

HET NEDERLANDSE ZIEKENHUIS

door Prof. Dr. J. B. Stolte, D.M.S.A.

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg onderscheidt zich in menig opzicht van dat in de andere Europese landen. Zo neemt de huisarts er een centrale plaats in. Mengvormen van praktijkvoering, waarbij de grenzen tussen huisartsengeneeskunde en specialistische geneeskunde worden overschreden komen hier niet voor. Veruit de meeste Nederlanders - namelijk zij, die bij een ziekenfonds zijn verzekerd - worden in principe slechts door een specialist in behandeling genomen op verzoek van hun huisarts (de „verwijzing”). Veruit de meeste specialisten hebben hun praktijk geheel naar het ziekenhuis verlegd, waar zij hun patiënten zowel op de polikliniek als in de kliniek behandelen. Dit laatste geschiedt vooral op de betrekkelijk kleine (zelden groter dan 35 „bedden”) afdelingen van het ziekenhuis, bijeen horende verpleegmogelijkheden, waar de patiënten onder behandeling van één „specialist” of enkele nauw samenwerkende specialisten staan.

Verpleging en behandeling staan de Nederlander in verschillende soorten inrichtingen ter beschikking: algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen (voor lijders aan bepaalde ziekten of groepen van ziekten of voor bepaalde leeftijdsgroepen), psychiatrische ziekenhuizen (die tot de categorale kunnen worden gerekend), verpleeghuizen (waar de nadruk meer op verbetering van de conditie dan op behandeling van ziekte ligt), zwakzinnigeninrichtingen (waar vooral „socialisatie” van de pupillen d.m.v. opvoeding en onderwijs wordt nagestreefd) e.d.m. In het volgende wordt hoofdzakelijk aandacht besteed aan het algemene ziekenhuis, dat in organisatorisch opzicht als voorbeeld kan dienen. De Nederlander maakt op grote schaal gebruik van de diensten van dit instituut. Elk jaar worden er circa 1.360.000 mensen opgenomen, die er gemiddeld 18 dagen¹⁾ verblijven. Zoals uit tabel I blijkt, nam het per 1000 inwoners opgenomen aantal patiënten voortdurend toe. De laatste jaren is dit in afnemende mate het geval. De gemiddelde verpleegduur nam geleidelijk af, wat zijn uitwerking op de „consumptie” van verpleegdagen niet miste. Ten gevolge van overschatting van de bevolkingsgroei is het potentiëel (uitgedrukt in bedden) sterk gestegen. De laatste jaren werd dan ook een dalend bezettingspercentage geregistreerd. Hierin komt overigens tot uiting dat de veel gehoorde bewering, dat in de gezondheidszorg het aanbod de vraag schept, zodat het potentiëel steeds tot het maximum wordt benut slechts ten dele juist is, nl. slechts zolang er nog een achterstand in de ontwikkeling van het potentiëel is. Gezondheidszorg is geen goed, dat met graagte wordt verkregen, doch veeleer een met een negatief affect beladen goed. Men moet het niet met gezondheid verwarren.

¹⁾ Dit getal is in feite te hoog, omdat de dag van opneming en die van ontslag als volle dagen worden gerekend.

Tabel I.

	1922	1948	1953	1958	1963	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Aantal algemene ziekenhuisbedden (acad. ziekenhuizen inbegrepen ¹)			4,17	4,42	4,58	4,95	5,00	5,02	5,06	5,09	5,04
Aantal opnemingen in alg. ziekenhuizen ²)			7,00	7,59	8,19	9,24	9,50	9,63	9,97		9,93
Gemidd. CBS verpl. d. NZI	36,3	22,4	20,02	20,4	19,8	19,2	18,8 17,4	18,5 17,2	17,9 16,8	17,8 16,6	16,0
Aantal verpleegdagen per inwoner	0,7	1,3	1,4	1,55	1,63	1,77	1,79	1,79	1,80	1,80	
Bezettingspercentage alg. ziekenhuizen											
CBS			84,64	89,13	90,60	90,69	91,27	90,32	89,26	88,30	
NZI							92,7	91,9	91,1	89,9	85,7

1) per 1000 inwoners

2) per 1000 inwoners per jaar

In nog veel grotere mate dan van de kliniek maakt de bevolking gebruik van de polikliniek. Betrouwbare statistische gegevens zijn daarover niet voorhanden. Naar schatting zijn echter jaarlijks meer dan 15 miljoen polikliniek bezoeken in het geding, de zgn. 1e hulp meegerekend. Vele van de betrokken patiënten komen meer dan eens. Het aantal mensen, dat per jaar de poliklinieken bezoekt is dan ook kleiner, doch niettemin nog zeer groot.

Men kan e.e.a. ook op andere wijze tot uitdrukking brengen. Van iedere 10.000 Nederlanders zijn er dagelijks rond 200 onder behandeling van hun huisarts en rond 150 bij een medisch specialist. Van de laatsten zijn 35 opgenomen in een algemeen ziekenhuis en verblijven 50 in een psychiatrisch ziekenhuis of in een zwakzinnigeninrichting. Verder zijn nog 15 van de 10.000 in een verpleeghuis opgenomen.

Evenals de gehele gezondheidszorg is het algemene ziekenhuis voortdurend aan veranderingen onderhevig, niet zelden van turbulent karakter. Ook in de laatste decennia is zulks het geval. Enkele voorbeelden mogen hier volstaan. Zo heeft zich schaalvergroting voorgedaan. Dit blijkt uit de gegevens van tabel II.

Tabel II.

	1953	1957	1967	1972	1974
Algemene ziekenhuizen tot 100 bedden:	79	74	20	13	6
100 - 250 bedden:	90	92	93	73	73
250 - 500 bedden:	38	39	74	86	86
Meer dan 500 bedden (incl. academische ziekenhuizen)	18	23	26	34	34
Totaal:	225	228	213	206	199

Het aantal kleine ziekenhuizen nam sterk af, gewoonlijk omdat zij zich in deze vorm niet konden handhaven aangezien het verstrekte dienstenpakket door alle of de meeste betrokkenen onvoldoende werd geacht. Het aantal grotere en grote ziekenhuizen nam toe, soms door groei, soms door fusie. Tegelijkertijd hebben enige ziekenhuizen hun denominationele signatuur opgegeven. Bovendien zijn een aantal overheidsziekenhuizen zelfstandige rechtspersonen geworden.

Het aantal personeelsleden is tezelfdertijd sterk toegenomen. Ten dele is dit toe te schrijven aan het geleidelijk verdwijnen van de religieuzen uit de betrokken instituten en aan de algemene arbeidsduurverkorting. Daarnaast was de invoering van vele verfijnde en arbeidsintensieve werkwijzen verantwoordelijk. Mede daardoor is de economische betekenis van het algemene ziekenhuis toegenomen. Niet alleen zijn er zeker 3% van de tegen betaling werkzame burgers ingeschakeld tegen personeelskosten ad ca. f 2,5 mld.²), ook als geldnemer op de kapitaalmarkt en als afnemer van „productiemiddelen”, verbruiksgoederen en diensten telt het ziekenhuis geducht mee. Vooral in kleinere bevolkingsconglomeraties is het zodoende een factor van betekenis in het economische verkeer.

Een en ander heeft geleid tot versterking van de mankracht in de bedrijfsleiding en met name in de directie. Deze is in vele gevallen meerhoofdig geworden. Het aantal functionarissen dat part-time is ingeschakeld, is belangrijk verminderd. Het aantal „economische” directeuren is meer dan verdubbeld.

De meeste algemene ziekenhuizen in Nederland worden geacht „particulier” te zijn in de zin, dat ze de rechtsvorm van een stichting of een vereniging hebben. Ongeveer 20% kunnen tot de „overheidsziekenhuizen” worden gerekend. De ervaring leert, dat het verschil in rechtsvorm weinig of geen invloed heeft op de invloed van de bevolking op de gang van zaken. Niettemin wordt de laatste jaren nogal eens bezwaar gemaakt tegen de bestuursstructuur, met name van de stichtingen. Vooral de aanvulling door coöptatie ontmoet nogal eens kritiek. Een goed „model” is echter nog niet gevonden, althans niet algemeen aanvaard. Zeker is, dat de verenigingsvorm geen beter alternatief is gebleken. De door sommigen bepleite inschakeling van patiënten en „potentiële” patiënten is van twijfelachtig nut en praktisch niet te verwezenlijken. Naar Joegoslavisch voorbeeld wordt door enkele schrijvers een grotere of kleinere invloed van de werkers in het ziekenhuis op de bestuursamenstelling voorgestaan. Men heeft daarbij het oog op de medische staf - het orgaan, dat alle in het ziekenhuis werkende medische specialisten omvat - en op de ondernemingsraad (daarin zijn de niet in loondienst werkende specialisten niet vertegenwoordigd). Vanwege het lang niet altijd parallel gaan van de belangen van verzorgden en verzorgenden zal men grote voorzichtigheid hebben te betrachten bij een dergelijke constellatie. Bovendien is het de vraag of de bijzondere plaats, die een bepaalde categorie werkers - de specialisten - op deze wijze krijgt toegewezen niet een ongewenste asymme-

²) De statistieken laten te wensen over. De inkomens van de niet in loondienst zijnde specialisten vallen er buiten, evenals de neveninkomsten uit de particuliere praktijken van de wel in loondienst werkende specialisten.

trie in de verhoudingen meebrengt. Verwant aan het vraagstuk van de rechtsvorm is dat van de „medezeggenschap” of „inspraak”. Op grond van de Wet Ondernemingsraden moeten vrijwel alle particuliere algemene ziekenhuizen een ondernemingsraad hebben. Alleen de zeer kleine vallen hier niet onder. Mede door de activiteit van de Nationale Ziekenhuisraad vigeren nu in zeer vele ziekenhuizen zulke raden, naar het lijkt niet zonder succes. Dit ondanks het feit, dat de W.O.R. niet op alle punten erg voor toepassing in het ziekenhuis geschikt lijkt.

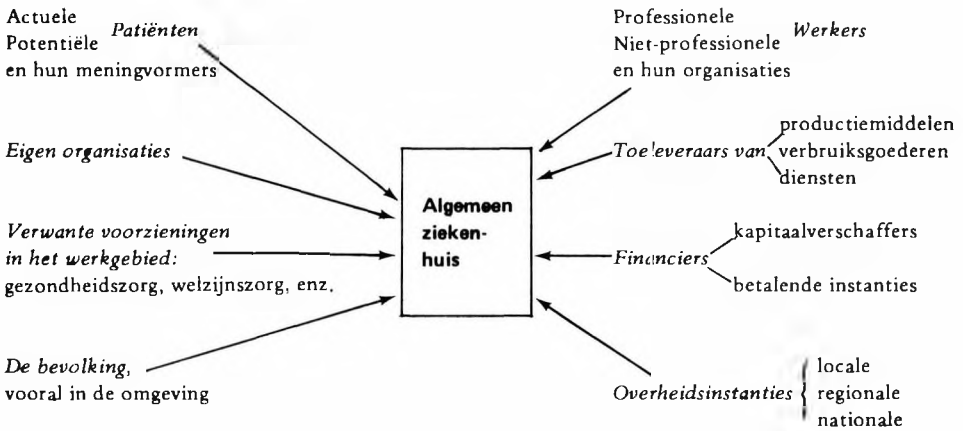
In de overheidsziekenhuizen vigeren geen ondernemingsraden, maar „medezeggenschapscommissies”, die merkwaardig genoeg minder bevoegdheden hebben en alleen vertegenwoordigers van georganiseerd overheids-personeel omvatten.

De bedrijfsleiding van het algemene ziekenhuis is afhankelijk van de rechtsvorm, doch er lijken altijd twee instanties in het geding te zijn; een bestuur en een directie. In overheidsziekenhuizen wordt het „bestuur” gewoonlijk uitgeoefend door een overheidsinstantie (b.v. een wethouder), in de particuliere ziekenhuizen is het in handen van het college, dat de stichting of de vereniging bestuurt. Hoewel in al deze gevallen het bestuur formeel alle bevoegdheden heeft blijkt de directie veel meer betekenis te hebben dan aan een uitsluitend uitvoerende instantie zou toekomen. Zo gaat ze in veruit de meeste gevallen allerlei overeenkomsten aan, die de inrichting binden. Merkwaardig genoeg is echter zelden of nooit sprake van een juridisch aanvaardbare regeling van de bevoegdheden van de directie en van de verhouding tussen bestuur en directie.

Over de wijze waarop de bedrijfsleiding in het algemene ziekenhuis wordt gevoerd, dan wel zou moeten worden gevoerd, bestaat niet veel litteratuur. Er kan in het bestek van dit artikel ook slechts summier op worden ingegaan.

Bedrijfsleiding wordt veelal gekenschetst als het richten van de inspanningen der in de organisatie ingeschakelde mensen op een gezamenlijk, het bedrijf eigen, doel. Mocht deze beschrijving al op andere bedrijven toepasselijk zijn, voor het ziekenhuis geeft ze in ieder geval onvoldoende houvast. De veelal als doel ervan geciteerde „verzorging, verpleging en behandeling van zieken” zijn meer middelen dan doel. „Genezen” is lang niet altijd mogelijk en voortgezette pogingen ertoe kunnen in conflict komen met een ander belangrijk doel, het „lenigen van lijden”. Er zal rekening gehouden moeten worden met het doeltreffend en doelmatig inzetten van mankracht en middelen. Hierbij is echter het vraagstuk van de verzekering van de kwaliteit der dienstverlening in het geding, een tot nu toe onopgelost probleem. Ook is het ziekenhuis een bron van werk en ontplooiing, en heeft het zich toe te leggen op opleiding en spuurwerk. Wel is er een zekere rangorde in al deze doelen, maar het is niet alleen aan de bedrijfsleiding om deze rangorde te bepalen. Veeleer heeft ze rekening te houden met wat allerlei groeperingen en personen van het ziekenhuis verwachten. Het ziekenhuis bevindt zich als het ware in een krachtenveld, dat uit de onderscheiden verwachtingen voortkomt, krachten die in en op de organisatie werken en die elkaar voortdurend beïnvloeden. Dit krachtenveld is schematisch in figuur I in beeld gebracht.

figuur 1



Ten opzichte van de verwachtingspatronen van de verschillende groeperingen en personen zal de bedrijfsleiding een zeker evenwicht moeten nastreven op korte termijn (taktiek) en op de langere duur (strategie), want het ziekenhuis is er tot op zekere hoogte van afhankelijk. Elk van de groeperingen en personen heeft een eigen kijk op het ziekenhuis, afhankelijk van de waarden en normen waar men van uitgaat. Deze waarden en normen zijn niet bestendig. De bedrijfsleiding van het ziekenhuis zal er naar moeten streven de veranderingen tijdig te herkennen en er bij de tactische en strategische beslissingen rekening mee te houden. Het voor kunnen komen van tegenstellingen of summatie maakt dit niet gemakkelijker. Bovendien kunnen strategie en taktiek van de bedrijfsleiding niet alleen gericht zijn op het voortbestaan van de inrichting. Ze moet integendeel streven naar verdere ontwikkeling ervan. Hiervoor zal de bedrijfsleiding een ontwerp dienen te ontwikkelen, zoveel mogelijk in samenwerking met hen, die het nauwst bij de organisatie zijn betrokken. Dit ontwerp zal telkens moeten worden bijgesteld. Elke organisatie staat herhaaldelijk voor de noodzaak de problemen waarvoor ze staat zo goed mogelijk te formuleren, verschillende oplossingsmogelijkheden tegen elkaar af te wegen en tijdig een keuze te maken uit de alternatieven. Het ideaal is, dat alle betrokkenen zich achter de gemaakte keuze scharen. Gezien de uiteenlopende uitgangspunten en het gewoonlijk ontbreken van voldoende tijd om elkaar te overtuigen en omdat de onderscheiden groeperingen en personen bij het stellen van hun verlangens zelden of nooit rekening houden met de beperkingen, die in acht moeten worden genomen, zal de bedrijfsleiding desnoods tegen de wil van sommigen in een besluit moeten doorzetten. Ook zal zij corrigerend moeten ingrijpen, wanneer enkelen door het maken van fouten of uit kwaadwilligheid het voortbestaan of het op een redelijk peil functioneren van de organisatie op het spel zetten.

Dat betekent ongelijkheid in de verhoudingen. Men spreekt wel van verschil in „macht”. Het machtsverschil is echter niet primair, maar het resulteert uit een verschil in verantwoordelijkheid. Gebrek aan tijd en menselijke onvolkomenheden veroorzaken, dat niemand met volle zekerheid de juiste

keuze maakt uit de verschillende oplossingen voor de problemen, waarvoor de organisatie wordt gesteld. Het kompas voor de besluitvorming is de waarschijnlijkheid. Het wijst niet altijd de juiste koers aan. Er zijn altijd argumenten voor een andere keuze dan die van de bedrijfsleiding en dus is er steeds kritiek mogelijk. Het met beperkte zekerheid moeten nemen van beslissingen kunnen (en willen) de critici niet van de bedrijfsleiding overnemen. Alleen een leiding, waarvan men aanvaardt dat zij fouten zal - en in zekere zin zelfs moet - maken, kan zich werkelijk voor haar taak inzetten. Alleen zo kan zij alle in de figuur aangegeven groeperingen en personen en met name de patiënten en de werkers dienen, ondanks het feit, dat hun belangen lang niet altijd parallel lopen.

Het kan hier niet de bedoeling zijn uitvoerig in te gaan op alle aspecten van het aangegeven krachtenveld. Slechts enkele punten mogen worden aangestipt.

Het Nederlandse ziekenhuis is een non-profit instelling. In tegenstelling tot verschillende ziekeninrichtingen in b.v. West-Duitsland, België en Frankrijk is het er niet op uit uitkeerbare winst te maken. Het wordt in staat gesteld een tarief te declareren, dat in principe kostendekkend is. Dit tarief wordt in feite vastgesteld door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (C.O.Z.), ingesteld bij de Wet Ziekenhuistarieven. Dit orgaan wordt bestuurd door een uitgebreid college van deskundigen, ten dele aangewezen door de organisatie van ziekeninrichtingen en anderdeels door de organisaties van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, aangevuld en geleid door enkele „wijze mannen”. Het heeft een fors bureau ter beschikking, dat de besluiten voorbereidt en daartoe zo nodig in de onderscheiden inrichtingen, waarvoor een tarief (-wijziging) moet worden afgegeven, een onderzoek instelt. Het tracht de inrichtingen tot een efficiënt beleid te brengen door bij de tariefstelling „normen” te hanteren, die verspilling zouden moeten uitsluiten. Tegen deze normen rijst steeds sterker verzet. De argumentatie, waarop ze berusten, laat inderdaad te wensen over. Dit kan de opstellers echter nauwelijks worden verweten. Het materiaal voor het opstellen van zulke normen ontbreekt in feite. Sommigen twijfelen er zelfs aan of het mogelijk is tot bruikbare normen te komen. Anderen achten het onwaarschijnlijk dat via een tariefstelsel als het vigerende een werkzame beheersing van de kosten kan worden bereikt, waarbij enerzijds verspillingen worden tegengegaan en anderzijds de dienstverlening op een aanvaardbaar peil wordt gehandhaafd. De overheid met name stelt alles in het werk om aan de stijging van de kosten van de gezondheidszorg een halt toe te roepen, tot nu toe met weinig resultaat. Veruit het grootste deel van deze kosten wordt in het algemene ziekenhuis gemaakt, en het aandeel ervan in de totale kosten neemt nog steeds toe. Ook op andere wijze dan via de beïnvloeding van de tarieven tracht de overheid aan deze gang van zaken een einde toe te roepen. Een belangrijk middel daartoe is de rem op de capaciteitsuitbreiding. Bouwactiviteiten en het uitoefenen van bepaalde activiteiten (nierdialyse, open hart chirurgie) zijn aan toestemming van de landelijke overheid gebonden. Een indirect middel is het krap houden van de liquiditeitspositie der ziekenhuizen via de tariefstelling, die geen rente over eigen vermogen toelaat en slechts een zeer krappe door-

berekening van de afschrijvingen. Een en ander beperkt de ruimte voor de besluiten van de bedrijfsleiding in hoge mate. Deze heeft daardoor steeds meer moeite om aan de verwachtingen van de patiënten en de werkers - met name de professionele - tegemoet te komen zonder het voortbestaan van het instituut op het spel te zetten door verlies van het vertrouwen van toeleverars en financiers. Daarbij komt nog, dat de bevolking in de omgeving van het ziekenhuis steeds meer ecologische eisen gaat stellen ten aanzien van de wijze waarop het ziekenhuis zijn afvalprodukten kwijtraakt.

De grootste moeilijkheid heeft de bedrijfsleiding als gevolg van de beperking van de ruimte waarbinnen ze beslissingen kan nemen met de professionele werkers, de artsen en verpleegkundigen. Deze achten zich - onafhankelijk van een eventueel dienstverband - allereerst loyaliteit aan „hun” patiënt verschuldigd. Zij zien deze als hun eigenlijke opdrachtgever. Aan de organisatie, waarbinnen zij hulp verlenen zijn zij slechts in zoverre loyaal, als deze hun de mogelijkheid biedt dit op naar professionele normen aanvaardbaar peil te doen. Het gevolg is, dat het overgrote deel der in het algemene ziekenhuis gemaakte kosten rechtstreeks resulteren uit autonome beslissingen van de leden der geneeskundige en verpleegkundige professies. Zonder deze kan het ziekenhuis echter niet functioneren. Omgekeerd zijn ze echter voor hun dienstverlening in hoge mate van het ziekenhuis en zijn mogelijkheden afhankelijk. Zij zullen zich dan ook, indien zij van het onvermijdelijke overtuigd zijn, gewoonlijk in de opgelegde beperkingen schikken en trachten met de beschikbare middelen te woekeren. Er is echter aan deze inschikkelijkheid een grens. Op lange termijn moet men rekening houden met de ongunstige invloed, die de beperkingen op de recrutering van nieuwe krachten kan hebben. Op kort zicht kan van belang zijn, dat de arbeidsvreugde afneemt, wat het prestatievermogen afbreuk zal doen. Zoals elders is gebleken (Italië, Canada, België, Groot-Brittannië, enz.) kan het zover komen, dat stakingen worden toegepast als pressiemiddel, ondanks het feit, dat de ethiek daarmee moeilijk in overeenstemming te noemen is. Het merkwaardige verschijnsel dat zich daarbij heeft voorgedaan is, dat de bedrijfsleiding van de non-profit-ziekenhuizen zich tot een „doorspelen” van het voor hun onoplosbare probleem - aan hogere eisen te moeten voldoen zonder over de benodigde middelen te beschikken - naar degenen, die de beperkingen oplegden, de overheid, gedwongen zag. Tot nu toe heeft deze, voorzover ik kon nagaan, telkens de beperkingen belangrijk ingeperkt. Opgemerkt moet ook worden, dat in geen geval de patiënten, die dringend hulp behoefden, daarvan verstoken bleven. Niettemin moet de toepassing van het middel gezien worden als een te betreuren noodmaatregel. Het grootste bezwaar is naar mijn mening het „besmettelijke” ervan. In feite is een abnormale toepassing van het middel van de staking in het geding. In een arbeidsconflict worden door een staking de werkgevers en de werknemers onmiddellijk tegenover elkaar geplaatst. Het maatschappelijk leven is „slechts” secundair in het spel. Bij stakingen in de gezondheidszorg wordt echter de patiënt bedreigd, hetgeen een geheel ander aspekt aan de zaak geeft, omdat deze geen (onmiddellijke) invloed op het dispuut heeft. De professies stellen, dat zij het stakingsmiddel slechts toepassen omdat het belang van de patiënt ernstig geschaad

dreigt te worden. De vraag is echter, wie bepaalt of dit het geval is. Ieder succes van een staking bergt het gevaar in zich, dat in een volgend geval er des te eerder toe zal worden overgegaan.

„Dronkenschap door macht” is een groot gevaar, met name waar het de macht van het monopolie van een bepaald gebied van onmisbare diensten betreft. Anderzijds is het ook zo, dat juist daarom geen al te groot beroep moet worden gedaan op de ethische instelling der professies. Terecht is in het Nederlandse recht de ziekenhuizen de status van non-profit-instelling opgelegd. De daaruit resulterende beperkende omstandigheden zullen echter zodanig moeten worden gehanteerd, dat de besturen voldoende mogelijkheden worden gelaten de in hun organisatie opgenomen leden van de geneeskundige en verpleegkundige professies zodanig te laten functioneren, dat ze hun patiënten op naar professionele normen aanvaardbare wijze hun diensten kunnen geven.