen voor medisch wetenschappelijk onderzoek (13). Eén en ander gaat niet gepaard met vermindering van werkzaamheden, integendeel, er bestaat een toenemende tendens tot vaak onnodig administratief perfectionisme en tot steeds meer overlegstructuren, zodat kerntaken in het gedrang dreigen te komen.

Dit alles vormt een potentiële bedreiging voor de wetenschappelijke positie van de FGG, voor de academische statuut van de ziekenhuisafdelingen, voor nieuwe ontwikkelingen binnen de topzorg en voor het algemeen toepasbaar maken hiervan. Meer dan tot op heden het geval was zullen in de nabije toekomst keuzes noodzakelijk zijn die door FGG en AZR gezamenlijk moeten worden gemaakt.

- Ontwikkelingen in de topzorg

Uit een recente inventarisatie van voorziene ontwikkelingen in de topzorg binnen het AZR blijkt dat deze veel omvangrijker zijn dan vanuit de beschikbare financiële ruimte kan worden gerealiseerd. Voor ontwikkeling van topzorg is patiëntgebonden onderzoek noodzakelijk. Het door AZR en FGG gezamenlijk ingezette beleid om vooruitgang en implementatie van topzorg te garanderen moet worden voortgezet.

Dit beleid omvat het creëren van voorzieningen voor de uitvoering van patiëntgebonden onderzoek volgens de eisen van "Good Clinical Practice" in speciaal daarvoor ingerichte ruimtelijke faciliteiten, het stimuleren van de werfkracht bij externe fondsen door het aantrekken van een coördinator voor klinisch onderzoek en het creëren van een steunpunt voor methodologie en protocolontwikkeling.

- Splitsing van de rijksbijdrage

Als de rijksbijdrage wordt gesplitst in een deel voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en een deel dat naar de premiesector zal worden overgeheveld ten behoeve van topzorg zal kostentoerekening op lokaal niveau noodzakelijk zijn en zal besteding van de middelen voor onderwijs en onderzoek in gezamenlijk overleg van FGG en AZR moeten plaatsvinden.

- Bedrijfsvoering

Indien afstemming en waar mogelijk integratie op het gebied van personeelsbeleid, financiën, administratieve organisatie, automatisering en huisvesting bestaat, zullen de bedrijfsvoering en de mogelijkheid tot het gezamenlijk verrichten van de kerntaken voor FGG en AZR effectiever, efficiënter en goedkoper kunnen plaatsvinden en zullen meer middelen aan kerntaken kunnen worden besteed.

Een bijkomend argument voor een beter gestructureerde bestuurlijke samenwerking tussen FGG en AZR is de economische betekenis die versterking van het medische complex voor Rotterdam kan hebben doordat de aantrekkingskracht voor hoogwaardige medische- en biotechnologische bedrijven toeneemt, zoals in een recent rapport in opdracht van het Ontwikkelingsbedrijf van de gemeente Rotterdam naar voren komt (14). De mogelijkheden om vestiging van dit soort bedrijven te realiseren worden momenteel verder uitgewerkt (15).

Naar een Erasmus Medisch Centrum

Zoals is beschreven hebben de discussies binnen de PoAZ niet geresulteerd in veranderingen. Inmiddels zijn we ruim 6 jaar verder. Onder het motto "Niets is blijvend behalve verandering" heeft het CvB een begin gemaakt met een meer decentraal beleid en een regelgeving die beter past bij de uiteenlopende taken en behoeften van de verschillende faculteiten. Dit beleid is in overeenstemming met

de in de nabije toekomst te verwachten wijziging van de Wet op het Hoger Onderwijs met betrekking tot de bestuursstructuur van de universiteit. Hierbij zal de nadruk liggen op de versterking van het bestuur en beheer op het niveau van de faculteiten. Het decentralisatiebeleid is nog maar gedeeltelijk geëxpliciteerd. Het zou naar mijn mening volgens het integraal management concept, dat wil zeggen integrale decentralisatie van taken en bevoegdheden binnen duidelijke randvoorwaarden en uitvoering op grond van meerjarenafspraken, moeten plaatsvinden.

Zoals gezegd zijn in Amsterdam de besturen en de bedrijfsvoering van de medische faculteit van de UvA en het AMC geïntegreerd. De externe commissie gezondheidsonderzoek die recent in Leiden een advies heeft uitgebracht bepleit een aparte status voor de faculteit der geneeskunde binnen de Leidse universiteit, het instellen van een GUO en delegatie van de beheersbevoegdheid van het centrale niveau naar het bestuur van de faculteit der geneeskunde. Bovendien pleit de commissie voor het maken van personele unies tussen de besturen van faculteit en academisch ziekenhuis voor de decaan en de voorzitter van de RvB.

Wat zou anno 1994 in de Rotterdamse situatie een goed passend bestuursmodel zijn waarmee de in 1986 erkende wenselijkheid tot eenheid van leiding en operationeel management van FGG en AZR kan worden verwezenlijkt evenals de einddoelen met betrekking tot integratie van de beheersdiensten.

Voor een volledige integratie van FGG en AZR analoog aan wat in Amsterdam is gebeurd ontbreekt de directe noodzaak en is de tijd niet rijp. Bovendien zijn de voor- en nadelen van dit bestuursmodel nog onduidelijk.

Naar mijn mening zou daarom vooralsnog voor de Rotterdamse situatie een Erasmus Medisch Centrum in de vorm van een managementholding maar geen financiële holding van FGG en AZR met een collegiaal beleidsvormend bestuur (16), dat wordt samengesteld uit enkele van de leden van het bestuur van de FGG en enkele van de leden van de RvB met daaronder een uitvoerende directie laag één van de meest in aanmerking komende bestuursmodellen zijn. In de managementholding kunnen FGG en AZR worden beschouwd als zelfstandige werkmatschappijen. In het holding bestuur zouden het vaststellen van beleid en besluitvorming moeten plaatsvinden over alle onderwerpen die voor de FGG en het AZR van gezamenlijk belang zijn, inclusief de begrotingen van beide organisaties. Onderwerpen die uitsluitend één van de organisaties betreffen kunnen in de afzonderlijke besturen worden afgehandeld. Bij een dergelijke constructie, die parallellen heeft met die van onderzoekscholen, blijven de budgetten, begrotingen en verantwoordingsverplichtingen van FGG en AZR gescheiden en houden CvB en RvT hun eigen verantwoordelijkheid. Wel zou een gemeenschappelijk Arbitrageorgaan zoals dat in 1986 al is voorgesteld moeten worden gevormd. De belangrijke positie die de niet-klinische vakgebieden en de gezondheidswetenschappen innemen moet wat betreft taken en financiering onaangetaast blijven; deze vakgebieden vormen immers een essentieel onderdeel van het onderwijs en onderzoek

van de FGG. Meerjarenaafspraken tussen de FGG en de EUR over de basisfinanciering van de FGG zijn gewenst. Omdat in Rotterdam het beheer van de faculteiten is gemandateerd aan de decanen zou het beheersreglement van de EUR slechts op enkele ondergeschikte punten behoeven te worden aangepast. De decaan zou langer dan nu gebruikelijk is in functie moeten zijn, bijvoorbeeld gedurende 6-8 jaar en als beroepsdecaan moeten worden benoemd door het CvB. De bevoegdheden van de faculteitsraad zouden meer in overeenstemming moeten worden gebracht met die van een ondernemingsraad. Dit betekent overleg over in plaats van vaststellen van de begroting maar tevens - wat nu niet het geval is - adviesrecht ten aanzien van de facultaire organisatie en het facultaire beheer en instemmingsrecht met betrekking tot het personeelsbeleid. Tevens zou de voorzitter van de faculteitsraad niet meer de decaan moeten zijn. In dit model blijft de positie van het stafconvent als adviesorgaan van de RvB ongewijzigd. Vanwege de beheersmandatering en vanwege het decentralisatiebeleid van het CvB is een aparte status voor de FGG binnen de universiteit, zoals voor Leiden is geadviseerd, niet nodig.

Totdat duidelijkheid over een eventueel nieuw bestuursmodel van FGG en AZR bestaat zou de decaan betrokken moeten blijven bij het beleid van het ziekenhuisbestuur met bijvoorbeeld als aandachtsgebied onderwijs, onderzoek en ontwikkeling.

Dringt de tijd? Ja, de tijd dringt, niet omdat het niet goed gaat maar omdat, als we te lang wachten, het gevaar bestaat achter de feiten aan te gaan lopen. De uitspraak van Fortuyn "Politieke besluitvorming mag best harder lopen dan de uitvoeringsmogelijkheden. Een ideële doelstelling die net iets reikt boven hetgeen praktisch mogelijk lijkt houdt de besluitvorming onder spanning en optimaliseert de uitvoering" (17) is in dit verband actueel. En ook de uitspraak van Sir Michael Jenkins, scheidend ambassadeur van Groot Brittannië, in zijn afscheidsinterview met de NRC op 30 april 1993: "Jullie Nederlanders bewerkstelligen met elkaar een opmerkelijke graad van consensus. Het gevolg van de eindeloze zoektocht naar overeenstemming is echter een traag besluitvormingsproces." Té traag. Daarom dringt de tijd.

Vereist zijn een dynamische instelling van de huidige en toekomstige bestuurders teneinde een slagvaardig en op de toekomst gericht Erasmus Medisch Centrum tot stand te brengen waarin de continuïteit van de huidige hoogwaardige academische en patiëntenzorgtaken en de sterke nationale en internationale positie van de FGG en het AZR zijn gewaarborgd.

En hiermee ben ik aan het eind gekomen van mijn afscheidsrede en draag ik het decanaat van de FGG over aan prof.dr. C.D.A. Verwoerd. Tevens neem ik afscheid als hoogleraar aan de Erasmusuniversiteit. Ik dank allen met wie ik in de 27 jaar dat ik aan de FGG en het AZR verbonden ben geweest voor de plezierige en constructieve samenwerking. Persoonlijke dankwoorden komen nog op andere momenten.

Literatuur

1. Van Lieburg MJ. Het medisch onderwijs te Rotterdam (1467 - 1967) Uitgeverij Rodopi, Amsterdam, 1978.
2. Binneveld JMW, Vleesenbeek HH. Medische Faculteit Rotterdam, Analyse van een experiment. Stenfert Kroese, Leiden, 1976.
3. Le Blanc N. Transformatie van zorgsystemen. Proefschrift, 16 december 1993, Rotterdam.
4. Bepaald betaalbaar. Een rapport over de financiering van de academische ziekenhuizen. Vereniging Academische Ziekenhuizen, 1993.
5. Projectorganisatie Academische Ziekenhuizen, Bestuurlijke relaties Academisch Ziekenhuis, Universiteit/Faculteit der Geneeskunde. Eindrapport bijlage 12, 1985.
6. Brief Bureau Academische Ziekenhuizen, 27 mei 1986 (nr. 860877).
7. Ysseling S. Filosofie in de moderne universiteit. Wijsgerig Perspectief 1985/1986; 26: 111-117.
8. Cohen AE. Is een universiteit meer dan de som der delen? Wijsgerig Perspectief 1985/1986; 26: 123-127.
9. Disciplineplan Geneeskunde. Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1994.
10. The world's most prolific scientists, 1981-1990. Science Watch 1991; 2 no. 10: 7.
11. Commissie profilering klinische research. Academische ziekenhuizen als werkplaats voor onderzoek, 1992.
12. Management informatiepakket academische ziekenhuizen, 1988-1991-1992 deel A. Nationaal ziekenhuisinstituut, 1993.
13. Aansturing en financiering van gezondheidsonderzoek. Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek, Deel 2. Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1994.

14. Van den Berg L, van Klink HA. Het medisch complex in Rotterdam als groeipool voor de stedelijke en regionale economie? European Institute for comparative Urban Research, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.
15. Medisch Complex Rotterdam. Willems en Van den Wildenberg bv, in opdracht van: Ontwikkelingsbedrijf Rotterdam, 1994.
16. Keuning D, Eppink DJ. Management en Organisatie. Theorie en Toepassing. 5^e druk. Uitgeverij Stenfert Kroese, Leiden, 1993.
17. Fortuyn WSP. Zonder ambtenaren: de overheid als ondernemer. Uitgeverij Veen, Amsterdam 1991.

Ik dank drs. M. Groenewegen voor zijn hulp bij de voorbereiding van deze beschouwing.