

Dr. W.J. de Gooijer

ZIEKENHUISMANAGEMENT ALS AFSTEMMINGS- EN STRUCTURERINGSPROBLEEM

Historie en Perspectief

Dr. W.J. de Gooijer

ZIEKENHUISMANAGEMENT ALS AFSTEM- MINGS- EN STRUCTURERINGSPROBLEEM

Historie en Perspectief



Van Gorcum, Assen/Maastricht 1988

© 1988 Van Gorcum & Comp B.V., Postbus 43, 9400 AA Assen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 ⁰ het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Gooijer, W.J. de

Ziekenhuismanagement als afstemmings- en structureringsprobleem: historie en perspectief/W.J. de Gooijer. - Assen [etc.]: Van Gorcum

Inaugurele rede Rotterdam. - Met lit. opg.

SISO 613.44 UDC 65.012.4:[614.2:725.51](043.5) NUGI 756

Trefw.: management; ziekenhuizen.

ISBN 90 232 2366 7

Layout en druk: Van Gorcum, Assen

**Ziekenhuismanagement als Afstemmings- en Structureringsprobleem
Historie en Perspectief**

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar ziekenhuismanagement, vanwege de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren, in de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam op vrijdag 15 april 1988.

In herinnering aan de wijsheid, vriendschap
en humor die ik heb mogen ervaren
van Cees de Galan.

INHOUD

1. Inleiding en Probleemstelling 1
 - 1.1. Persoonlijke ontboezemingen 1
 - 1.2. De kern van het managementvraagstuk 3
 - 1.3. De jaarverslagen als informatiebron 4
2. De periode 1950-1960 5
 - 2.1. Het beeld uit de jaarverslagen 5
 - 2.2. Achtergrond en beoordeling 7
3. De periode 1960-1980 10
 - 3.1. Het beeld uit de jaarverslagen 10
 - 3.2. Achtergrond en beoordeling 12
4. De periode 1980 en volgende jaren 16
 - 4.1. Het beeld uit de jaarverslagen 16
 - 4.2. Achtergrond en beoordeling 18
5. Vooruitblik 23
 - 5.1. Afstemming als proces van wederzijdse aanpassing 23
 - 5.2. De taak van de overheid 24
 - 5.3. De taak van de ziekenhuismanager 26
 - 5.4. Ter afronding 30
6. Persoonlijke ontboezemingen 31
- Noten en Geraadpleegde Bronnen 35

Mijnheer de Rector Magnificus,
Dames en Heren leden van de Universitaire Gemeenschap,
Geacht Bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren en voorts Gij allen, die door uw aanwezigheid blijk geeft van uw belangstelling,

zeer gewaardeerde toehoorders,

1. *Inleiding en probleemstelling*

1.1. *Persoonlijke ontboezemingen*

Het was nog maar kort na de Tweede Wereldoorlog toen ik als protestants jochie van amper zeven jaar met een gebroken been voor veertien dagen in een Rooms-Katholiek Ziekenhuis belandde. Van dat verblijf herinner ik mij nog veel. Vooral de nonnen. Je hoorde ze nauwelijks lopen. Wel hoorde je hun geruis wanneer ze op de mannenzaal met minstens vijftien bedden waar ik lag aan het werk waren. Dat kwam door hun wijde zwarte gewaden en de grote zwart-witte kappen die ze droegen. En als ze haast hadden hoorde je het gekletter van de bengelende rozenkrans. De dag begon er vroeg. En vooral dan hadden ze haast. Met name als er in de verte op de gang een ijl belletje klonk. In een sneltreinvaart werden dan de finesses voor de vereiste properheid geregeld en dan kwam er een man in een mooi gewaad binnen, vergezeld van twee jongetjes in een zwart-witte jurk. Hij gaf iedereen een snoepje, zo dacht ik. Mij sloeg hij over. Ik ben één keer bang geweest in dat ziekenhuis. Dat was toen de dokter mijn been ging zetten en ik met behulp van een etherkapje in slaap werd gebracht, want hoe de assisterende non ook haar best deed om mij gerust te stellen, zij voorkwam niet dat ik met een hol klinkend huilen het bewustzijn verloor. En toen ik wakker werd was ik misselijk.

Maar mijn been zat nu in het gips en ik mocht naar huis. Daar heb ik zes weken op bed doorgebracht. Toen het gips er af ging moest ik zelf maar proberen om weer te gaan lopen. Naar de afdeling fysiotherapie werd ik niet verwezen, want die bestond als zodanig nog niet in dat ziekenhuis.

Zo'n vijfendertig jaar later kwam ik weer voor veertien dagen in een ziekenhuis te liggen. Ik was nog steeds protestant en weer was het ziekenhuis Rooms-Katholiek, maar wij beiden waren oecumenisch geworden.

Nonnen heb ik tijdens dit verblijf in het ziekenhuis niet gezien. En de priester heette inmiddels pastor en daar kon je zo ongeveer elke overtuiging met betrekking tot het hiernamaals voor invullen. Maar er was nog veel meer veranderd.

Het verplegend personeel dat nu uit mannen en vrouwen bestond liep op klepperende klompschoenen en was zeer behendig in het bedienen van ingewikkelde elektronische apparatuur. Wat verder opviel was dat ik als een mondige patiënt werd behandeld, want ik werd door de chirurg over de ingreep voorgelicht. Daartoe behoorde onder meer de mededeling dat hij de volgende dag voor circa f 6.000,- aan medische middelen aan mij zou slijten.

Die volgende dag bleek het etherkapje te zijn vervangen door een spuitje dat ik nauwelijks voelde en dat zo snel werkte dat ik de operatiekamer niet meer heb gezien. Al gauw na de operatie werd ik doorverwezen naar de afdeling fysiotherapie. De medewerkers van deze goed geoutilleerde paramedische dienst speelden een belangrijke rol bij het herstel.

Nu bent u hier vanmiddag natuurlijk niet gekomen om enige persoonlijke ontboezemingen aan te horen. En dat is ook niet de bedoeling.

Waar het echter om gaat is dat zij de ingrediënten bevatten voor een ruwe schets van enige belangrijke ontwikkelingen in de intramurale gezondheidszorg (voortaan: ziekenhuizen). Samenvattend kan in dit verband uit het voorgaande het volgende worden gedestilleerd.

1. De confessionaliteit is minder dominerend geworden en de religieuzen zijn weg.
2. Het aantal disciplines dat op het terrein van de gezondheidszorg werkzaam is nam toe. Voor wat betreft mijn ontboezemingen is de fysiotherapie daarvan een voorbeeld.
3. De medisch-technologische ontwikkelingen en de medische wetenschap hebben een grote vlucht genomen. Zo werd het etherkapje vervangen door de spuit, het gips veelal door loopgips, terwijl de diagnostische- en therapeutische mogelijkheden werden verveelvoudigd.
4. De zorg verschoof bovendien van klinisch naar poliklinisch. Voor een eenvoudige beenbreuk zou ik nu poliklinisch worden behandeld.
5. Er werd kleinschaligheid doorgevoerd. De grote zalen van 15 tot 20 bedden zijn verdwenen.
6. Het patiëntenbestand werd meer gedifferentieerd. Het is nu welhaast ondenkbaar dat een kind op een mannenzaal terecht zou komen.

7. De patiënt werd mondiger en in verband daarmee geschiedt de voorlichting met een grotere openheid; ook voor wat betreft de kosten.

Waar echter deze schets geen antwoord op geeft is de vraag wat er met het management is gebeurd. Deze vraag roept op zichzelf weer twee andere vragen op. In de eerste plaats moet duidelijk worden gemaakt wat er onder het begrip „management” dient te worden verstaan. In de tweede plaats is het van belang te weten waar de informatie met betrekking tot de ontwikkeling van het management in de ziekenhuizen kan worden gevonden.

1.2. De kern van het managementvraagstuk

Voor wat het begrip „management” betreft kan worden gesteld dat het sinds het begin van de tachtiger jaren weer helemaal „in” is. Zo noemen *Peters en Waterman* ons acht principes waaraan moet worden voldaan om een excellente ondernemer te worden, behandelt *Brown* dertien fatale fouten die managers kunnen maken terwijl *Heller* tien waarheden omtrent management de revue laat passeren. Met hem ben ik van oordeel dat management een veel alledaagser bezigheid is dan sommige wetenschappers doen voorkomen.¹ Wellicht is dat de reden waarom ik geen wetenschappelijk verantwoorde definitie heb kunnen vinden die het begrip volledig dekt. Wel geeft de literatuur beschrijvingen van de management-taken en -functies.

Daaruit wordt duidelijk dat het verschijnsel „management” verwijst naar een veelomvattende en complexe activiteit waarbij een oplossing moet worden gevonden voor externe en interne afstemmingsproblemen, alsmede voor structureringsproblemen. Met betrekking tot die problemen dient de manager beslissingen te nemen. *Keuning en Eppink* rekenen deze problemen tot de kern van het managementvraagstuk.² Het is voor deze kern dat ik vanmiddag uw aandacht vraag.

Ter nadere toelichting zij in dit verband het volgende genoteerd.

Externe afstemmingsproblemen hebben betrekking op de problematiek van afstemming van een organisatie op partijen en situaties in het omringende maatschappelijke systeem. Dat maatschappelijke systeem is veelomvattend. Werknemers, cliënten, overheid, ontwikkelingen in normen en waarden, professionele groeperingen, en vele andere zaken behoren er toe. De manager moet in dat geheel de organisatiedoelstellingen bepalen en de weg waarlangs die kunnen worden gerealiseerd. Dat wil zeggen dat hij dient te zorgen voor actieplannen. Hij is hier de strateeg, de planner en de programmeur.

Interne afstemmingsproblemen verwijzen naar de problematiek van afstemming tussen de organisatie en de individuele organisatieleden. De manager dient in dit verband na te gaan welke organisatorische maatregelen er moeten worden genomen om de actieplannen ten uitvoer te brengen. Hij is daarbij de leider en de stuurman.

Externe en interne afstemmingsproblemen kunnen leiden tot structureeringsproblemen. Zij hebben betrekking op de opbouw van het organisatorisch kader waarmee mensen en middelen in een bepaalde verhouding op elkaar worden afgestemd. Het gaat daarbij om zaken als interne arbeidsverdeling, het toewijzen van beslissingsbevoegdheden en het inbouwen van coördinatievoorzieningen. De manager vervult hierbij de rol van organisatiebouwer, waarbij hij moet zorgen voor een zodanige flexibiliteit dat op veranderende externe en interne verhoudingen kan worden ingespeeld.

Nu leent een betoog als dat van vanmiddag zich minder goed voor een beschouwing aangaande de afstemming tussen de ziekenhuizen en de vele componenten uit het omringende maatschappelijke systeem. Het navolgende richt zich dan ook met name op de afstemming als proces van wederzijdse of eenzijdige aanpassing met betrekking tot de besluitvorming over aard en omvang van de gezondheidszorg. Dit enerzijds in de relatie tussen de ziekenhuismanager en de overheid en anderzijds in de relatie tussen die manager en de leden van de ziekenhuisorganisatie.

Onder de manager versta ik in dit verband de ziekenhuisdirecteur.

1.3. *De jaarverslagen als informatiebron*

Heb ik aldus aangegeven over welke managementaspecten ik het vanmiddag wil hebben, minder eenvoudig is de vraag te beantwoorden waar de betreffende informatie kan worden gevonden.

Bij mijn weten bestaat daarover geen literatuur. Dat is enerzijds jammer, anderzijds is het plezierig omdat het een welhaast automatische uitnodiging oplevert om enig onderzoek te verrichten. Daartoe heb ik gebruik gemaakt van jaarverslagen. Zij geven weer wat er zich in het afgelopen jaar heeft afgespeeld. Tenminste, zo zou het moeten zijn, want hoewel er in de loop der jaren een meer veelzijdige verslaglegging vereist werd, is het nog immer zo dat allerlei belangrijke zaken uit het organisatiegebeuren er niet in aan bod komen. Als men zich echter beperkt tot de grote lijn, zoals die naar voren komt uit de bestudering van een voldoende aantal jaarverslagen over een lange periode dan levert dat niettemin een aantal signalen op dat in verband met het onderwerp van vanmiddag relevant is. Met inachtnaam van deze kanttekeningen heb ik gemeend

voor vanmiddag te kunnen volstaan met de bestudering van circa 130 jaarverslagen over de periode 1950-1985 in evenredige mate betrekking hebbend op de verschillende soorten ziekenhuizen. En omdat het mij nuttig leek de grote lijn die daaruit met betrekking tot het kernvraagstuk naar voren kwam te vergelijken met de gang van zaken in het bedrijfsleven, heb ik op dezelfde wijze kennis genomen van circa 130 jaarverslagen uit het middelgrote en grote bedrijfsleven.

Van mijn bevindingen maak ik u nu gaarne deelgenoot, waarbij ik onderscheid in een drietal periodes, te weten: 1950-1960, 1960-1980 en 1980 en volgende jaren, zulks met de kanttekening dat het meer markeringen van een vloeiende overgang betreft dan een rationeel verdedigbare scherpe afbakening.

De historische schets zal per periode worden gevolgd door een beoordeling, toegespitst op de afstemming als aanpassingsproces met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg, terwijl ik ter afsluiting van het betoog zal vooruitblikken.

2. De periode 1950-1960

2.1. Het beeld uit de jaarverslagen

Kennisname van de verslaglegging van de ziekenhuizen over deze periode levert het beeld op van een organisatie die geïsoleerd van het maatschappelijk gebeuren functioneerde. Een wereld op zichzelf, gekenmerkt door godsvrucht en nette armoede. In naar schatting 75% van de ziekenhuizen werd het werk vanuit een confessionele overtuiging verricht. Wij vinden dit vertaald in de samenstelling van het bestuur, vaak het College van Regenten genoemd. Moeder en Broeder Overste, dominee en rector waren daarin in ruime mate vertegenwoordigd. En zo het jaarverslag al niet met een heuse preek begon, dan werd in ieder geval uitgebreid verslag gedaan van het werk ter zake de geestelijke verzorging. De directie werd meestal uitsluitend gevormd door een geneesheer-directeur, soms bijgestaan door een adjunct-directrice. Een econoom als directielid of als adjunct-directeur was een hoge uitzondering. Ruime aandacht genoten de medische staf en het medisch handelen. Van jaar tot jaar werden alle dokters met hun eventuele publicaties bij name genoemd. Per specialisme werden de diagnoses in aantallen vermeld; soms grafisch uitgebeeld.

Het aantal specialismen groeide terwijl ook niet-medische disciplines in toenemende mate een plaats binnen het ziekenhuis kregen.

De nette armoede waarvan ik sprak blijkt niet alleen uit de trots waarmee de aankoop van zelfs de eenvoudigste medische apparatuur werd gemeld maar ook uit de kennelijke vreugde die het gevolg was van bijvoorbeeld

de aanschaf van een koffiezetmachine, de vervanging van houten bedden door ijzeren, of het schilderen van enkele slaapkamers van het inwonende personeel. Zeer gedetailleerd beschreef men de zorg voor de gebouwen, de samenstelling van de voeding en de gevarieerdheid van de menus. En in de psychiatrie en zwakzinnigenzorg telde men de eieren en mestte men de varkens vet. Aangaande het personeel volstond men met de vermelding van het bestand, bevorderingen en jubilea, uitslagen van de examens inclusief de theologische vakken en, weer met vreugde, de aanschaf van een caravan voor de vacaties. Een en ander gedomineerd door een niet aflatende zorg over het tekort aan verpleegkundigen.

Bezien wij vervolgens voor dezelfde periode de jaarverslagen uit het bedrijfsleven dan ontstaat er een heel ander beeld. Het blijkt dat men daar uitgebreid aandacht besteedde aan de economische situatie in eigen land en in de wereld, terwijl de positie van het eigen bedrijf in de markt uitvoerig werd geschetst. Bovendien werd ingegaan op het overheidsoptreden, met name voor wat betreft de belastingpolitiek en de handelspolitieke verhoudingen. Het ging over productie, voorraadpolitiek, omzet en concurrentiepositie. Men beoordeelde de conjuncturele ontwikkelingen en klaagde over de overspannen arbeidsmarkt.

Voorts baarde de loonontwikkeling zorgen vooral omdat die geen gelijke tred hield met de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit en men had grote onvrede vanwege de toename van het verschijnsel van de zwarte lonen. Ook de relatie met de klant kwam regelmatig aan de orde, soms in een afzonderlijk hoofdstuk waaraan de naam „klantenservice” werd meegegeven, terwijl tenslotte het belang van research en ontwikkeling voortdurend werd onderstreept.

Kortom, in de jaarverslagen van het bedrijfsleven over deze periode kwam de relatie met het omringende maatschappelijke systeem als een vanzelfsprekende aangelegenheid aan de orde.

Die externe gerichtheid komen wij in de jaarverslagen van de ziekenhuizen maar in geringe mate tegen. Voorzover dat het geval was beperkte zich dit tot onderdelen van de gezondheidszorg in de onmiddellijke omgeving. Als men al iets over de buitenwereld zei dan ging het om bijvoorbeeld een pleidooi voor het afschrijven op basis van de vervangingswaarde vanwege een gevoelde bedreiging van het particuliere initiatief of, bij het teruglopen van de collecte-opbrengsten, het met spijt constateren dat de samenleving zich achter de collectieve verantwoordelijkheid van de staat verschool. De woorden „overheid” en „verzekeraar” kwamen niet of nauwelijks voor.

Voor wat betreft de interne afstemming bevatten de jaarverslagen van de ziekenhuizen weinig gegevens. De informatie bleef beperkt tot de opleiding van verpleegkundigen, het bestaan van een eenvoudig stafreglement, een incidentele medezeggenschapscommissie of personeelsraad, soms een regeling inzake een tegemoetkoming in de studiekosten en dergelijke.

In het bedrijfsleven was de interne afstemming meer dan in de ziekenhuizen wettelijk en op institutioneel niveau geregeld. Ondernemingsraad en CAO-onderhandelingen zijn daarvan voorbeelden. Voor het overige werd die afstemming veelal gevat in de term personeelsbeleid maar daarbij zij aangetekend dat dit niet veel meer inhield dan het plannen van de personele formatie op langere termijn en het investeren in scholing en vorming van het kaderpersoneel. Personeelsbeleid als noodzaak voor de continuïteit van de onderneming derhalve.

Structureringsproblemen kwam ik zowel in de jaarverslagen van de ziekenhuizen als in die van het bedrijfsleven in deze periode nagenoeg niet tegen. Voor wat de ziekenhuizen betreft waren een redelijke homogeniteit in de te nemen beslissingen en een accurate terugkoppeling vanuit het werkveld via een vrij strakke hiërarchische en stabiele organisatiestructuur daar debet aan,³ zij het dat de medisch specialisten binnen die structuur een aparte plaats innamen.

2.2. Achtergrond en beoordeling

De situatie in de ziekenhuizen aldus vergeleken hebbende met die in het bedrijfsleven wordt duidelijk dat er met name voor wat betreft de externe afstemming aanmerkelijke verschillen bestonden. Belangrijker echter dan deze constatering is het antwoord op de vraag of die verschillen ook kunnen worden verklaard. Voor die verklaring is een schets van het overheidsbeleid gedurende deze periode van belang.⁴ Dat beleid werd gekenmerkt door dirigisme waarbij prioriteit werd gegeven aan de wederopbouw van het industriële apparaat. Daarbij paste het streven om de arbeidskosten voor het bedrijfsleven zo laag mogelijk te houden, niet alleen via de weg van de geleide loonpolitiek maar ook door middel van een strak premiebeleid dat er op was gericht om onder meer de premies voor de verplichte ziektekostenverzekering zo laag mogelijk te houden.⁵ Voor de ziekenfondsen had dit bij een sterk groeiende medische consumptie een forse intoring op de reserves tot gevolg.⁶ Reserves die op de keeper beschouwd grotendeels door het bedrijfsleven werden opgesoupeerd. Het behoeft ons dan ook niet te verbazen dat er de eerste vijftien jaren na de oorlog nauwelijks enige uitbreiding van het verstrekkingenpakket tot stand kwam.

Ook ten aanzien van de vrijwillige verzekering voerde de overheid een kraptepolitiek die leidde tot tekorten die op hun beurt noodzaakten tot intèring op de reserves, premieverhoging en inkrimping van het verstrekkingenpakket.

Essentieel is dat door het overheidsbeleid gedurende vele jaren na de oorlog de financiële armslag van de verzekeraars aanzienlijk geringer werd. En dat werkte uiteraard door naar de financiële mogelijkheden van de ziekenhuizen. Het verschil is alleen dat zij degenen waren die met een sterk toenemende vraag werden geconfronteerd.⁷

De mate waarin daarop kon worden ingespeeld werd mede bepaald door het bouw- en prijsbeleid van de overheid. Voor wat het bouwbeleid betreft melden ons de cijfers dat van het totale door de overheid jaarlijks vastgestelde bouwvolume de eerste vijftien jaren na de oorlog slechts 1 à 2% ten goede kwam aan de gezondheidszorg. Van de 16.000 bedden die er over het tijdvak 1950-1960 bijkwamen blijkt tweederde deel te zijn gerealiseerd door barakkenbouw en een intensievere benutting van verouderde bestaande ruimten.⁸ Ook het gevoerde prijsbeleid maakt duidelijk dat de ontwikkeling van de gezondheidszorg een lage prioriteit genoot. Werde de strakke prijsbeheersingspolitiek voor het bedrijfsleven in 1949 grotendeels opgeheven, voor de ziekenhuizen bleef zij gedurende de hele periode van kracht, zij het dat er na 1957 enige versoepeling ontstond. Het uitgangspunt voor die beheersingspolitiek was dat de stijging van de verpleegprijs de kostenstijging van het levensonderhoud niet mocht overtreffen. Niettemin steeg het prijsindexcijfer voor ziekenhuisverpleging over het tijdvak 1948-1960 van 100 naar 281, terwijl dat van de kosten van het levensonderhoud in 1960 uitkwam op 160. Kostendekkende tarieven waren echter niet toegestaan want dat zou premiestijging en daarmee hogere kosten voor het bedrijfsleven tot gevolg hebben. Dus werden er kunstgrepen toegepast om de verpleegprijs laag te houden. Zo was het niet toegestaan om rente over het eigen vermogen te berekenen en moest er worden afgeschreven op basis van de historische aanschafwaarde. Het effect van deze kunstgrepen werd overigens in toenemende mate teniet gedaan door de snelheid waarmee de goedkope arbeid van religieuze plaats maakte voor duurdere loonarbeid.⁹

De daarmee gepaard gaande snelle stijging van de loonkosten kon onvoldoende in de verpleegprijs worden verdisconteerd. Dit zo zijnde restte de ziekenhuizen geen andere mogelijkheid om het gat dat ontstond tussen de verpleegprijs en de werkelijke kosten die voortvloeiden uit een toenemende zorgvraag en grotere diagnostische en therapeutische mogelijkheden te dichten dan door het aanspreken van het soms niet onaanzienlijke eigen vermogen.

Tegen de achtergrond van dit overheidsbeleid worden de verschillen tussen het bedrijfsleven en de ziekenhuizen met betrekking tot de externe afstemming begrijpelijk. Het bedrijfsleven, opererend in een gunstig overheidsklimaat waarin behoudens beperkte wettelijke randvoorwaarden, zelfstandig over aard en omvang van de productie kon worden beslist. De ziekenhuizen daarentegen opererend in een ongunstig overheidsklimaat waarbij onvoldoende middelen ter beschikking werden gesteld om adequaat te kunnen inspelen op een toenemende zorgvraag. Het bedrijfsleven dat niettegenstaande het gunstige klimaat kritisch reageerde op het gevoerde overheidsbeleid en daardoor aanpassing in een voor haar gunstige zin kon bewerkstelligen. De ziekenhuizen daarentegen die er noch individueel noch via hun vertegenwoordigers in het parlement in slaagden om het politieke getij te keren. Het zou echter onjuist zijn om op grond hiervan de conclusie te trekken dat de functie van de ziekenhuismanager in deze periode anders was dan die in het bedrijfsleven, want in termen van het externe afstemmingsprobleem diende ook de ziekenhuismanager te zorgen voor actieplannen en was hij strateeg, planner en programmeur. Het verschil is echter dat zijn pogingen om in te spelen op de nieuwe eisen die aan ruimtelijke en technische outillage werden gesteld, ondanks de ziekenhuislobby in het parlement, door het overheidsbeleid werden geblokkeerd.

Voor wat betreft de externe afstemming als aanpassingsproces bleef de overheidsrol beperkt tot het hanteren van het financiële instrument. Haar interesse aangaande de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg was gering. De ziekenhuizen zorgden in het kader van die externe afstemming voor een aanpassing door met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg het eigen vermogen ter beschikking te stellen. Daardoor tastten zij in deze periode hun eigen financiële basis aan.

De functie van de ziekenhuismanager verschilde inmiddels wel van die van zijn collega uit het bedrijfsleven voor wat betreft de interne afstemming en structurering. Niet zozeer vanwege het ontbreken van een ondernemingsraad of een CAO, want de relatie tussen de organisatie en de individuele organisatieleden bleef ook nadat de leken in getal binnen het ziekenhuis ruimschoots de overhand hadden gekregen nog lange tijd bepaald door de strakke religieuze ordestructuur, waarbij zij aangetekend dat ook in ziekenhuizen waar niet vanuit een confessionele grondslag werd gewerkt eveneens sprake was van een strakke hiërarchische structuur. Wel echter voor wat betreft de relatie met de medisch specialisten die in de organisatiestructuur van het ziekenhuis een vrij autonome positie innamen. De ziekenhuismanager bevond zich daardoor in een

spanningsveld tussen enerzijds zijn rol als leider en stuurman en anderzijds de medisch specialisten aan wie binnen de deels extern vastgestelde financiële grenzen materieel de beslissingsbevoegdheden toevielen aangaande aard en omvang van de zorg. Omdat dit spanningsveld ook vandaag nog bestaat kom ik er in het vervolg van mijn betoog op terug.

3. De periode 1960-1980

3.1. *Het beeld uit de jaarverslagen*

Erop terugblikkend kan de snelheid waarmee in deze periode de situatie in de ziekenhuizen veranderde alleen maar verbazingwekkend worden genoemd. Het beeld dat uit de jaarverslagen uit deze periode naar voren komt kan worden getypeerd met de volgende zinsnede die ik optekende:

„In den lande is een toenemende tendens merkbaar om inrichtingen van gezondheidszorg te zien, althans te vergelijken, met de organisatievorm die algemeen met de naam ‚bedrijf’ wordt aangeduid”.

Een bedrijf dat werd gekenmerkt door een snelle groei en een toenemende complexiteit. Geen wereld op zichzelf meer, maar een waarin het besef doordrong dat het ziekenhuis als organisatie niet los gezien kan worden van zijn omgeving.

Beginnend met enkele eenvoudige veranderingen valt allereerst op dat de besturen van ziekenhuizen meer op afstand gingen functioneren. Het College van Regenten verdween en ging nu bestuur, bestuurscommissie of later, Raad van Toezicht heten. De econoom deed zijn intrede in de directie, de religieuzen verdwenen uit de top en uit de rest van de organisatie en de geestelijke verzorging nam langzamerhand een minder dominerende plaats in.¹⁰

Door een acceleratie in de ontwikkelingen op het gebied van de medische technologie namen diagnostische en therapeutische mogelijkheden een grote vlucht en de aanwezigheid van niet-medische disciplines in het ziekenhuis werd een vanzelfsprekende zaak. In de geestelijke gezondheidszorg veranderde de behandelfilosofie. Categorisering, kleinschaligheid, groepsverkleining en deconcentratie zijn termen die daarbij horen. Er was alom een toenemende aandacht voor de extramurale zorg. De poliklinische functie ontwikkelde zich sterk en de dagverpleging kwam van de grond. Er kwam geformaliseerde samenwerking in de regio tot stand en de ziekenhuizen vroegen aandacht voor de samenhang der voorzieningen. Veel aandacht kreeg ook de outillage van het ziekenhuis. Er is nauwelijks een jaarverslag te vinden waarin niet de noodzaak van ingrijpende bouwactiviteiten werd onderstreept. Voorstellen voor com-

plete nieuwbouw, al dan niet vervangend, rolden met grote regelmaat van de directietafels. Men kreeg voorts aandacht voor service en public relations. De bloemen- en fruitstal, de kappers- en schoonheidssalon, televisiekamer en restaurant kregen een vaste plaats. De voorlichting aan patiënten kwam op gang, het vignet werd ontwikkeld en men deelde brochures uit. En al dat leven in de brouwerij noodzaakte uiteraard tot aandacht voor de mensen die in het ziekenhuis werkten, al was het maar omdat alleen al in het tijdvak 1964-1974 het aantal in de gezondheidszorg werkzame personen toenam met maar liefst 70%.¹¹ De ziekenhuizen deelden in deze groei.

In de eerste helft van de zeventiger jaren kwamen de personeelsdiensten van de grond, en al snel bleek dat het niet alleen maar ging om de samenstelling van de formatie, het ziekteverzuim, de werving en selectie en salarisregelingen, maar ook om zaken als loopbaanbegeleiding, carrièrebeleid, beoordelingssystemen en sociale begeleiding van het personeel, zij het dat men zich ten aanzien van deze facetten van de personele functie in een opbouwfase bevond. Niet zelden is men daar ook thans nog mee bezig.

Intussen noodzaakten de toegenomen complexiteit van de organisatie en de sterke groei van het personeelsbestand tot het oplossen van problemen in een steeds ingewikkelder wordend netwerk van communicatielijnen. Dit, gevoegd bij de zich snel wijzigende opvattingen in de samenleving met betrekking tot de arbeidsverhoudingen, leidde tot een sterk groeiende overlegcultuur. De ontwikkeling van die cultuur kreeg vorm in een veelheid van benamingen waarmee men gestalte gaf aan de democratisering van de verhoudingen.

Men was voortdurend bezig met het ontwikkelen of bijsturen van structuren daarin geleid door organisatiesociologen in dienst van het ziekenhuis, projectgroepen of externe adviesbureaus, niet zelden van een agogische snit. Er werden beleidsvoorbereidende, beleidsadviserende of beleidsbepalende organen ingesteld. Managementteam, behandelteam en beleidsteam werden ingeburgerde begrippen.

En er verschenen nota's. Veel nota's, waarin structuurplannen werden ontwikkeld, beleidsplannen werden ontvouwd, basisfilosofieën werden gepresenteerd en toekomstvisies werden verwoord.

Bezien wij vervolgens weer de gang van zaken in het bedrijfsleven dan zijn de verschillen ten opzichte van de voorgaande periode meer genuanceerd. De externe gerichtheid werd aangevuld met een verdere versterking van interne structureringszaken als planningsafdelingen, bedrijfsbureaus, werkvoorbereiding, werkanalyse, voortgangscontrole en kostenbewaking. Democratisering van de arbeidsverhoudingen werd er

als een sociale wenselijkheid beschouwd zolang zij de productiviteit niet schaadde. Met inachtnaam van deze grens veranderde er ook in het bedrijfsleven veel met betrekking tot de arbeidsverhoudingen in deze periode. Een belangrijk verschil is echter dat men het voor wat het organisatorisch kader betreft niet zozeer zocht in ingewikkelde overlegstructuren en -organen, maar meer in de mogelijkheden die de werkplek bood om medewerkers bij de besluitvorming te betrekken. Men streefde naar flexibilisering van de bedrijfsvoering door delegatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden waarmee aan werknemers een grotere verantwoordelijkheid en meer ontplooiingsmogelijkheden werden geboden. Er was aandacht voor taakverruiming, functieroulatie, werkstructurering, opleiding en vorming. Op het niveau van de totale organisatie speelde schaalvergroting weliswaar een belangrijke rol maar zij ging met het oog op de beheersbaarheid en flexibiliteit niet zelden gepaard met decentralisatie, met alleen voor zover nodig centrale richtlijnen. Men vormde kleine managementteams om de slagvaardigheid te vergroten omdat men van oordeel was dat deze organisatievorm beter paste bij een integrale en flexibele marktwerking. Kortom, de democratisering van de arbeidsverhoudingen was nadrukkelijk gekoppeld aan het stimuleren van het dragen van verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in de eigen werkomgeving. Toen tegen het einde van deze periode de economische ontwikkeling stagneerde bleek deze filosofie ook te werken bij het uitvoeren van kostenreductieprogramma's.

3.2. Achtergrond en beoordeling

Een tweetal factoren was bij het begin van de zestiger jaren bepalend voor een liberalisering van het klimaat, te weten de economische expansie en de *laissez faire* politiek van liberaal-confessionele regeringscoalities.¹² Zij leidden tot een zodanige versoepeling van het bouw- en prijsbeleid dat de ziekenhuismanager alle ruimte kreeg om de in de voorgaande periode opgelopen achterstand in te halen. Er werden dan ook met name sinds de tweede helft van de zestiger jaren duizenden ziekenhuisbedden gebouwd maar van enige planmatigheid was lange tijd geen sprake. En ook de vraag of er aan al die nieuwe ziekenhuizen behoefte bestond bleef onbeantwoord.¹³ Zo bleek de gehanteerde beddenvuistregel van 4,75% in de werkelijkheid van 1970 al uit te komen op 5,4%. De verantwoordelijke minister gaf in de Volksgezondheidsnota van 1966 weliswaar toe dat er niet van een systematische ordening en planning kon worden gesproken maar hij verbond daaraan geen beleidskonsequenties.¹⁴ Dat kon, omdat de confessionele partijen het bouwliberalisme steunden, gevoed door

confessionele ziekenhuis- en ziekenfondsorganisaties. Zij vonden dat als er al geordend moest worden dat een ordening in eigen kring moest zijn zonder overheidsbemoeienis.

Zoals het bouwbeleid werd ook het prijsbeleid vanaf het begin van de zestiger jaren in toenemende mate overgelaten aan het samenspel der maatschappelijke krachten. Dit vond in 1965 zijn neerslag in de totstandkoming van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, een orgaan dat in de eerste vijf jaren van zijn bestaan nog geen rem kon zijn op de ontwikkeling van de verpleegprijs, maar dat vanaf de oprichting de overheid nagenoeg telkenjare wees op de noodzaak van kostenbeheersing.¹⁵

Niet verwonderlijk, want met name sinds de tweede helft van de jaren zestig stegen die kosten zeer sterk, vooral als gevolg van de sterke expansie van de ziekenhuizen, de snelle groei van de medisch-technologische mogelijkheden en de loonkostenontwikkeling.¹⁶ Maar het duurde tot 1974 voor de overheid door middel van de Structuurnota van de Gezondheidszorg een eerste aanzet gaf met betrekking tot een beheersing van de kosten, terwijl in 1977 het eerste Financieel Overzicht Gezondheidszorg verscheen dat vanaf de jaren tachtig een taakstellend karakter kreeg. Een en ander heeft intussen betekend dat het tien tot vijftien jaren heeft geduurd voordat bij de overheid het besef doordrong dat men de zaken niet langer op zijn beloop kon laten.¹⁷ Het gevolg van deze opstelling was dat er lange tijd geen sprake is geweest van externe afstemming in de relatie tussen de ziekenhuizen en de overheid. De laatste vormde een corporatistisch beleidsmodel, gekenmerkt door overleg en diffuse verantwoordelijkheden, waarbij het initiatief voor beleidsveranderingen in hoofdzaak lag bij de maatschappelijke organisaties, de ziekenhuizen en de ziekenfondsen. Dankzij de economische groei konden zij in het corporatieve COZ-orgaan een zero-plus game spelen, waarbij uitgaande van een nul-situatie het overleg er toe leidde dat op zijn minst een van de partijen er beter van werd en de anderen niet slechter. Een spel zonder nieten, want ieder kon de rekening bij een ander declareren. De ziekenhuizen bij de ziekenfondsen, de ziekenfondsen bij de verzekeren, zij weer bij de werkgevers en de werkgevers bij de consumenten.¹⁸ De ziekenhuizen hoefden slechts plannen te hebben en voor het realiseren daarvan behoefde men nauwelijks water bij de wijn te doen. Zo kon men jaren volharden in de weigering om de ziekenfondsen inzicht in de exploitatie te verschaffen.¹⁹

Als gevolg echter van de stagnerende economische groei en het gegeven dat het aandeel van de collectieve sector in het nationaal inkomen inmiddels de 70% naderde, veranderde het zero-plus game in het begin van de zeventiger jaren langzamerhand in een zero-sum game, waarbij uit-

gaande van een nul-situatie het overleg er toe leidde dat het voordeel van de een in gelijke mate een nadeel voor de ander tot gevolg had.²⁰ De overlegsfeer werd daardoor meer een sfeer van onderhandelen met het COZ-bureau, mede door het groeiende belang van richtlijnen die door dat bureau werden ontwikkeld en toegepast. Onderhandelingen die door de inmiddels opgerichte koepelorganisaties van ziekenhuizen en ziekenfondsen werden gevoerd. Echter, ook de sfeer van onderhandelen verdween langzamerhand, want door de toenemende verslechtering van de economische omstandigheden en bij gebrek aan beleidsimpulsen uit het veld die op kostenbeheersing waren gericht, nam de overheid langzamerhand zelf weer het initiatief, uitmondend in de Wet Tarieven Gezondheidszorg en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.²¹ Met de eerste werd het COZ tot COTG en daarmee tot een orgaan van de staat. Wij zijn inmiddels in de jaren tachtig aangeland, de tijd van het etatisme, aldus *De Wolff*.

Speelden afstemmings- en structureringsproblemen voor wat betreft de expansie van de ziekenhuizen in deze periode geen belangrijke rol, anders lag dat voor de democratisering van de arbeidsverhoudingen. Met name de afstemming op de ontwikkelingen in maatschappelijke normen en waarden was hierbij van belang.²² Zij noodzaakten tot een wijziging in de interne arbeidsverhoudingen en zij vloeiden samen in structureringsproblemen ter zake het organisatorisch kader.²³ Uit de beschrijving van de ontwikkelingen in deze periode wordt duidelijk dat bedrijfsleven en ziekenhuizen voor de oplossing van die problemen verschillende wegen hebben bewandeld. De nadrukkelijke relatie die het bedrijfsleven legde tussen democratisering en productiviteit maakte het eerste tot een instrument voor het laatste. Voor wat de ziekenhuizen betreft lijkt het er op dat democratisering meer als een waarde op zichzelf werd beschouwd. Nu kan men het standpunt innemen dat juist de instellingen voor gezondheidszorg in dit vlak een voortrekkersrol dienen te vervullen, opdat men niet de eigen markt creëert,²⁴ maar daarmee zegt men nog niets over de meest adequate vormgeving. En het is die vormgeving die het management in de ziekenhuizen tegen de jaren tachtig kennelijk zorgen baarde. Zo valt er in verschillende jaarverslagen letterlijk te lezen dat wij ons eens moeten bezinnen op het aantal beschikbare uren voor het vergaderen, dat vergaderen zinvol en goed gestructureerd moet zijn, dat er meer aandacht voor het beheersaspect moet komen, dat er behoefte was om effectiever om te gaan met de overlegtijd en dat men vraagtekens had bij de functionaliteit van de democratisering.²⁵ Illustratief voor deze sfeer van verzuiming is de volgende zinsnede die ik optekende:

„Ook dit jaar werden er weer veel vergaderingen van diverse organen en commissies in ons ziekenhuis gehouden”.

In termen van de afstemming als proces van wederzijdse of eenzijdige aanpassing met betrekking tot de besluitvorming omtrent de aard en omvang van de zorg kan voor deze periode het volgende worden geconcludeerd. De overheid kon het zich dankzij een voorspoedige ontwikkeling van de economie lange tijd veroorloven om de ontwikkelingen ten aanzien van aard en omvang van de zorg over te laten aan het samenspel van maatschappelijke krachten. Zij trok zich terug en beperkte zich in hoofdzaak tot de rol van toeschouwer. Een vrij eenvoudige rol zolang de macro-financiële ruimte voldoende was om de verlangens uit het veld te honoreren. Zij wist overigens zeer wel dat de ontwikkelingen uit de hand zouden lopen zodra die ruimte geringer zou worden, maar in plaats van in te grijpen koos zij voor het vermijden van conflicten met het veld. De praktijk is dan ook geweest dat er tot en met de jaren zeventig praktisch geen belangstelling voor de kosten van de gezondheidszorg bestond. Verzekeraars die probeerden zich in de corporatistische organen hard op te stellen kregen daarvoor de handen niet op elkaar. *Anbeek*, oud voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen stelde voor deze periode onomwonden: „Daar waar we het geprobeerd hebben, werden we door de minister onderuit gehaald”.²⁶

Het veld heeft van de aldus geboden mogelijkheden gebruik gemaakt, niet alleen om de achterstand in te halen maar ook om vorm te geven aan uitbreiding en vernieuwing van de zorg. Zo werd de hele verschuiving van intra- naar extramuraal in al zijn vormen door de ziekenhuizen uitgevonden. De wet- en regelgeving holde daar doorgaans achteraan. Bovendien namen door de snelle ontwikkelingen in het vlak van de medische technologie de diagnostische en therapeutische mogelijkheden sterk toe hetgeen leidde tot een forse groei van de verrichtingen.

Dientengevolge was de externe afstemming als proces van aanpassing met betrekking tot de besluitvorming omtrent de aard en omvang van de zorg een aangelegenheid die vrij eenvoudig door de ziekenhuismanager direct of via de corporatistische organen werd bepaald.

En kan men dat de ziekenhuismanager nu kwalijk nemen? Mij dunkt van niet, want een slecht manager is hij die zijn kansen niet benut. Indien men mij nu zou tegenwerpen dat deze managementactiviteit toch maar mooi heeft geleid tot bijvoorbeeld een aanmerkelijke overbedding in de algemene ziekenhuizen, dan merk ik op dat over de periode 1965-1975 de bezettingsgraad gemiddeld 90% heeft bedragen.²⁷ Uitgaande van een optimale bezettingsgraad van 95% is dat naar mijn oordeel geen slecht getal omdat men dient te bedenken dat de bepaling van de omvang van de

ziekenhuizen was gebaseerd op prognoses waarbij werd uitgegaan van een groei van de bevolking; ook door de overheid. Men kan intussen achteraf wel makkelijk vaststellen dat er sprake is van overbedding maar voor de beoordeling van de manager is meer relevant of hij deze ontwikkeling had kunnen voorzien. Voor zo'n beoordeling staat de ziekenhuismanager naast zijn collega uit bijvoorbeeld de kunstvezel- en textiel-industrie of die uit de scheepsbouw.

Minder eenvoudig is de vraag te beantwoorden in hoeverre de aanpassing met betrekking tot de aard en omvang van de zorg binnen de ziekenhuizen mede werd bepaald door de externe en interne afstemming op maatschappelijke ontwikkelingen ter zake de arbeidsverhoudingen. De overheidsrol is daarbij in hoofdzaak randvoorwaardelijk geweest. Vast staat echter dat er zich binnen de ziekenhuizen een sterke overlegcultuur ontwikkelde, die overigens mede zijn basis vond in een toegenomen behandelinhoudelijke complexiteit. Met betrekking tot het spanningsveld waarin de ziekenhuismanager zich in deze periode ten aanzien van de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg bevond zij nu het volgende genoteerd.

Enerzijds werd het voor hem makkelijker doordat hij minder vaak „nee” behoefde te verkopen aan de medisch specialisten. Dat doet overigens niets af aan het gegeven dat zij nog immer een vrij autonome positie innamen en materieel een grote zeggenschap hadden met betrekking tot de aard en omvang van de zorg. Makkelijker werd het ook ten aanzien van andere al dan niet professionele groeperingen in het ziekenhuis doordat op de toenemende zorgvraag door uitbreiding van de personele bezetting en ruimere materiële voorzieningen kon worden ingespeeld. Het opereren in het spanningsveld werd anderzijds moeilijker doordat de ziekenhuismanager naast de medisch specialisten in toenemende mate rekening diende te houden met de wensen en verlangens van andere groeperingen. Voor wat betreft de interne besluitvorming omtrent de aard en omvang van de zorg heeft dit met name in de geestelijke gezondheidszorg in sommige gevallen tot conflicten geleid waarop de pers zich met graagte heeft gestort.

4. 1980 en volgende jaren

4.1. Het beeld uit de jaarverslagen

Door de voortschrijdende medisch-technologische ontwikkelingen namen in deze periode diagnostische en therapeutische mogelijkheden nog immer sterk toe. Het ziekenhuis werd zo langzamerhand een ingewikkeld stuk techniek. Maar in dat ziekenhuis drong ook het besef door dat de

toekomst niet langer door eigen wensen zou worden bepaald. De relatie met het omringende maatschappelijke systeem kwam centraal te staan. En in die relatie werden de woorden bezuinigen en beddenreductie met hoofdletters geschreven. Dat betekende een toenemende aandacht voor de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. De noodzaak tot bezuinigen gaf aanleiding om het overleg tussen directie en professionals te intensiveren. Er werden medische beleidsplannen opgesteld waarover vervolgens door budgetcommissies aan de directies werd geadviseerd. Bij al dit bezuinigen werd echter de directe patiëntenzorg zoveel mogelijk ontzien. Bewonersraden, klachtenbehandeling en vrijwilligerswerk kwamen verder tot ontwikkeling. Niettemin werden diverse zaken die niet tot het verstrekking-enpakket behoorden afgeschaft.

Voorts dwong de voorgenomen beddenreductie vele ziekenhuizen om zich te buigen over de capaciteit. Kortom, er was weer veel leven in de brouwerij, nu om in te spelen op de nieuwe tijd.

Rond 1985 leek echter de ontmoediging te hebben toegeslagen. De kosten van de gezondheidszorg stonden inmiddels in het brandpunt van de maatschappelijke belangstelling en dat was niet altijd even plezierig voor de werkers in de ziekenhuizen. In een van de jaarverslagen las ik in dit verband:

„Het treft ons soms pijnlijk dat velen menen kritiek – soms weinig genuanceerd – te moeten uiten op zogenaamde verspillingen in ziekenhuizen”.

Ontmoediging ook voor wat betreft de relatie met de centrale overheid of haar organen.

En ontmoediging tenslotte omdat in het ziekenhuis de spanningen toenamen.

Op het vlak van de ziekenhuisorganisatie deden zich in deze periode geen opvallende wijzigingen voor. In aansluiting op de kritische opmerkingen tegen het einde van de voorgaande periode werden incidenteel weliswaar de zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis ter discussie gesteld, maar in het algemeen ontstaat het beeld dat men voor de oplossing van de bezuinigingsproblemen het heil meer heeft gezocht bij een verdere uitbouw van de overlegstructuur dan omgekeerd.

Bezien wij tenslotte de gang van zaken in het bedrijfsleven dan wijkt die niet zo erg veel af van die in de voorgaande periode met dien verstande dat men meer en meer van oordeel raakte dat door de korte golfslag van de marktontwikkelingen de wenselijkheid van een flexibele organisatie

werd onderstreept terwijl de noodzaak van innovatie en marktorientatie indringender aan de orde kwam. Om daarop te kunnen inspelen streefde men naar een vereenvoudiging van de structuren en kortere verbindingslijnen. Centraal daarbij stond het streven naar decentralisatie met een ruime verantwoordelijkheid voor de afzonderlijke eenheden. Een en ander met inachtnaam van centrale richtlijnen en spelregels. Door deze organisatievorm konden, aldus de jaarverslagen, eigen initiatief, vindingrijkheid, bereidheid om verantwoorde risico's te nemen en de noodzaak van snellere besluitvorming beter tot hun recht komen.

4.2. Achtergrond en beoordeling

Hoewel het tegen de jaren tachtig onontkoombaar was dat de overheid bemoeienis met de gezondheidszorg zou krijgen, betekende dit nog niet dat zij daar aan het begin van dit decennium ook klaar voor was. Integendeel, er werd weliswaar jarenlang gepraat over bezuinigingen, maar in de praktijk gebeurde er niets. Dat veranderde toen de WTG werd ingevoerd en de minister de zogenaamde „aanwijzing” kon gebruiken om de budgettering te doen invoeren. Dat gebeurde per 1 januari 1983. Nadien werden de ziekenhuizen achtereenvolgens geconfronteerd met een onvolledige compensatie van de prijsstijging, in twee achtereenvolgende jaren een generieke budgetkorting van 2% en een 85%-herbezettingsfinanciering met betrekking tot de arbeidstijdverkortung. Kortom, hantering van het financiële instrument door middel van een procentenpolitiek. De resultaten daarvan over de periode 1983-1986 zijn weergegeven in de volgende tabel.²⁸

Kostenontwikkeling Ziekenhuizen 1983-1986

<i>Kostensoort</i>	<i>%-aandeel</i>	<i>%-stijging</i>
Salarissen	64	3,7
Afschrijvingen	6	12,5
Rente	8	7,8
Overige	22	1,8
Totaal	100	4,1

Bij een nauwelijks gewijzigde personeelsbezetting per bed een kostenstijging derhalve van 4,1%, terwijl in dezelfde periode het prijsindexcijfer voor de gezinsconsumptie steeg met 5,8%. Afschrijvingen en rente zijn het sterkst gestegen. Maar dat zijn nu net de kosten waarbij de zelf-

standige besluitvormingsmogelijkheid van de ziekenhuizen het geringst is. Zij zijn grotendeels het gevolg van investeringen in bouw en apparatuur en daarmee voorwerp van overheidsregulering.²⁹

Duidelijk is in ieder geval dat er in de ziekenhuizen sinds 1983 een ombuiging in de kostenontwikkeling werd gerealiseerd. Het behoeft geen verwondering te wekken dat men bij een loonquote van circa 65% en het gegeven dat de kosten van rente en afschrijvingen worden nagecalculeerd voor die ombuiging al gauw bij de loonkosten als voorwerp van ingrijpen terecht kwam. Dat kon op verschillende manieren. Verlaging van het absolute loonniveau door 3% te korten op de salarissen was er een van. Een generieke budgetkorting van 2% was een tweede mogelijkheid. In het laatste geval had het ziekenhuis twee opties, te weten wederom een aanpassing van het absolute loonniveau in neerwaartse richting, of een beperking van de personele sterkte. De eerste optie was gezien de 3%-korting van 1984 illusoir. De tweede was dat vanwege een verzwaring van de werkdruk evenzeer. De beperking van de loonkosten moet derhalve op een andere wijze zijn gerealiseerd. De verklaring moet in dit verband worden gezocht in de arbeidstijdverkorting. Die werd nagenoeg zonder uitbreiding van de personele formatie doorgevoerd. Dat betekent dat er efficiency- en effectiviteitswinsten zijn geboekt. Ik teken hierbij overigens aan dat men bij het begrip efficiency de kwaliteit van de zorgverlening dient te betrekken. Doet men dit dan is het niet onmogelijk dat de hele bezuinigingsoperatie geleid heeft tot kwaliteitsverlies al blijft dit moeilijk meetbaar. Zo doet de toegenomen aandacht in de pers weliswaar vermoeden dat er in de ziekenhuizen meer fouten worden gemaakt, maar het zou ook kunnen zijn dat hetgeen er in dit verband vroeger werd verzwegen thans meer in de openbaarheid komt. Hoe dan ook, vast staat dat het herbezettingsgeld werd gebruikt om de generieke budgetkortingen op te vangen. En voorzover dat geld daarvoor niet nodig was ontstonden er overschotten. De aanvankelijke omvang van die overschotten doet zelfs vermoeden dat de in totaal behaalde efficiency- en effectiviteitsvoordelen vermeerderd met de herbezettingsgelden ruimschoots voldoende waren om de eerste bezuinigingsklap in 1985 op te vangen.

Ook toen er in 1986 weer een combinatie van arbeidstijdverkorting en budgetkorting moest worden verwerkt bleek dat er nauwelijks nieuwe arbeidsplaatsen ontstonden. Maar toen bleken de overschotten die voor alle ziekenhuizen tezamen in 1984 nog f 415 miljoen bedroegen te zijn teruggelopen tot zegge en schrijve f 1 miljoen,³⁰ terwijl circa 2/3 van de ziekenhuizen in de rode cijfers belandde.³¹

Het zal duidelijk zijn dat de overheidsinvloed voor wat de kostenontwikkeling betreft onmiskenbaar toenam. Dat gold ook voor de plannings- en structureringsaspecten, waarbij het streven naar samenhang met onderdelen van het welzijnsbeleid, neergelegd in de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, een belangrijke plaats innam. Ik kom op het streven naar samenhang van overheidswege aanstonds terug. Het nieuwe beleid had echter ook nog neveneffecten.³² En omdat die effecten ook vandaag nog voelbaar zijn ga ik nu over op de tegenwoordige tijd. Ik noem u in dit verband in de eerste plaats de bureaucrativering. Daarbij gaat het mij niet om de neutraal-technische betekenis van het woord, maar om de suggestie van rigide regels, voorschriften en onpersoonlijkheid die erin besloten ligt. De gezondheidszorg is overspoeld met organen, commissies, wetten en regelingen, met betrekking tot de zorg in dit land. We praten ons inmiddels suf aan overleg, besteden veel tijd aan coördinatie en zijn voortdurend aan het afstemmen.³³ Velen verdienen inmiddels aan die bureaucrativering hun brood.³⁴ Daardoor stegen de kosten van beleid, administratie en beheer in de periode 1983-1986 met 18,9%, waaronder de beheerskosten van de overheid zelve met maar liefst 66,5%.³⁵

Het tweede effect van het overheidsbeleid, op te vatten als een instrument van de bureaucrativering, is de technocratisering. Ik doel daarmee op de ingewikkeldheid van de rekenregels die er de laatste jaren over de instellingen zijn uitgestort. Die richtlijnen zijn het resultaat van een rekentechnische benadering. Inzicht in die benadering vereist een zekere deskundigheid, waarover lang niet iedereen in het veld beschikt. Het gevolg is dat het ontwerpen van richtlijnen in hoofdzaak een aangelegenheid is geworden van de beleidsdeskundigen van de onderscheiden bureaus. Deze deskundigen wisselen ideeën en standpunten uit in het zogenaamde technisch overleg.

En hoewel zij verondersteld worden in dat overleg het beleid voor te bereiden, zijn zij dat de facto gaan bepalen, zulks mede onder de druk van de snelheid waarmee er besluitvorming wordt verlangd.

Daarmee verband houdend is het derde effect de wijziging in de machtsverhoudingen in het veld. Ik meen op dit punt in de eerste plaats te kunnen wijzen op de verzelfstandiging van de verschillende bureaus. Dat geldt zowel voor het bureau van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg als voor dat van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de Nationale Ziekenhuisraad. Door die verzelfstandiging is de afstand tussen deze bureaus en het veld groter geworden.³⁶ Die wijziging in de machtsverhoudingen komt in de tweede plaats tot uiting op provinciaal niveau, waar de invloed van de Provinciale Griffies is toegenomen ten

coste van die van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. En op lokaal niveau tenslotte hebben de verzekeraars hun positie verstevigd.³⁷

Maar uiteindelijk lijkt het er op dat de belangrijkste rol bij de overheid zelf komt te liggen, want de minister kan krachtens de WTG met gebruikmaking van de „aanwijzing” een zeer vergaande invloed uitoefenen. De aanwijzing als een soort loonmaatregel voor de gezondheidszorg dus, want strikt genomen behoeft de minister geen overleg te plegen met partijen. Het COTG is daarmee in feite niet meer dan een uitvoeringsorgaan.³⁸

Een aantal jaren geleden stelde oud-staatssecretaris *Hendriks* vast dat de overheid, teneinde de ontwikkelingen te kunnen beheersen, meer macht zou moeten krijgen over de gezondheidszorg.³⁹ Het begint er op te lijken dat dat aardig is gelukt. Maar of het daartoe gevoerde no nonsense beleid behalve door „no non”, maar dat wisten we al, ook gekenmerkt wordt door „sense” staat nog te bezien. Daarmee bedoel ik uiteraard uiting te geven aan mijn twijfel aan de ratio van het overheidsbeleid, nog afgezien van de sterke groei van de beheerskosten waarmee dit beleid gepaard gaat. Die twijfel kan aan de hand van verschillende voorbeelden worden geïllustreerd. Ik beperk mij tot een drietal. In de eerste plaats is daar de geschiedenis van de totstandkoming van psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, gekenmerkt door geharrewar met betrekking tot het gewenste promillage en het regelmatig veranderen van de motieven om dergelijke afdelingen al dan niet te ontwikkelen.⁴⁰

De Regionale Instituten voor Beschermd Wonen vormen een tweede illustratie. In mei 1985 nam de overheid het besluit dat er tegen 1990 circa 2.000 bedden van algemene psychiatrische ziekenhuizen door deze woonvormen dienden te zijn vervangen. In december van dat jaar constateerde de hoofdinspectie echter in een nota dat er over het begrip „beschermd wonen” geen eenduidigheid bestond. Verre van dat. Maar het politieke besluit lag er inmiddels, terwijl men toch zou mogen verwachten dat er pas over getallen gepraat gaat worden als men het over de begripsinhoud eens is.

En tenslotte is daar het Generaal Accoord; als een onvervalste overval tussen overheid en Landelijke Specialisten Vereniging gesloten met het oogmerk om over het tijdvak 1984-1986 een bedrag van f 330 miljoen te bezuinigen op de specialistische hulpverlening. Deels via een afbouw van f 165 miljoen op de autonome kostenstijging, deels door een afbouw van het boven-norminkomen voor hetzelfde bedrag. Bezien zij echter het FOGM 1988 dan blijkt dat er sprake is van een structureel overschrij-

dingsbedrag van f 230 miljoen, waarvan, oh ironie, f 165 miljoen moet worden toegeschreven aan het feit dat de afspraken uit het Generaal Accoord niet werden gehaald.⁴¹

Ik heb nu achtereenvolgens aandacht besteed aan de kostenontwikkeling in deze periode, aan neveneffecten als bureaucratisering, technocratisering en wijzigingen in de machtsverhoudingen en tenslotte aan enige onduidelijkheden met betrekking tot het overheidsbeleid. Daar komen echter nog enkele zaken bij.

In de eerste plaats is dat het verslechterde imago van de ziekenhuizen als vrager op de arbeidsmarkt, veroorzaakt door de achterstand die werknemers in de ziekenhuizen in deze periode in hun loonontwikkeling hebben opgelopen ten opzichte van werknemers in de nijverheid,⁴² alsmede door de toegenomen intensiteit van de zorgverlening die voor het tijdvak 1980-1985 door het Nationaal Ziekenhuisinstituut is becijferd op 5,3%.⁴³

In de tweede plaats nemen de medisch-specialistische verrichtingen nog immer toe. De daardoor gegenereerde kosten moeten echter binnen het ziekenhuisbudget worden opgevangen.

In de derde plaats brengt de toegenomen bureaucratisering extra kosten met zich mee, want iedere uitbreiding van het beheersapparaat leidt tot nieuwe informatievragen, vermeerdering van de formulieren en vergroting van de enquêtes; dit alles uitmondend in nog meer statistieken. Ook daarvoor moet tijd en geld binnen de budgettaire mogelijkheden worden gevonden. En dat is tenslotte ook het geval voor de toegenomen verlangens rond de zorg, zoals klachtenbehandeling, behandelcontracten en het werk voortvloeiend uit de activiteiten van de patiëntenvertrouwenspersoon.

In termen van de afstemming als proces van wederzijdse of eenzijdige aanpassing met betrekking tot de aard en omvang van de zorg zijn nu de volgende elementen van belang. Voor wat betreft de externe afstemming lijkt de eerste periode zich grotendeels te herhalen. Bij nadere beschouwing blijken er echter enkele belangrijke verschillen te bestaan.

In de eerste plaats is dat het gegeven dat de overheid zich met betrekking tot de aard en omvang van de zorg niet beperkt tot het hanteren van het financiële instrument. Zij bemoeit zich ook met de planning en de structurering, waarbij met name versterking van de extramurale zorg en substitutie van zwaardere naar lichtere vormen van zorg belangrijke beleidsopties zijn.⁴⁴ Het tweede verschil is dat de overheid met de koepels overleg pleegt over haar beleidsvoornemens. Daardoor lijkt er sprake te zijn van een tweezijdige aanpassing met betrekking tot de besluitvorming

omtrent aard en omvang van de zorg. Gemeten naar de uitkomsten van dat overleg kan echter de conclusie van eenzijdige aanpassing door middel van een overheidsdictaat maar met moeite worden onderdrukt. In het veld hoort men dan ook niet zelden verluiden dat de rol van de ziekenhuismanager er een is geworden van een zetbaas van de overheid. Ik teken daarbij overigens aan dat er ook ziekenhuismanagers zijn die zich in deze rol behaaglijk voelen. Het bestaan van richtlijnen en regels geeft hen een gevoel van veiligheid. Dat type manager heeft niet mijn voorkeur.

Voor wat betreft de interne aanpassing met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg is met name van belang de toegenomen betrokkenheid van de medisch specialisten bij de financiële problematiek. Daarmee lijken kansen op een tweezijdige aanpassing te worden geboden. Dat heeft consequenties voor de rol van de ziekenhuismanager in het eerder aangeduide spanningsveld. Dat is evenzeer het geval voor wat betreft de verdere uitbouw van de overlegstructuur waartoe men zijn heil zocht voor het oplossen van de problemen. Ik kom op beide aspecten in het volgende en laatste deel van mijn betoog terug.

5. Vooruitblik

5.1. *Afstemming als proces van wederzijdse aanpassing*

Over een jaar is het honderd jaar geleden dat Herman Gorter, een van de zogenaamde Tachtigers, zijn gedicht „Mei” publiceerde. U weet wel, dat van de nieuwe lente met het nieuwe geluid. Minder bekend is de anti-Tachtiger Frans Coenen uit de negentiger jaren van de vorige eeuw, van wie ik de volgende uitspraak vond.⁴⁵

„Waarschijnlijk echter hebben overheden toch meer van koeien, die lange tijd lijdzaam en vredig grazen om dan soms ineens, zonder uiterlijk merkbare aanleiding razend te worden en iets te vernielen. Zo'n aanval gaat dan wel weer over en even daarna kan het ergste gebeuren, zonder dat de overheid er weet van heeft”.

Voorzover er ziekenhuismanagers onder u zijn die in deze uitspraak aanleiding vinden om rustig te wachten tot de bui van overheidsbemoeienis is overgedreven en uit te zien naar een nieuwe lente met een nieuw geluid, merk ik op, dat dat naar mijn inschatting tot de eeuwwisseling een misrekening zal blijken te zijn. Ik ga er derhalve van uit dat het overheidsbeleid in zijn bedoelingen helaas gekenmerkt zal blijven door dirigisme zowel in financiële als in organisatorische zin. De overheid wordt

daarmee een heersende actor voor wat betreft de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg. Dat is geen goed uitgangspunt voor het vergroten van de potentie voor effectief en creatief ziekenhuismanagement. Daarvoor is nodig dat partijen de bereidheid hebben om het afstemmingsprobleem te benaderen als een proces van wederzijdse aanpassing met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg. Ter toelichting in dit verband diene het volgende.

Edelman Bos heeft gelijk wanneer hij stelt dat het antwoord op de interne en externe ontwikkelingen voor een groot deel van de organisaties zelf zal moeten komen. En juist is ook dat de kans op vergroting van de strategische ruimte voor de ziekenhuizen met name bij een terugtrekkende overheid zal toenemen.⁴⁶ Een voorwaarde is echter dat dat dan ook gebeurt en dat overheid en ziekenhuizen de bereidheid hebben om met betrekking tot het strategische beleid ruimtescheppend met elkaar om te gaan. Als *Hendriks* stelt dat de overheid meer macht over de gezondheidszorg moet krijgen,⁴⁷ dan is dat tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in de periode 1960-1980 weliswaar begrijpelijk, maar het is onverstandig als de verdere ontwikkelingen door een machtsstrijd worden bepaald.

Verstandiger is het dat beide partijen zich realiseren dat het niet gaat om de „survival of the fittest”, maar om de „survival of the fitting”. Om dit perspectief te kunnen verstaan dienen ziekenhuizen en overheden te begrijpen dat zij betrokken zijn in een patroon van wederzijdse schepping⁴⁸ met betrekking tot de aard en omvang van de zorg. Beiden hebben daarin een taak.

5.2. De taak van de overheid

Uit de ontwikkelingen in de periode 1960-1980 vloeit naar mijn oordeel onvermijdelijk voort dat de overheid bemoeienis moet hebben met betrekking tot de aard en omvang van de zorg. Zij dient bij het invullen van die bemoeienis echter rekening te houden met een drietal zaken.

In de eerste plaats dient zij te waken voor een toenemende communicatielast op macro- en microniveau zonder dat beleidsmakers en regelgevers zich druk maken over het effect op de bestuurlijke efficiency en effectiviteit van de individuele organisaties⁴⁹ waarbij men zich niet concentreert op wat er gebeurt maar veeleer op de vraag hoe dat gebeurt.⁵⁰ Daarbij behoort dat men zich dient te realiseren dat vernieuwing kan mislukken indien men de overlegstructuren ingewikkelder maakt. Dat geldt met name voor de relatie met aan de gezondheidszorg grenzende sectoren. Kennelijk wordt er in dit verband door de overheid een verdichting van het netwerk nagestreefd. Een dergelijk beleid komt de slagvaardigheid en

het vermogen om snel in te kunnen spelen op veranderingen niet ten goede. Integendeel, slagvaardigheid en vernieuwing vereisen als condities reductie van complexiteit en debureaucratisering.⁵¹

Voor de ziekenhuizen stemt de nagestreefde verdichting van het netwerk ook om andere redenen tot nadenken, want het lijkt er op dat met die verdichting de overlegsfeer met zijn diffuse verantwoordelijkheden, kortom het corporatistische beleidsmodel, via de achterdeur weer terugkeert. Echter met dien verstande dat er nu meer partijen bij betrokken zijn die van de overheid de opdracht krijgen een zero-minus game te spelen, dat wil zeggen, uitgaande van een nul-situatie wordt op zijn minst een der partijen slechter van het overleg. Men denke in dit verband aan het door de overheid gevoerde beleid met betrekking tot de herstellingsoorden, waarbij de geestelijke gezondheidszorg de rekening voor de verdichting gepresenteerd krijgt. En zeer recent bleek achter de herstructurering van landelijke organisaties eveneens een bezuinigingsdoelstelling schuil te gaan.

In de tweede plaats dient de overheid te waken voor een zodanig snelle wijziging van haar beleidsopties dat de nog niet of nauwelijks begrepen bedoelingen van het ene alternatief door het volgende alternatief worden achterhaald. Om met Seneca te spreken, zij dient zich te realiseren dat niets een genezing zozeer verhindert als het voortdurend veranderen van de geneesmiddelen.⁵²

In de derde plaats tenslotte dient zij een rigide toepassing van richtlijnen en regels tegen te gaan. Zo'n toepassing komt zowel met betrekking tot het verstrekkingspakket als de planningskaders en budgetteringssystematiek op landelijk, provinciaal en lokaal niveau helaas nogal eens voor. Behalve dat met een dergelijke toepassing een aanslag op eenvoudige economische principes wordt gepleegd⁵³ sorteert zij ook andere schadelijke effecten. Zij is om te beginnen fnuikend voor een belangrijke voorwaarde voor goed ziekenhuismanagement, te weten: plezier in het werk. Zij heeft bovendien een negatieve uitwerking op de kwaliteit van de relatie tussen de ziekenhuizen enerzijds en de overheid, adviesorganen en verzekeraars anderzijds.⁵⁴ Zij staat voorts haaks op enkele belangrijke ideeën over een terugtrekkende overheid van de commissie-Dekker en zij kan tenslotte leiden tot een variant op de Wet van Gresham: „Bad management drives out good management”,⁵⁵ want goede managers lenen zich niet voor het toepassen van regeltjes. Maar bovenal werkt een rigide toepassing van richtlijnen en regels belemmerend voor het scheppen van vernieuwingsruimte. Strakke regelgeving en vernieuwing verdragen zich slecht met elkaar.⁵⁶ In het kader van de afstemming als proces van wederzijdse aanpassing met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg zou de overheid daarom haar advies-

organen dienen te instrueren tot een aanmerkelijk meer globale hantering van richtlijnen en regels zodat de strategische mogelijkheden op lokaal niveau tussen ziekenhuizen en verzekeraars beter kunnen worden benut.⁵⁷

Los daarvan zou de overheid in het kader van diezelfde aanpassing zich bovendien eens moeten afvragen of het ziekenhuismanagement werkelijk tot effectiviteit en efficiency wordt geprikkeld zolang de bestaande regelgeving leidt tot bijvoorbeeld het in mindering brengen op het budget van de opbrengst van laboratoriumgebruik ten behoeve van derden of het verrekenen van de rente op depositogelden.

En voor de ziekenhuismanager tenslotte is het zaak om de regelgeving scherp in de gaten te houden. Het is dunkt mij niet erg effectief om achteraf te roepen dat zaken niet deugen nadat men die eerst heeft laten passeren. Het verdient in dit verband aanbeveling dat het bureau van de Nationale Ziekenhuisraad wordt versterkt met ziekenhuismanagers die ruimschoots ervaring hebben opgedaan met de dagelijkse praktijk opdat met de praktische hanteerbaarheid van regelgeving meer rekening worde gehouden. Een bijkomend voordeel van een dergelijke constructie is nog dat de afstand tussen bureau en veld er door wordt verkleind. Wellicht dat het veld dan ook gevrijwaard blijft van overvallen als bijvoorbeeld het WVC-leerlingenplan.

5.3. *De taak van de ziekenhuismanager*

Voor de ziekenhuismanager zijn met het oog op de interne afstemming als aanpassingsproces voor de komende tijd twee factoren van belang.

In de eerste plaats is dat het gegeven dat de idee van de maakbaarheid en planbaarheid van organisaties zwaar wordt beproefd. De gerichtheid op het construeren van interne adviesorganen en overlegfuncties uit de zeventiger jaren is als gevolg van de economische recessie nadrukkelijk voorwerp van heroriëntering geworden, waarbij begrippen als creativiteit, innovatie, slagvaardigheid en flexibiliteit volop aandacht krijgen.⁵⁸

Van de Lande pleit in dit verband voor het reduceren van de nul-last, dat wil zeggen het verminderen van de hoeveelheid werk die men verzet voor men aan het eigenlijke werk toekomt.⁵⁹ In de tweede plaats ziet het management zich geplaatst voor een in absolute zin sterk groeiende hoeveelheid informatie die bovendien meer gedifferentieerd en complexer is geworden. Besluitvorming wordt daardoor niet alleen door technische en economische aspecten bepaald maar ook door politieke, culturele en sociale overwegingen. Dit, gevoegd bij de snelheid waarmee de informatie op het management afkomt en verandert, roept vragen op omtrent de effectiviteit en efficiency van de terugkoppelingsmechanismen binnen de bestaande organisatiestructuren, zowel op het niveau van

de samenleving als op dat van de individuele organisaties. Het antwoord dat daarop met name sinds de tachtiger jaren in de literatuur wordt gegeven is decentralisatie, dat wil zeggen het leggen van beslissingsbevoegdheden op lagere organisatieniveaus. Niet vanuit een politieke overtuiging maar vanuit het besef dat anders niet effectief kan worden gereageerd op een snel veranderende omgeving.⁶⁰ In die zin moet op het niveau van de samenleving het credo van de deregulering worden begrepen. Op het niveau van de individuele organisatie werd in het voorgaande beschreven hoe verschillend bedrijfsleven en ziekenhuizen vorm hebben gegeven aan de democratisering van de arbeidsverhoudingen. De ziekenhuisorganisatie zocht die vormgeving vooral in overlegstructuren die het totale organisatiebeleid of onderdelen daarvan betreffen. Organisationsstructuren die gemiddeld genomen verder werden uitgebouwd toen de gevolgen van de economische recessie voelbaar werden. Zij zijn echter kenmerkend voor democratisering in economisch goede tijden waarin het zicht op de nadelen vertroebelt.⁶¹

Maar zij zijn niet geschikt voor het vinden van een adequaat antwoord op de nieuwe tijd. In de eerste plaats niet omdat ondanks deze structurering voor wat de besluitvorming betreft in wezen is vastgehouden aan de hiërarchie. Gezien de toegenomen hoeveelheid en complexiteit van de te nemen beslissingen is de top van de organisatie daardoor onder zware druk komen te staan.⁶² Ik vermoed dat mede daarin de verklaring moet worden gezocht voor het gegeven dat ongeveer 30% van de ziekenhuismanagers het pensioen niet op een normale wijze haalt.⁶³

In de tweede plaats is het antwoord niet adequaat omdat het wezen van professionele organisaties wordt bepaald door wat *Klein* noemt „the law of inverse decision making”. Dat wil zeggen dat de bevoegdheid en de expertise voor het nemen van beslissingen aangaande het directe werk meer bij de professionals ligt dan bij het management.⁶⁴ Beide factoren pleiten er voor om ook voor de ziekenhuisorganisatie het antwoord op de nieuwe tijd te zoeken in decentralisatie.⁶⁵

Daarnaast nodigt de tweede factor uit tot aandacht voor de relatie tussen de ziekenhuismanager en de professionals. Essentieel is in dit verband dat medische professionals op basis van een drietal historisch bepaalde overwegingen „freedom from control of outsiders” claimen. In de eerste plaats is dat de claim van een zodanige kennis en kunde dat buitenstaanders niet zijn toegerust om die te evalueren en te reguleren. De tweede claim is dat professionals verantwoord handelen zodat zij hun werk consciëntieus en zonder toezicht kunnen doen. De derde claim tenslotte is dat de professie zelf wel in staat is om regulerend of corrigerend op te treden indien een beroepsgeenoot uit de pas zou lopen.⁶⁶ De ontwikkelingen gedurende de laatste jaren maken evenwel duidelijk dat

deze claims een aanmerkelijk minder absoluut karakter hebben. Dit manifesteert zich in zaken als een toegenomen regelgeving van zowel de overheid als de beroepsgroep met betrekking tot de beroepsuitoefening, in een toenemende belangstelling voor intercollegiale toetsing en protocolaire geneeskunde, in een grotere aandacht voor de gewone rechtspraak naast het medisch tuchtrecht en in ideeën ter zake de beoordeling van de doelmatigheid van het medisch handelen.⁶⁷ Men zou dit de vermaatschappelijking van de professie kunnen noemen, maar ondanks deze vermaatschappelijking is de relatie tussen de manager en de professional meer gebaseerd op informele middelen dan op formele autoriteit, want het is de professional die niet alleen de operationele maar vaak ook de strategische beslissingen aangaande de professie neemt. Dat maakt de positie van de manager zwakker maar hij is daarmee nog niet machteloos. Voor de macht van de manager bestaan er twee belangrijke bronnen.

In de eerste plaats zijn dat de statusverschillen tussen de professionals. Zij kunnen aanleiding geven tot conflicten binnen de ziekenhuisorganisatie. De manager kan daarin de rol van bemiddelaar of onderhandelaar vervullen. Conflicthantering wordt daarmee tot een kritische functie.

De tweede machtsbron is het gegeven dat de manager een belangrijke liaison is tussen het ziekenhuis en externe instanties als overheden en verzekeraars. De twee machtsbronnen samen maken dat ziekenhuismanagers geschoolde onderhandelaars moeten zijn.⁶⁸ Ik sluit overigens niet uit dat er aanvullende machtsbronnen voor de manager zullen ontstaan. Men denke in dit verband allereerst aan de ontwikkeling van de protocolaire geneeskunde en wellicht krijgt *Miettinen* gelijk waar hij voorspelt dat in de toekomstige medische opleiding onderscheid zal worden gemaakt tussen enerzijds de „medical practitioners” en anderzijds de „medical researchers and developers”.⁶⁹ Beide aspecten zullen leiden tot een voor de manager meer controleerbare standaardisatie. Het bestaan of de ontwikkeling van machtsbronnen doet inmiddels niets af aan het feit dat de manager zich dient te realiseren dat autoritair leiderschap in het ziekenhuis niet werkt, want hij zal met betrekking tot de interne besluitvorming aangaande aard en omvang van de zorg altijd afhankelijk zijn van de medewerking van de professional.⁷⁰ Evenzeer zal een strakke formalisering van de relatie tussen de manager en de professional vervreemdend werken⁷¹ en een rem zijn op professionele ontwikkelingen. Onder meer door het bestaan van deze specifieke kenmerken in de relatie tussen de manager en de professional onderscheidt zich de functie van de ziekenhuismanager van die van de manager in het bedrijfsleven. En het is dit onderscheidende spanningsveld dat de instelling van een bijzondere leerstoel ziekenhuismanagement rechtvaardigt en dat uitnodigt tot het verrichten van onderzoek naar de mogelijkheden van spanningsverminde-

ring. Decentralisatie kan daartoe een middel zijn, maar daarbij zij aangetekend dat dezelfde specifieke relatiekenmerken konsekventies hebben voor het decentralisatieproces. Van belang is in dit verband dat er tekenen zijn die er op wijzen dat de professional bereid en in staat is om een ruimere dan de strikt professionele verantwoordelijkheid te dragen. Zo is in een toenemend aantal ziekenhuizen in de Verenigde Staten de specialist belast met de medische, organisatorische en financiële eindverantwoordelijkheid van een afdeling. Verschillende universiteiten bieden er de mogelijkheid om hierop toegesneden managementtrainingen te volgen. In ons land zijn de cursussen van de Landelijke Specialisten Vereniging gericht op het ontwikkelen van managementvaardigheden voortdurend overtekend. Er wordt voorts voor gepleit om managementaspecten in de opleiding tot specialist in te bouwen.⁷²

Daarmee worden de mogelijkheden vergroot om tot decentralisatie in de vorm van het creëren van autonome verantwoordelijkheidscentra over te gaan, zulks met inachtnaam van centrale richtlijnen en kaders.⁷³

Maar daarmee begint tevens het werk pas. Want decentralisatie is een mooi, zo niet modieus woord, maar aangaande de vraag hoe daaraan vorm kan worden gegeven is er voor wat de ziekenhuiswereld betreft sprake van een braakliggend terrein, zeker wanneer zij instrumenteel wordt gezien met betrekking tot de interne afstemming aangaande de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg. Zo speelt hier bijvoorbeeld de vraag of het management naast de operationele en structurende beslissingen ook de strategische beslissingen decentraliseert en welke konsekventies dat dan heeft voor de doelstellingen van de organisatie. Daarmee raakt men aan het onderscheid tussen decentralisatie en intern ondernemerschap. Bij het laatste worden niet alleen de operationele en structurende beslissingen aan autonome verantwoordelijkheidscentra toegewezen maar evenzeer de beslissingen gericht op markt en klant. Recent onderzoek heeft inmiddels duidelijk gemaakt dat er in de algemene ziekenhuizen weliswaar een voedingsbodemp voor intern ondernemerschap bezig is te ontstaan maar dat er voor het welslagen tekorten moeten worden opgeheven niet alleen voor wat betreft strategie, structuren en systemen, maar ook aangaande managementstijl, personele aspecten en organisatiecultuur.⁷⁴

Ik acht het dan ook alleszins de moeite waard om de mogelijkheden in dit verband samen met de collegae in Rotterdam en ten behoeve van de leden van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren nader te onderzoeken, zulks uiteraard met inachtnaam van de beperkte tijd die ik ter beschikking heb. Bij voorbaat staat echter al vast dat die mogelijkheden tussen en binnen de soorten ziekenhuizen verschillend zijn.

In een dergelijke gedecentraliseerde structuur wordt de manager van veel dagelijkse problemen verlost. Hij kan zich meer beperken tot coördinatie en aandacht voor de organisatiecultuur. Dit laatste vereist niet zozeer management als wel leiderschap, door *Schein* gedefinieerd als „the creation and management of culture”.⁷⁵ De literatuur daarover mag zich, evenals die over management, verheugen in een winstgevende opbloei. Die literatuur heeft gemeen dat het de taak van de leider is om te zorgen voor door de organisatieleden gedeelde opvattingen of, zo u wilt, gedeeld geloof met betrekking tot de normen en waarden aangaande het organisatiegeheel, de corporate culture.⁷⁶ Dat geeft een extra dimensie aan de taak van de manager. Een dimensie die wellicht nog het best kan worden gevat met de term interpersoonlijke effectiviteit.⁷⁷ Daarbij behoort naast gezag en beslisbaarheid in optreden vooral het inspireren en motiveren van de leden van de organisatie. Voor *Miller* is dit zelfs de belangrijkste taak van de leider.⁷⁸

5.4. *Ter afronding*

Ik heb in het voorgaande als mijn oordeel te kennen gegeven dat de overheid bemoeienis met de gezondheidszorg dient te hebben en ik heb tevens mijn bezwaren aangeduid tegen de wijze waarop die bemoeienis gestalte heeft gekregen. Die heeft er toe geleid dat de overheid een tot in details ingrijpende actor is geworden. Het ziekenhuismanagement is daardoor helaas te veel volgend geworden en daarmee lijkt het dat wat men het oer-begin van de sector zou kunnen noemen, namelijk een initiërende rol van degenen die zich in de dagelijkse praktijk bekommerden om de zieke medemens, is verdwenen. Dat is niet bevorderlijk voor een sfeer van creatief management. Daarvoor is nodig dat de afhankelijkheidspositie ten opzichte van de overheid plaats maakt voor aanmerkelijk meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van het management. Dat zou voor wat betreft de financiële invalshoek met betrekking tot de zorg kunnen betekenen dat de overheidsbemoeienis niet veel verder gaat dan het vaststellen van het budget dat, eventueel gedifferentieerd naar sectoren, voor de ziekenhuizen beschikbaar is. Het FOGM biedt daarvoor aanknopingspunten. Begrensd door dit budget kan vervolgens de aard en omvang van de zorg door het ziekenhuismanagement worden bepaald, waarbij het teneinde zorgverlening op basis van persoonlijke voorkeuren te voorkomen, voor de hand ligt dat die bepaling niet in autonomie door dat management geschiedt. Daarbij zullen in ieder geval verzekeraars, professionele groeperingen en patiëntenverenigingen op een of andere wijze betrokken moeten worden. Het voert in het kader van dit betoog te ver om deze gedachtengang verder uit te werken. Daarom volsta ik ter afsluiting met het aanstippen van een drietal functies die voor

het ziekenhuismanagement in die gedachtengang voor de afstemming als aanpassingsproces met betrekking tot de besluitvorming omtrent aard en omvang van de zorg relevant zijn.

In de eerste plaats is dat uiteraard de doelmatigheidsfunctie, waarbij ik aanteken dat bij die doelmatigheid ook behoort de verantwoordelijkheid voor het welzijn in de werksituatie van degenen die deel uitmaken van de ziekenhuisorganisatie.

In de tweede plaats heeft het ziekenhuismanagement een tweeledige vertaalfunctie. Enerzijds dient zij de overheid aan te geven hoe de zorgvraag zich ontwikkelt, anderzijds moeten externe ontwikkelingen worden omgezet in interne beleidsaanpassingen.

In de derde plaats tenslotte heeft zij een rechtvaardigheidsfunctie, dat wil zeggen dat zij dient te bewaken dat de zorg voor alle ingezetenen toegankelijk blijft. Men mag dat van mij business-ethics noemen. Deels voor de tweede en volledig voor de derde functie is de rol van het ziekenhuismanagement signalerend. De reacties daarop moeten politiek worden bepaald.

6. Persoonlijke ontboezemingen

Aan het einde van deze rede gekomen rust op mij de aangename taak mijn dank uit te spreken tot degenen die hebben bijgedragen aan mijn benoeming.

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren ben ik erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik zeg u toe mij naar vermogen te zullen inzetten om de door u ingestelde bijzondere leerstoel binnen de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg een waardige plaats te laten innemen.

Mijn relatie met het bestuur van het Psychiatrisch Centrum St. Willibrord te Heiloo is al ruim twaalf jaren gebaseerd op wederzijds vertrouwen en vriendschap zonder dat de zakelijkheid daarbij uit het oog raakt. De vanzelfsprekendheid waarmee u heeft ingestemd met de aanvaarding van deze benoeming acht ik een grote eer.

De dames en heren van de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg hebben mij zodanig welkom geheten dat ik mij in korte tijd in Rotterdam thuis ben gaan voelen. Nu heb ik dat gevoel toch al gauw in een enthousiaste, inspirerende en creatieve omgeving. Van harte hoop ik lang met u en andere collega's van de faculteit te mogen samenwerken.

De medewerkers van het Psychiatrisch Centrum St. Willibrord hebben mij een soms harde management-leerschool bezorgd. Het effect daarvan is dat ik met alle ups en downs die daarbij horen zeer verknocht ben geraakt aan ons centrum. Ik laat in het midden of u daar blij mee moet zijn. Mij vervult het in ieder geval met trots dat de toga die ik thans draag werd gemaakt door Ben Morsch, gepensioneerd hoofd van de linnendienst in Heiloo. Evenzeer ben ik trots op de creativiteit van het hoofd van onze in-service opleiding, Frans Baars, die de cartoons bij mijn betoog van vanmiddag vervaardigde.

Toen ik de extra afwezigheidsdag besprak met mijn naaste medewerkers, de hoofden van de dienst algemene zaken, zei een van hen: „Kijk, als je er niet bent dan kunnen we tenminste rustig werken!” U zult mij toegeven, mijne heren, dat ik een originele legitimering voor die afwezigheid heb gevonden.

De basis voor vandaag werd ruim 25 jaar geleden gelegd in het internaat van de kweekschool „De Klokkenberg” te Nijmegen. Een drietal mensen is destijds bepalend geweest voor mijn verdere levensloop. De heer H. Wijnands ben ik erkentelijk voor de behartiging van mijn belangen en het in figuurlijke zin soms hardhandige bijbrengen van de nodige studiediscipline. De heer W. Braakhekke, destijds regent in dat internaat, ben ik dankbaar niet alleen voor het feit dat hij de meest voortreffelijke docent was die ik ooit heb meegemaakt, maar vooral vanwege het feit dat hij mij niet uit dat internaat heeft verwijderd, hoewel hij daarvoor tenminste driemaal gegronde redenen heeft gehad. De heer G. Groenhuis heeft door de manier waarop hij invulling gaf aan het vak maatschappijleer mijn belangstelling gewekt voor economie en politiek. Hij is er de oorzaak van geweest dat ik na een korte tijd het staan voor de klas heb verwisseld voor het zitten in de collegebank. Daarvoor ben ik hem zeer erkentelijk.

Mijn wetenschappelijke vorming heb ik voor een groot deel te danken aan mijn promotors Henk van Zuthem en Cees de Galan. Zij beiden zijn voor mij inspirerend en stimulerend geweest. Van groter waarde acht ik echter de vriendschap die uit mijn contacten met hen is voortgekomen. Nu Cees de Galan er helaas niet meer is, heb ik het een vanzelfsprekende zaak gevonden de gedrukte versie van deze oratie te laten verschijnen in herinnering aan de wijsheid, humor en vriendschap die ik van Cees heb mogen ervaren.

Binnen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren heb ik in de loop der jaren vele collega's leren kennen en waarderen. Daaruit zijn vriendschappelijke relaties voortgevloeid. Ik hecht er aan jegens hen uit te spreken dat ik primair een collega onder collega's ben en wens te blijven. Voor de heren van werkgroep 41 voeg ik er aan toe dat het mij deugd doet dat zij er in hebben toegestemd dat ik hun colleges mag blijven volgen.

It is a great privilege for me that the Hospital Association of the Netherlands appointed me as a member of the Hospital Committee of the European Economic Community. This gives me the opportunity to exchange views and ideas on hospital management with highly esteemed colleagues from different European countries. And since I know that some of them are present here today, I want to express my hopes of being able to enjoy their inspirational company for many years to come.

De praktijk van het management, heeft iets van het verhaal van zes blinde Indianen die een olifant betasten.

De eerste voelde een slagrand en zei dat het een speer was.

De tweede voelde het lijf en dacht dat het een muur was.

De derde voelde een poot en zei dat het een boom was.

De vierde voelde een slurf en vond dat het een slang was.

De vijfde had een oor te pakken en zei dat het een waaier was, terwijl de zesde aan de staart trok en zei dat het touw was.

Wat ik met dit verhaal wil zeggen, dames en heren studenten, is dat mensen altijd organiseren op basis van veronderstellingen. Dat maakt management tot een zeer veelzijdige aangelegenheid. Maar welke invalshoek u ook kiest, welke managementtechnieken u zich ook eigen maakt, of welke theorie u ook aanhangt, management heeft altijd te maken met de samenwerking tussen mensen. Ik geef u in dit verband graag een uitspraak mee van de chinese wijsgeer Chuang-Tzu die leefde in de vierde eeuw voor Christus.

„I have heard my teacher say that whoever uses machines does all his work like a machine. He who does his work like a machine grows a heart like a machine. He who carries the heart of a machine in his breast loses his simplicity. He who has lost simplicity becomes unsure in the strivings of his soul”.

Als wij in onze samenwerking deze wijsheid een beetje leren verstaan dan kan, terugkerend naar de olifant, de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg behalve een goede opleiding ook nog een Blij-dorp worden.

Het is tenslotte een goed gebruik om ook het thuisfront in het slotwoord te betrekken. Nu heb ik een thuisfront dat daar niet zo erg van gecharmeerd is. Ik wil daarom volstaan met de opmerking dat het mij gerust stelt dat mijn nieuwe status voor mijn thuisfront geen enkele belemmering zal vormen om mij de betrekkelijkheid ervan met grote regelmaat en doorspekt met humor al dan niet in turbotaal duidelijk te maken.

Ik heb gezegd.

NOTEN EN GERAADPLEEGDE BRONNEN

1. T.J. Peters en R.H. Waterman: *Execellente ondernemingen*, Utrecht/Antwerpen, 1982.
W.S. Brown: *13 Fatal Errors Managers make and how you can avoid them*, New York, 1987.
R. Heller: *De Naakte Manager*, Utrecht/Antwerpen, 1987, pag. 13 en 21.
2. D. Keuning/J. Eppink: *Management en Organisatie, Theorie en Toepassing*, Leiden/Antwerpen, 1986, hoofdstuk 1, 1.2.
3. Vgl. A. Toffler: *De flexibele Organisatie. Inspelen op Veranderingen*, Utrecht/Antwerpen, 1985, pag. 124.
De auteur verwijst in dit verband naar het industriële tijdperk. Opgemerkt zij dat de eerste vijftien jaren na de Tweede Wereldoorlog wel worden aangeduid als de tweede industriële revolutie. Men zie in dit verband de industrialisatienota's van de toenmalige Minister van Economische Zaken.
4. Zie voor een uitvoerige beschouwing in dit verband: P. Juffermans, *Staat en Gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen, 1982.
5. Van de premie-adviezen die in dit verband jaarlijks door de SER en de Ziekenfondsraad aan de Minister van Sociale Zaken werden uitgebracht werd steevast het minst kostende, dat van de SER, overgenomen. Het zal duidelijk zijn dat een en ander aanleiding gaf voor een toenemende wrijving tussen de Ziekenfondsraad en de SER, met name toen er tegen het begin van de zestiger jaren uitzicht was op een krachtige economische expansie.
En uiteraard werd er aan die wrijving uiting gegeven. Zo stelde de Ziekenfondsraad in 1959 de vraag of de ontwikkeling van de maatschappij er niet toe moest leiden dat een geleidelijk toenemend percentage van het nationaal inkomen zou worden bestemd voor de gezondheidszorg, maar dat weerhield de betreffende minister er niet van om weer het lagere premie-advies van de SER over te nemen.
En ook de krachtige uitspraak in het blad *Het Ziekenfonds* dat men niet moest denken dat op het terrein van de volksgezondheid de keiharde taal van de economie het alleen voor het zeggen heeft leidde vooralsnog niet tot een wijziging van het beleid.
6. Van 130% van de jaarlijkse kosten in 1945 tot 10% in 1960.
7. Zo steeg over het tijdvak 1948-1960 het aantal verpleegdagen per 1.000 ziekenfondsverzekerden met 60%, nam het aantal ziekenhuisopnames per 1.000 verzekerden toe met 51%, terwijl het aantal verrichtingen nagenoeg verdubbelde.
8. Zo werd aan het begin van de vijftiger jaren door het ministerie berekend dat 50% van alle ziekenhuizen in de vorige eeuw was gebouwd, terwijl de Stichting *Het Nederlandse Ziekenhuiswezen* in 1951 tot de slotsom kwam dat 70% van de ziekenhuizen verouderd was.
9. a. Het eerste was een maatregel waarmee, aldus de toenmalige minister Van den Brink, „de charitatieve gedachte tot uitdrukking werd gebracht”.

- b. Deze afschrijvingspolitiek betekende dat vernieuwing van een verouderde situatie met een vooroorlogs vermogen al snel leidde tot een toenemend beroep op vreemd kapitaal waarvan de lasten vervolgens weer gedeeltelijk in de verpleegprijzen moesten worden opgevangen.
 - c. Gemeld zij dat de verhouding leek-verplegenden/religieus-verplegenden steeg van 1.83/1 in 1951 naar 2.35/1 in 1955.
10. Preek en godsdienstvakken bij het examen zijn na 1970 niet meer in de jaarverslagen terug te vinden. Overigens blijkt dat vele inrichtingen van confessionele oorsprong tegen de tachtiger jaren worstelden met de identiteitsvraag.
 11. M. van Doorn-de Leeuw, *Wie gaat de Gezondheidszorg beheersen? Beleid en Maatschappij (1977)* pag. 142.
 12. Gedurende de zestiger jaren vormde het kabinet-Cals daarop een uitzondering van 14 april 1965 tot 22 november 1966.
 13. Zij die de noodzaak van ordening, planning en overheidsingrijpen benadrukten bleven tot in het begin van de zeventiger jaren roependen in de woestijn. Zie bijvoorbeeld het rapport van de Wiardi Beckman Stichting: *Ziekenhuisbouw in Nederland (1961)*. Zie ook een SER-rapport uit 1961 waarin wordt gepleit voor systematisch onderzoek naar de behoefte aan ziekenhuisbedden. Zie ook het standpunt van de ziekenfondsorganisaties in het CBOZ. Het terugtreden van de overheid kreeg onder meer gestalte in 1965 toen de ambtenaren uit de Ziekenhuiscommissie werden verwijderd. Daarmee werd de bouwadvisering nagenoeg volledig in handen gelegd van het samenspel van maatschappelijke krachten. Van de nieuwe adviserende taak van de commissie kwam niets terecht.
 14. Minister Veldkamp en Staatssecretaris Bartels.
 15. Zie H.J. Hannessen en A. Sliedrecht: *Het COZ in de Praktijk*. In: *De Prijs voor Gezondheid*, Baarn, 1984, pag. 279-305.
 16. Voor wat dat laatste betreft speelt niet alleen de toename van het aantal medewerkers een rol maar ook de trendmatige aanpassing van de salarissen, in indexpunten uitgedrukt gestegen van 100 in 1967 tot 297 in 1980. Daarbij zij aangetekend dat een stijging van de loonkosten in de gezondheidszorg aanmerkelijk minder door productiviteitsstijging kan worden gecompenseerd dan in het bedrijfsleven.
Vergelijk: W.J. de Gooijer: *Gezondheidszorg en Economische Orde*. In: *Het Ziekenhuis*, 1977, nr. 12.
 17. Men kan dat de overheid verwijten want uiteindelijk ging het hier om een gemeenschapsvoorziening die voor een belangrijk deel gefinancierd werd en wordt via een wet waarbij een groot deel van de burgers de verplichting werd opgelegd om zich collectief voor een vastgesteld pakket te verzekeren. Daaruit vloeit de plicht voort om waar nodig ordenend op te treden. Dat is niet gebeurd.
Zie: J.P.M. Hendriks. *De Rol van de Overheid*. In: *De Prijs voor Gezondheid*, t.a.p., pag. 70.
 18. L.J. de Wolff: *Tussen Corporatisme en Etatisme*. In: *De Prijs voor Gezondheid*, t.a.p., pag. 219-235.
Weliswaar hadden de onafhankelijke deskundigen in het COZ en de medewerkers van het bureau een corrigerende functie maar hun vraag aan de overheid om sociaal-economische beleidsuitgangspunten bleef lange tijd onbeantwoord.
Zie: H. ter Heide. *Ervaringen met het COZ als Ordeningsmodel*.

In: De Prijs voor Gezondheid, t.a.p., pag. 58.

19. Al in 1961 gaf dit de voorzitter van de Bond van R.K. Ziekenfondsen aanleiding tot de volgende opmerking:
„Men (d.w.z. de ziekenhuizen) is tegen het ambtelijk instituut van de prijs-beheersing, men is tegen overheidsinmenging en overheidsbemoeiing, men verlangt naar meer liberalisatie, men wil meer zelf bepalen en zelf vaststellen, maar toch schijnen er grote weerstanden overwonnen te moeten worden om met de allergrootste partner (de ziekenfondsen), omvattende bijna 3/4 deel van de bevolking van de ziekenhuizen en uitmakende 60% van de ziekenhuisverplegingskosten, tot overleg en samenwerking te komen”.
Zie P. Juffermans: t.a.p., pag. 225.
20. L.J. de Wolff, t.a.p., pag. 224-226.
21. Intussen blijkt uit de jaarverslagen rond het midden van de zeventiger jaren nauwelijks enig besef dat de ziekenhuizen wel eens zware tijden tegemoet zouden kunnen gaan. Op zichzelf is dat niet zo verwonderlijk indien men bedenkt dat de overheid ondanks de noodzaak van kostenbeheersing zelf nog immer tegengestelde impulsen gaf. Er zij in dit verband bijvoorbeeld verwezen naar de actie „huisvesting psychiatrie” in de tweede helft van de jaren zeventig.
22. Ten dele speelde ook het overheidsoptreden een rol voorzover die ontwikkelingen haar aanleiding gaven om regelend en stimulerend op te treden. Om met het laatste te beginnen staat vast dat de overheid zich in de onderhavige periode niet afzijdig heeft gehouden. Zo vroeg de minister van Sociale Zaken in 1974 de Sociaal Economische Raad om advies inzake het sociaal beleid in de onderneming. Hij constateerde destijds dat er hogere eisen werden gesteld aan de inhoud van de arbeid, de arbeidsomstandigheden en de arbeidsverhoudingen, dat verschijnselen als het stijgende ziekteverzuim duiden op een zekere onvrede met de arbeidssituatie en dat een aantal gevallen van ernstige arbeidsonrust de groeiende betekenis van de sociale problematiek onderstreepten. Daarin vond hij aanleiding om het sociaal beleid tot ontwikkeling te brengen. Voor wat de doelstellingen en plaatsbepaling van dat beleid betreft ging het om het scheppen van zodanige omstandigheden voor het individu en voor groepen dat de mens in zijn arbeid en zijn werksituatie zo goed mogelijk tot zijn recht zou kunnen komen. De mens zou in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht centraal moeten staan. Het daartoe te ontwikkelen sociaal beleid diende een nevensgeschikte plaats te hebben ten opzichte van andere ondernemingsdoelstellingen. Onder meer via wetgeving wilde de minister op dit vlak impulsen geven.
(vgl. W.J. de Gooijer: Personeelsbeleid in de Gezondheidszorg. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1979, nr. 4, pag. 124).
Indicatief voor de problematische uitwerking van dit sociaal beleid is het gegeven dat de SER er zeven jaar voor nodig had om het gevraagde advies uit te brengen. En beziet men dan het resultaat, dan blijkt dat als gevolg van grote meningsverschillen vlees noch vis te zijn. Ik althans kan de mening van de Raad dat de overheid ervan uit dient te gaan dat de ondernemingsleiding tezamen met de betrokken werknemers of hun vertegenwoordigers tot taak heeft een concrete inhoud aan het sociaal beleid in de onderneming te geven, niet zo schokkend vinden. (Advies inzake het Sociaal Beleid in de Onderneming, SER 81/104), Den Haag, 20 maart 1981, pag. 24).
Van Zutem wijt deze concretiseringsproblematiek aan theorie-armoede (H.J. van Zutem: Rechtvaardigheid en Doelmatigheid, Assen, 1986). Veel

- verder dan het uitbreiden van de bevoegdheden van de ondernemingsraad en het Sociaal Statuut in de CAO, beide inmiddels ook van toepassing op de ziekenhuizen, kwam men in deze periode dan ook niet. En momenteel plaatst die theorie-armoede ons ook voor problemen bij de concretisering van het welzijnsaspect uit de Arbeidsomstandighedenwet.
- Al met al speelt het externe afstemmingsprobleem voor wat de democratisering van de arbeidsverhoudingen betreft maar in beperkte mate in de relatie met de overheid. Het vormgeven aan die verhoudingen was vanuit haar invalshoek behoudens enkele wettelijke randvoorwaarden een kwestie van: „Zoek het samen maar uit”.
23. De Greve stelt in dit verband dat de 60-er jaren werden gekenmerkt door het denken in structuren. De 70-er jaren noemt hij de tijd voor het agogisch denken. W.B. de Greve: Management en Professie. In: ZM-magazine, 1987, nr. 9, pag. 29.
 24. Vgl. W.J. de Gooijer: Personeelsbeleid in de Gezondheidszorg, t.a.p., pag. 125.
 25. En kunnen wij nu zeggen dat deze vormgeving in vergelijking met het bedrijfsleven heeft geleid tot een beter arbeidsklimaat? Dat zou onderzocht kunnen worden maar voorzover ziekteverzuim en verloop daarvoor indicatoren zijn blijkt van zo'n verbetering in deze periode niet. (Zie: Ziekteverzuim en Personeelsverloop, NZI-publicatie, 82.284).
 26. Interview met H.J. Anbeek. In: De Prijs voor Gezondheid, t.a.p., pag. 162.
 27. Bron: A.P.W. van Montfoort, J.F. Bal en P.W. van Rijnsoever: Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen, NZI-publicatie 79.181. Bron: Tachtig Jaren Statistiek in Tijdreeksen, CBS-publicatie, Den Haag, 1979.
 28. F.O.G.M. 1988, de tabellen 2.1, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15. Onder ziekenhuizen worden begrepen de algemene en categorale ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de inrichtingen voor zwakzinnigen en de verpleeghuizen. Alleen voor deze instellingen zijn in de tabellen de kosten vergelijkbaar.
 29. Zie in dit verband: W.J. de Gooijer: Over Bezuinigingen, Afschrijvingen, Rente en de Rest. De Achterkant van het Gelijk van KLOZ en Boelen. In: Het Ziekenhuis, 1987, nr. 2, pag. 54 en 55.
 30. FOGM 1988, pag. 53.
 31. Vgl. W.J. de Gooijer: Kostenbeheersing en Werkgelegenheid in de intramurale Gezondheidszorg. In: ZM-magazine, 1987, nr. 3, pag. 3-13.
 32. Vgl. W.J. de Gooijer: De NZR in het Spel van maatschappelijke Krachten, NVZD, 1984.
 33. Wij hebben zowaar een Harmonisatieraad Welzijnsbeleid moeten instellen om het overzicht nog enigszins te behouden en vanwege de onoverzichtelijkheid heeft die raad een boekje laten verschijnen over „De Toegankelijkheid van de Zorg- en Regelgeving. Zie: R. Widdershoven, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Serie Dwarskijken, nr. 4, juni 1984.
 34. Leenen heeft enige tijd geleden voor ons uitgerekend dat de bureaucratie in de gezondheidszorg in het tijdvak 1977-1982 toenam met ruim 4.000 personen. Zie: H.J.J. Leenen: Grenzen van het Recht op Gezondheidszorg. In: Grenzen van de Gezondheidszorg. Een uitgave van de Stichting Gezondheidszorg 1982, Nijkerk, 1984, pag. 64.
 35. FOGM 1988, pag. 199.
 36. Zo was het vroegere COZ-bureau een bureau van partijen. Er bestond een nauwe verbinding met verzekeraars en instellingen. De kamers waren vrij nadrukkelijk bij de besluitvorming betrokken. Zeggenschap en verantwoor-

- delijkheid behoorden bij elkaar. In de COTG-constellatie zijn die twee zaken gescheiden. Daarmee wordt de eigen verantwoordelijkheid onderstreept, met als gevolg dat het veld anders tegen het bureau is gaan aankijken.
37. In een onderzoek van het sociologisch instituut van de Rijksuniversiteit in Groningen wordt geconcludeerd dat de ziekenfondsen van een beleidsvolgende een beleidssturende instantie zijn geworden. Daarnaast wordt vastgesteld dat de invloed van de Provinciale Griffie ten koste van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid is toegenomen.
Zie: Krisisvarianten in de Gezondheidszorg. Rijksuniversiteit Groningen Sociologisch Instituut, Vakgroep Arbeid en Organisatie, 1984.
 38. L.J. de Wolff; t.a.p., pag. 230. Dit overheidsoptreden met voorbijgaan aan toch bepaald gerede partijen werd bijvoorbeeld gedemonstreerd met betrekking tot het Generaal Accoord, terwijl het zich eveneens manifesteerde in het kader van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, waar het ontwerp ter zake door de minister zonder vooraf de adviesorganen te hebben geraadpleegd rechtstreeks naar de Raad van State werd gestuurd.
 39. L.J. de Wolff; t.a.p., pag. 229.
 40. In het begin van de zeventiger jaren heette het nog dat ieder algemeen ziekenhuis een PAAZ-afdeling zou moeten hebben, omdat psychiatrie een specialisme was naast andere specialismen. In dat verband werd er een planningsnorm van 0,2 à 0,3% vastgesteld. In 1976 was het enthousiasme enigszins getemperd en vond de overheid dat er een afweging zou moeten komen voor respectievelijk een PAAZ-afdeling of een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. In 1982 werd een voorzichtig beleid ten aanzien het realiseren van PAAZ-afdelingen gewenst geacht (zie de Memorie van Antwoord op de begroting 1982, 1e Kamer). De planningsnorm werd nu 0,1%. En in 1983 tenslotte werd de vestiging van een PAAZ-afdeling gerelateerd aan de gebrekkige spreiding van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Over het uitgangspunt dat psychiatrie een specialisme is naast andere specialismen werd niet meer gerept.
 41. FOGM 1988, pag. 122.
 42. Zie voetnoot 31.
 43. F.J. Hogewind en W. van de Windt: Kosten en Dienstverlening in de intramurale Gezondheidszorg 1980-1990. Over Middelen, Mensen en Patiënten. NZI-publicatie, Utrecht 1986.
 44. Over de periode 1981-1986 stegen de kosten voor de extramurale zorg met 21,2% (FOGM 1988, pag. 13), echter zonder dat de substitutiedoelstelling werd gerealiseerd. Zie: G.M. van Etten: De Overheid in de eerste Lijn. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 25/87, pag. 824-828.
 45. Uit: Toen bliezen de Poortwachters. Proza en Poëzie van 1880 tot 1920, Salamander reeks, nr. 28, Amsterdam 1959, pag. 74.
 46. J.B.M. Edelman Bos: Strategisch Management in de Gezondheidszorg: Mission Impossible? Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987, pag. 26.
 47. Zie voetnoot 39.
 48. G. Morgan: Images of Organization, SAGE publications, California, 1986, pag. 69.
 49. D. Keuning: Management: het is „top...down” en „bottom...up”, Leiden/Antwerpen, 1987, pag. 11.
 50. T.E. Deal en A.A. Kennedy: Corporate Cultures, The Rites and Rituals of Corporate Life, Massachusetts, 1984, pag. 108.

51. Mastenbroek merkt in dit verband op dat de overlevingskracht van organisaties afhankelijk is van ons vermogen om de nog steeds uitdijende en zich verdichtende netwerken van interne en externe interdependenties te hantieren. In: J.J. Swanink: Werken met de Organisatiecultuur. De harde Gevolgen van de zachte Sector, Nederlands Studiecentrum, Vlaardingen, 1988, pag. 41.
52. Seneca voor Managers, Tiel, België, pag. 17.
53. Ter illustratie volgen hieronder twee voorbeelden, ontleend aan de dagelijkse toepassingspraktijk.
1. Een internist heeft de zorg voor een ernstig zieke patiënt. De patiënt heeft onder meer een zodanige oogontsteking dat de internist het raadzaam acht een oogspecialist uit een naburig ziekenhuis te consulteren. Na telefonisch overleg besluiten internist en oogspecialist dat de laatste de patiënt in het ziekenhuis van de internist zal onderzoeken in plaats van de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis waar de oogspecialist werkt te laten vervoeren. De oogspecialist dient voor het consult een rekening in bij de verzekeraar, waarbij hij tevens een bedrag van f 3,75 opvoert voor gereden autokilometers. Het consult wordt betaald, maar niet het kilometerbedrag, want dat zit niet in het verstrekkingenpakket. Zouden daarentegen internist en oogspecialist hebben besloten om de patiënt voor het consult per ambulance naar het naburige ziekenhuis en terug te laten vervoeren, dan zou het daarmee gemoeide bedrag van f 500,- zonder meer zijn betaald.
 2. De erkende klinische en dagklinische capaciteit van een psychiatrisch ziekenhuis worden gereguleerd door planningspromillages die zijn gerelateerd aan een prognose aangaande de ontwikkeling van het inwonertal in het verzorgingsgebied. Het beleid is er op gericht om de klinische capaciteit te vervangen door dagklinische capaciteit. Dat is niet alleen beter uit een oogpunt van behandeling, maar het is ook goedkoper. Het ziekenhuis heeft inmiddels een dagklinische patiëntenpopulatie die meer dan het dubbele bedraagt van de dagklinische erkenning. Echter, de bezettingsraad van de kliniek daalt niet en beweegt zich al jaren rond de 96%. De bestaande planningsregels voorzien niet in dit probleem en het ziekenhuis is nu al ruim twee jaar met overheid en verzekeraars in bespreking om een oplossing te vinden. Zou het ziekenhuis echter besluiten om dagklinische patiënten weer klinisch op te nemen, dan zou dat zolang het maximum van de erkende klinische capaciteit niet wordt overschreden, zonder meer worden betaald.
54. Het leidt er toe dat de laatsten door de eersten meer als horzelnesten dan als bijenkorven worden ervaren. Zie: J.P.M. van der Wolf: Adviesorgaan Gezondheidszorg kunnen niet worden gemist, Staatscourant 196, 12 oktober 1987, pag. 4.
55. A. Jay: Management and Machiavelli: London, 1987, pag. 108.
56. A. Toffler: De flexibele Organisatie. Inspelen op Veranderingen. Utrecht/Antwerpen, 1985, pag. 95.
57. Dat zal overigens niet eenvoudig zijn. Zo wijst Van der Krogt in navolging van Van Doorn op de professionalisering binnen de overheidsorganisatie, waar een „maatschappelijk middenveld” ontstaat waarop de top van de organisatie weinig greep heeft of die dreigt te verliezen. Zie: Th. van der Krogt: Professionalisering en Collectieve Macht, Den Haag 1981, pag. 10.
58. J.B.M. Edelman Bos in het voorwoord bij L.M. Miller: Naar een nieuwe

- Ondernemingscultuur, Utrecht/Antwerpen, 1985, pag. 7.
59. J. van de Lande: Het „tiem” en de „nul last”. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 35e jaargang, 1980, nr. 12, pag. 1156-1157.
 60. A. Toffler: t.a.p., pag. 124-125.
 61. S.M. Davis: *Managing Corporate Culture*, Cambridge, Massachusetts, 1984, pag. 123.
 62. Zie ook het artikel van W.B. de Greve, t.a.p.
 63. Toespraak door de Voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren, 10 april 1987. In: *ZM-magazine*, 1987, nr. 3, pag. 3.
 64. R. Klein: *Who makes the Decisions in the NHS?* In: *Management Perspectives for Doctors*, King's Fund Publishing Office, London, 1985, pag. 16 en 87.
 65. Het maakt daarbij naar mijn oordeel niet zoveel uit dat het gaat om decentralisatie in een duale structuur, want het onderscheid in decentralisatie met betrekking tot de kernfunctie en de voorwaardenscheppende functies wordt minder bepaald door verschillen in expertise dan door een historisch gegroeide autonomie. Zo zal de manager met een economische achtergrond het hoofd technische dienst met een ingenieursopleiding als een professional beschouwen. Hetzelfde geldt voor de manager met een technische achtergrond in zijn relatie met de administrateur die toevallig accountant is. Ook voor deze en andere voorwaardenscheppende functies is deskundigheid het middel; alleen het doel is anders. De deskundigheid van de manager wordt in beide gevallen bepaald door de mate waarin hij in staat is de verschillende stappen in het proces van besluitvorming te beheersen (zie voor de duale structuur B. Kapteyn: *Organisatietheorie voor non-profit*, Nijmegen, 1987, pag. 211). Een voorkeur voor centrale besluitvorming zou dan betekenen dat de manager zelf de informatie zou moeten verzamelen en analyseren om vervolgens zelf te kiezen en uit te voeren. Die bekwaamheid bezitten managers niet. Dat is op zichzelf al een reden om te decentraliseren. Maar er zijn er meer. In de eerste plaats komt het de slagvaardigheid ten goede doordat de informatie niet door de verticale hiërarchie behoeft te worden gesluisd. In de tweede plaats zal de input met betrekking tot de besluitvorming meer gedetailleerd kunnen geschieden. In de derde plaats motiveert het de medewerkers doordat zij meer in het besluitvormingsproces worden betrokken en tenslotte biedt het de medewerkers op de lagere niveaus de mogelijkheid om zich te ontplooiën (zie S.P. Robbins, *Organization Theory. The Structure and Design of Organizations*, New Jersey, 1983, pag. 82-85).
 66. E. Freidson: *Profession of Medicine*, New York, 1970.
 67. Men denke in dit verband aan de economedische inspecteur uit het rapport van de commissie-Dekker. In: *Bereidheid tot Verandering, Advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Den Haag, 1987, pag. 84.
 68. J.D. Thompson: *Organizations in Action*, New York, 1967. pag. 129, 142-143.
 69. O.S. Miettinen, *Theory of Medicine. At the Core of Post-Flexnerian Education in Medicine?* Vrije Universiteit, Amsterdam, 1987, pag. 14-15.
 70. H. Mintzberg: *Power in and around Organizations*. New Jersey, 1983, hoofdstuk 22.
 71. R.H. Hall: *Organizations, Structures, Processes and Outcomes*, New Jersey, 1987, pag. 82-83.

72. C.M.T. Plasmans, De Specialist van Morgen. In: De Specialist vandaag en morgen, uitgave van de LSV, 1987, pag. 35-39.
Zie ook: A.F. Casparie: Het Management: een zorg voor de professie? Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987.
73. De Greve werkt het decentralisatieprincipe uit in een zestal operationele doelstellingen van wat hij overigens de blokkenstructuur noemt. Achtereenvolgens zijn die doelstellingen a. de groepering van de „primaire productiefdelingen” tot een aantal relatief autonome eenheden, b. het onderbrengen van de overige afdelingen in centrale ziekenhuisdiensten die ten dienste staan van alle afdelingen, c. het coördineren van blokken en diensten als directietaak, d. het op blokniveau afstemmen van de eisen van de onderscheiden professies onderling en tussen professie en management, e. het toedelen van de kwaliteitsbewakende en beroepsontwikkende taak aan een staforgaan per beroepsgroep en f. het op blokniveau vervullen van de beleidsbepalende en organisatorisch leidinggevende rol door professionals (W.B. de Greve: Professie en Management in de Organisatiestructuur van het Ziekenhuis, Lochem, 1979, hoofdstuk 5). Zie in dit verband ook: J. Kastelein: Modulair Organiseren doorgelicht, Groningen, 1985.
74. T.F.M. van Dun: Ontwikkelingsmogelijkheden voor intern Ondernemerschap in Nederlandse algemene ziekenhuizen, doctoraalscriptie, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Economische Wetenschappen, Vakgroep Organisatie en Leiding; Twijnstra en Gudde NV, Management Consultants, Deventer, september, 1987.
75. E.H. Schein: Organizational Culture and Leadership, San Francisco 1985, pag. 171.
76. Morgan acht deze corporate culture van belang vanwege haar „holographic potential”, t.a.p., pag. 105.
77. R.D. de Jong: Sociale Ondersteuning, Spanning en Stemming. Functioneren en Gezondheid bij Ondernemers en Managers, dissertatie, Utrecht, 1987, pag. 231.
78. L.M. Miller: Naar een nieuwe Ondernemingscultuur, Utrecht/Antwerpen, 1985, pag. 43.



ISBN 90 232 2366 7