

De reactie van de algemene ziekenhuizen op een veranderende organisatorische omgeving

Inleiding

Dit artikel richt de aandacht op de invloed van veranderingen in de organisatorische omgeving van algemene ziekenhuizen in Nederland. Behandeld zullen worden de invloed op de strategieën en tactieken van individuele ziekenhuisorganisaties en de invloeden op processen van inter-organisatorische beleidsvorming.

Het voornaamste data-materiaal was verzameld in 1975 middels 20 semi-gestructureerde interviews met zorgvuldig gekozen deskundigen.¹ De geïnterviewden waren gekozen op basis van kennis en ervaring met het begrip regionalisatie van de gezondheidszorg in het bijzonder met betrekking tot algemene ziekenhuizen.

De veranderingen in de organisatorische omgeving hebben betrekking op de herstructurering van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. De regionalisatie wordt beschouwd als één van de belangrijkste middelen bij deze reorganisatie. Verandering van andere omgevingsfactoren (bijvoorbeeld veranderende economische aspecten) spelen ook een rol bij het proces van herstructurering.

Terwijl de patronen waarover gerapporteerd wordt geen 'statistische significantie' toegekend kunnen worden menen wij dat deze beschrijving een adequate weerspiegeling is van wat er momenteel gaande is ten aanzien van de ziekenhuizen.

Diegenen die verantwoordelijk zijn voor de planning en beleidsvorming van een organisatie worden voortdurend geconfronteerd met het probleem van een bepaalde mate van onvoorspelbaarheid van de omgevingsverandering die van invloed is op de eigen organisatie. Primair zijn deze functionarissen gericht op de mate waarin middelen beschikbaar zijn om plannen te verwezenlijken die betrekking hebben op de *inhoud* van intern organisatiegedrag. Met inhoud wordt bedoeld de soorten personeel en afdelingen, de technologie en de materialen nodig voor het realiseren van doeleinden.

Minder aandacht wordt besteed door de functionarissen aan de *processen* van strategische planning en hoe deze beïnvloed worden door politiek gedrag

extern aan de organisatie. In dit artikel willen wij inzicht verschaffen in het organisatorisch gedrag van ziekenhuizen die zich in een veranderende omgeving bevinden. De ziekenhuizen waren gewend aan een complex doch zeer georganiseerde omgeving waarbinnen 'problem solving' in wezen routinematig verricht kon worden. De ziekenhuisorganisaties worden steeds meer geconfronteerd met een in toenemende mate onvoorspelbaar, snel veranderende omgeving waarbinnen het aantal problemen stijgt en de 'problem solving' steeds minder routinematig kan geschieden. Met andere woorden, ten gevolge van een toenemende complexiteit van oorzaak en gevolg relaties is de voorspelbaarheid verminderd. Hiermee zijn de processen van planning en problem solving moeilijker geworden.¹

Sociaal-historische context

Om deze veranderingen te begrijpen is het noodzakelijk om het huidige gezondheidszorgsysteem te analyseren vanuit de historische context waarin het is ontwikkeld. Met deze analyse zullen tegelijkertijd illustraties van organisatorisch gedrag geboden worden.

De structuur en het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg kan voor een belangrijk deel herleidt worden tot de wetten van Thorbecke die door de Kamers zijn aangenomen in 1865. Deze

Drs. C. P. C. Breemer ter Stege (1948) is als socioloog verbonden aan de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Leiden. Publiceerde eerder o.a. *De Nederlandse Gezondheidscentra, problematiek en informatie* (in: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1975).

Adres: p/a Wassenaarseweg 62, Leiden.

Drs. R. Jurkovich (1940) is verbonden aan de Centrale Interfaculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Publiceerde eerder o.a. *A core typology of organizational environment* (in: *Administrative Science Quarterly*, 1974).

Adres: p/a E.U.R., Burg. Oudlaan 50, Rotterdam, tel. 010-145511.

wetten regelden o.a. de uitoefening van de geneeskunst en de instelling van het Staatstoezicht. De politiek-filosofische basis waarop deze wetgeving berustte was liberalisme. Volgens de liberale principes zouden de verschillende overheidsniveaus in hoge mate autonoom blijven ten opzichte van elkaar en zou de staat zich zoveel mogelijk onthouden van interventies in het maatschappelijk en economisch leven. Verder werd de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid gelegd op het laagst bestuurlijke niveau.

Deze liberale wetgeving heeft de totstandkoming van een groot aantal soorten gezondheidszorginstellingen mogelijk gemaakt. Hiervan waren de particuliere instellingen veelal op levensbeschouwelijke basis georganiseerd. Zowel de vrij gevestigde beroepsbeoefenaren als de plaatselijke organisaties voor gezondheidszorg zijn autonoom.

Met het ontwikkelen van dit complex van gezondheidszorgfaciliteiten manifesteerden zich een aantal irrationaliteiten. Voorzieningen ten behoeve van bepaalde gezondheidsproblemen begonnen een overlap te vertonen terwijl ten aanzien van andere probleemgebieden men voortdurend te kampen had met onvoldoende middelen. Bovendien als bijproduct van de autonomie van de verschillende voorzieningen was er weinig functionele samenhang: samenwerking en afstemming ware schaarse goederen.

Met de jaren werd de noodzaak van overleg en coördinatie tussen de voorzieningen steeds duidelijker. Om aan deze behoefte te voorzien werden voorstellen gedaan om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg bij de provinciale overheid te leggen. De gevestigde machten waren echter effectief in het blokkeren van fundamentele veranderingen. De Gezondheidswet van 1956 ging niet verder dan het in het leven roepen van een niet bindende adviesrol voor de provincies m.b.t. de volksgezondheid (de 11 provinciale raden en de centrale raad voor de volksgezondheid).² Desalniettemin was deze verandering de eerste in een serie van maatregelen die langzamerhand leidt naar een toename in verantwoordelijkheid voor de provinciale overheid. Hierop komen wij dadelijk terug.

De huidige context

Sedert de tweede wereldoorlog hebben de autonome algemene ziekenhuizen een enorme groeiperio-

de doorgemaakt. Zowel de omvang als de complexiteit van de voorzieningen namen sterk toe.³ Hoewel deze groei waarschijnlijk de beheersing van een aantal gezondheidsproblemen tot gevolg heeft gehad heeft de toename in omvang en complexiteit van de instellingen een bijdrage geleverd aan latente inter-organisatorische problemen. De bestaande overlap van ziekenhuisfuncties nam verder toe en competitie tussen ziekenhuizen werd normaal. De omvang van de intramurale voorzieningen groeide naar verhouding sneller dan die in de extramurale sector.⁴ De ideeën die geopperd waren om deze problemen het hoofd te bieden hebben niet tot beheersing van de ontwikkelingen geleid. Wij menen dat er bij sleutel-figuren in de gezondheidszorg een ongelimiteerde hoeveelheid aan middelen werd verondersteld. Dit soort aanname kan een bestendige werking hebben gehad op autonomie. De veronderstelling dat middelen onbeperkt te verkrijgen waren is pas betrekkelijk recent serieus ter discussie gesteld.

De groei van de kosten van de gezondheidszorg is door velen verontrustend genoemd. Zie tabel 1.

Tabel 1: Ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg als % van het Bruto Nationaal Product⁵

1953	1958	1963	1968	1971	1976	1981
3.1 %	3.7 %	4.2 %	5.5 %	6.8 %	8.8 %	9.7 %*

* geëxtrapoleerd

Ook wordt gesteld dat het met name de stijging van de ziekenhuiskosten is die de totale kostengroei zo sterk heeft beïnvloed.⁶ Dit is een internationaal verschijnsel. Ook in andere landen vertegenwoordigen de ziekenhuiskosten een belangrijk aandeel van de totale kosten voor gezondheidszorg. De sterke stijging van dit aandeel is buiten Nederland ook geen onbekend verschijnsel.⁷ Pogingen om het kosten-aandeel van de gezondheidszorg te beïnvloeden zijn niet toereikend geweest. Ondanks het feit dat ziekenhuizen en betalende instanties samen via het in 1965 in werking tredende Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) tot prijsafspraken komen, en ondanks maatregelen zoals de overheidscontrole op nieuwbouw in de ziekenhuissector, zijn de kosten blijven stijgen.

Anno 1970 zijn ziekenhuisdirecties vaak gekomen

tot het formeel of informeel organiseren van regionale verbanden met andere ziekenhuizen in hun regio. Echter er waren geen serieuze stappen genomen om hun aandeel in de kosten van de totale gezondheidszorg en om de kostengroei, te beperken. Hadden zij dit wel gedaan dan is het mogelijk dat pogingen extern aan de ziekenhuisorganisaties om macht te ontwikkelen, beperkt zouden zijn gebleven. Tijdens de periode van sterke groei was de meeste aandacht van de ziekenhuizen gericht op intern organisatorisch gedrag. Deze naar binnen gerichtheid was deels het gevolg van de heersende mening dat middelen ongelimiteerd waren. De organisatorische omgeving was ten aanzien van vereiste middelen door de ziekenhuizen als rijk en vrijgevig beschouwd.¹ (munificent environment).⁸ Het op dit soort afgestemde organisatiegedrag heeft verdere groei van de kosten tot gevolg.

Ziekenhuisgroei werd in de hand gewerkt onder andere door ontwikkelingen in de medische technologie, bevolkingsgroei, toenemende vraag naar zorg (waarschijnlijk deels manifest wordend met de groei van zorgmogelijkheden), toename van de omvang van welvaarts- en degeneratieve ziektes, het groeiend normbesef ten aanzien van 'recht op gezondheid' en de beperkte betekenis van het concurrentiebeginsel in de gehele gezondheidszorg.

Terwijl er in de vijftiger en zestiger jaren echter toch tekenen kwamen van onbenutte capaciteit werd dit pas duidelijk toen hierdoor problemen ontstonden.⁹ Pas in de zeventiger jaren werden er economische en demografische modellen voor de gezondheidszorg ontwikkeld.¹⁰

Echter in sommige gevallen zijn de resultaten en de premissen van het onderzoek ter ondersteuning van, of gebaseerd op deze modellen niet door allen aanvaardbaar geacht.¹¹

Som werden de problemen door planning- en beleidsfunctionarissen onderkend omdat zij financiële problemen begonnen te ervaren. In de arbeidsintensieve ziekenhuissector vertegenwoordigen personeelskosten 70 % van het totaal aan vereiste middelen. Eén poging om deze hoge kosten te beheersen was het afkondigen van een personeelsstop voor verpleegkundigen. Maar door de extra belasting die dit betekende voor de verpleging is een tegenreactie van deze kant niet uitgebleven. Immers, zonder een rem op patientenaantallen werd van het verplegend personeel gevraagd of zij extra uren wilden werken

zonder hiervoor meer loon te ontvangen.

Machtsverschuiving en Overheidsbeleid

Een toename van de macht extern aan de ziekenhuizen werd gerealiseerd in 1971 toen twee wetsvoorstellen werden geaccepteerd door de Tweede Kamer: de Wet Ambulancevervoer en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.¹²

Deze twee wetten betekenden een toename van de tot dat moment nogal beperkte macht van het provinciaal bestuur ten aanzien van de gezondheidszorg. Deze twee planningswetten betekenen een aantasting van de autonomie van de betrokken voorzieningen. De ziekenhuizen zijn hierdoor onderhevig aan een vergunningstelsel. Het toekennen van vergunningen geschiedt op basis van een van te voren vastgesteld plan onder verantwoordelijkheid van de provinciale overheid. De inperking van autonomie houdt echter op zodra de vergunning is toegekend. Binnen de beperkingen die de vergunning bepaalt wordt een ziekenhuis verder geheel vrij gelaten. Het in praktijk brengen van de wetten heeft vele problemen opgeroepen. Tot aan de dag van vandaag zijn de wetten maar ten dele geëffectueerd.

In 1972 heeft de toenmalige Minister Stuyt van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies gevraagd ten aanzien van de mogelijkheden om de gezondheidszorg te regionaliseren als een potentieel middel ter verlichting van de vele systeembeheersingsproblemen. In 1973 is de Centrale Raad voor de Volksgezondheid gekomen met haar advies.¹³ In datzelfde jaar kwam het eveneens door de minister aangevraagde advies van de Samenwerkende Organisatie Adviseurs uit.¹⁴ Op basis van deze adviezen heeft de toen nieuwe staatssecretaris Hendriks gevraagd aan de voorzitter van de Centrale Raad om een commissie voor te zittingen om te onderzoeken welke mogelijkheden er waren om de gezondheidszorg te verbeteren. Deze naar de voorzitter genoemde Commissie Festen heeft ook in 1973 haar rapport gepubliceerd.¹⁵

Deze uitgebrachte adviezen hebben de basis gevormd voor het belangrijke overheidsbeleidstuk, de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974.¹⁶ In de Structuurnota wordt gesteld dat regionalisatie gezien wordt als een belangrijk middel om (a) planning en besturing van het gezondheidszorgsysteem mogelijk te maken; (b) bereikbaarheid van het zorg-

systeem te bevorderen; (c) continuïteit van de zorg te realiseren; (d) invloed van de consument op de inhoud en functioneren van het zorgsysteem mogelijk te maken; en (e) aansluiting met andere welzijnsvoorzieningen te verwezenlijken.¹⁷

Regionalisatie wordt in de Structuurnota omschreven als 'de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert'. Ten aanzien van planning en beheersing van een geregionaliseerde zorg wordt gezegd: 'Het op elkaar afstemmen van voorzieningen via een onderling structureel en functioneel verband en beheersing daarvan kan het beste plaatsvinden zo dicht mogelijk bij het werkvlak binnen een beperkt geografisch kader'.¹⁸

De structuurnota blijft abstract. Het biedt geen duidelijkheid ten aanzien van hoe een geregionaliseerd gezondheidszorgsysteem tot stand moet komen. Niets wordt gezegd over de hoeveelheid en de soorten personeel nodig om het systeem te realiseren en draaiende te houden in de regio. De relaties tussen de verschillende bestuurlijke niveaus ten aanzien van de inhoud en de processen binnen de gezondheidszorg worden evenmin verhelderd.

Enerzijds heeft de vaagheid van de Structuurnota het voordeel dat het een grote mate van politieke flexibiliteit toestaat. Bijvoorbeeld, de toenmalige staatssecretaris Hendriks heeft gesteld dat op lagere overheidsniveaus een belangrijke verantwoordelijkheid moet komen te liggen voor het invullen van plannen. Bovendien komen in vele gezondheidszorgsectoren — vooral op plaatselijke niveau-reorganisatie-initiatieven tot stand omdat de voorzieningen anders nog dieper ingrijpende overheidsmaatregelen kunnen verwachten. Anderzijds heeft de Structuurnota het nadeel dat het veel weg heeft van een theoretische constructie van wenselijkheden. Door de vaagheid van de nota krijgen de beleidsvoorstellen een ideëel karakter en daardoor worden zij des te meer schietschijven voor de critici.

De kritiek die gekomen is op de in de Structuurnota beschreven voorstellen is, daarentegen, niet afgenomen toen de herstructureringsgedachten uitgewerkt werden in twee wetsvoorstellen die in 1976 gepresenteerd zijn aan de Tweede Kamer: wetsvoorstel Wet Tarieven Gezondheidszorg en wetsvoorstel Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.¹⁹ Het aanhouden van de kritiek nu dat een aantal ideeën uit de Struc-

tuurnota nader uiteen zijn gezet, maakt duidelijk dat de vaagheid waarmee de beleidsvoorstellen aanvankelijk gepresenteerd waren niet de voornaamste oorzaak is van de bezwaren. De primaire basis voor kritiek moet gezocht worden in de verschuiving van de *macht*. De vrijgevestigde beoepsoefenaars en autonome gezondheidszorginstellingen kunnen minder, en de overheden kunnen meer macht verwachten met de eventuele aanvaarding en invoering van deze wetten. Een résumé van het wetsvoorstel Wet Gezondheidszorg Voorzieningen zal dit enigszins verduidelijken.²⁰

In de voorgestelde wetgeving wordt in detail weergegeven wat de fundamentele concepten zijn die ten grondslag liggen aan de herstructurering van de gezondheidszorg. Gedacht wordt aan een systeem waarbij de provinciale (en (inter-)gemeentelijke) overheid bevoegdheden op het besluitvoerende vlak wordt toegekend bij het vaststellen van gezondheidszorg *plannen*. Bovendien krijgt de provincie de bevoegdheid om die instellingen te *erkennen* die in deze plannen passen en die voldoen aan de op ministerniveau vastgestelde kwaliteitseisen. Deze erkenning maakt dan financiering mogelijk.

De provincies zijn bij het opstellen van plannen gebonden aan de ministeriële richtlijnen ten aanzien van onder meer gebiedsindeling, spreiding voorzieningen, samenhang en functieomschrijving. Bij de erkenning van instellingen moeten de provincies rekening houden met ministeriële kwaliteitseisen ten aanzien van onder meer personele bezetting, materiële middelen en doelmatigheid. Plannen moeten uiteindelijk goedgekeurd worden door de minister. De voorstellen houden in dat de beleidsvoering ten aanzien van de richtlijnen en de uiteindelijke vaststelling van plannen, *gecentraliseerd* worden. Daarnaast zullen de verantwoordelijkheden voor de planning zelf en de uitvoering van de gezondheidszorg op *decentrale* niveaus komen te liggen. Men kan stellen dat het voorgestelde systeem *centralisatie* inhoudt ten opzichte van de huidige situatie waarbij er veel autonomie is voor de voorzieningen. Echter deze voorgestelde herstructurering is als *decentraal* te kenmerken wanneer het vergeleken wordt met een systeem waarbij *zowel* algemene beleidsvorming ten behoeve van planning (richtlijnen) *als* de planning zelf op het landelijk niveau moet geschieden. In sommige kritieken op de herstructureringsvoorstellen klinkt deze laatste voorstelling

van zaken onterecht door.²¹ In het voorgestelde systeem is niet elke gezondheidszorgvoorziening voor elk aspect van haar functioneren direct verantwoording schuldig aan de minister.

Regionalisatie en de algemene ziekenhuizen

Wat zijn de consequenties van regionalisatie voor de algemene ziekenhuizen? Op de eerste plaats wordt bij de herstructurering gedacht aan het creëren van een nieuwe verhouding tussen intramurale en extramurale voorzieningen. De onevenredig snelle groei van de intra- ten opzichte van de extramurale sector zal hierbij worden tegengegaan. Als richtlijn hiervoor stelt de overheid een vermindering van bedden voor. Over het algemeen zal de capaciteit vier bedden per 1000 inwoners moeten worden — de 4 ‰-norm.²² Per regio zullen er redenen zijn om van deze norm af te wijken. Om deze norm te verwezenlijken zal de nadruk in de gezondheidszorg moeten verschuiven van intramurale zorg naar meer poliklinische behandeling en zal er een versterking moeten komen van de faciliteiten in de 'eerstelijns gezondheidszorg'. Een versterkte extramurale zorg wordt hierbij beschouwd als een middel ter voorkoming van 'excessief' gebruik van ziekenhuisbedden.²³

Om de 4 ‰-norm in de praktijk te brengen zullen de ziekenhuizen in een regio waarschijnlijk moeten komen tot meer samenwerking en meer coördinatie van activiteiten dan nu het geval is. Coördinatie zal onder andere inhouden een toename in de mate waarin informatie uitgewisseld wordt. In een geregionaliseerde gezondheidszorg is afstemming van activiteiten een impliciete noodzaak. Dit vereist dat bilaterale en multilaterale contacten tot stand komen tussen de intramurale voorzieningen ten behoeve van beleidsafspraken en planning. Om dit te verwezenlijken zal, waar dat tot nu toe niet gerealiseerd is, een overleg platform moeten komen ten behoeve van afspraken bijvoorbeeld: over gemeenschappelijk te gebruiken faciliteiten (laboratoria, bloedbank enz.); over allocatie van soorten specialismen en de omvang waarin de functies vertegenwoordigd moeten zijn in een regio; en over investeringen in technische faciliteiten.

Het beleid om de eerstelijns zorg te versterken en om een coherent systeem te creëren waarbinnen de verschillende functies van de gezondheidszorg beter op elkaar afgestemd zijn, betekent dat meer

coördinatie tussen de intra- en extramurale voorzieningen vereist is. Eén mogelijkheid is het verschaffen van diagnostische faciliteiten door het ziekenhuis aan de in de regio gevestigde huisartsen. Verder wordt ook gedacht aan een opvoering van consultatie tussen medisch specialisten enerzijds en eerstelijns werkers anderzijds.

Met het invoeren van deze maatregelen wordt verwacht dat de continuïteit in de zorg bevorderd wordt. Om dit te verwezenlijken zal een behoorlijke uitwisseling van informatie opgebouwd moeten worden tussen de intramurale en extramurale hulpverleners ten aanzien van opname en ontslag van ziekenhuispatienten.

In een geregionaliseerde structuur zullen de ziekenhuizen veel contacten met de verpleeghuizen moeten onderhouden ten behoeve van verwijzing en overplaatsing van de patiënten van en naar de verschillende faciliteiten. Om dezelfde redenen zullen soortgelijke relaties tussen de intra- en extramurale voorzieningen moeten komen te bestaan ten behoeve van bejaarden. Dit geldt eveneens voor de algemene ziekenhuizen die een psychiatrische afdeling hebben. Hier zal het ziekenhuis bij haar relaties met het extramurale veld ook coördinatie met de voorzieningen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg moeten onderhouden.

Om een effectieve rol te kunnen spelen in het proces van regionalisering zullen de ziekenhuizen interne besluitvormingsprocedures kunnen vaststellen die het mogelijk maken dat externe, voor het ziekenhuis significante instellingen (partners in samenwerking bijvoorbeeld) de besluitvorming kunnen beïnvloeden.

Om de regionalisatie te stimuleren heeft de staatssecretaris van volksgezondheid in 1975 een vijftal delen van het land (later zes) als proefregios aangewezen. Elk proefregio werd gevraagd om o.a. speciale aandacht te besteden aan een bepaald aspect van de herstructurering van de gezondheidszorg. Bij de proefregio Kennemerland in Noord-Holland krijgen o.a. de ziekenhuizen bijzondere aandacht. Bij dit experiment werd aan het bestuur van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland gevraagd zich te richten op de verschuiving van de intramurale zorg naar de poliklinische zorg en de versterking van de eerste lijnsgezondheidszorg.²⁴

Onzekerheid ten aanzien van de toekomst van de gezondheidszorg

Ondanks het feit dat de twee in 1976 ingediende wetsvoorstellen verduidelijkend hebben gewerkt ten opzichte van de Structuurnota, is onze interpretatie van de huidige situatie dat er nog veel *onzekerheid* is ten aanzien van het toekomstig gezondheidszorg-systeem in Nederland. Hiervoor voeren wij vijf redenen aan. Op de eerste plaats noemen wij de duidelijke *discrepantie* in de opvattingen ten aanzien van de *doeleinden* van regionalisatie tussen enerzijds de nationale overheid en anderzijds de werkers in het veld. De overheid is de regionalisatie steeds meer gaan zien als een instrument voor *kostenbeheersing*. De professionele hulpverleners blijken daarentegen alleen regionalisatie te zullen accepteren als die beschouwd wordt als instrument ter verhoging of ter handhaving van de *kwaliteit* van de zorg.

Ten tweede, van overheidswege wordt een langzame invoering van regionalisatie voorgesteld: regionalisatie zal bereikt moeten worden over de *lange termijn* en niet binnen een jaar of vijf. Buiten de sfeer van de overheid maakt niemand prognoses ten aanzien van de termijn waarop Nederland een volledig opererend systeem van geregionaliseerde gezondheidszorgvoorzieningen zal hebben.

Op de derde plaats noemen wij het feit dat verschillende *belangengroepen* een sterke *afwijzing* van de beleidsvoorstellen ten gehore hebben gegeven. Onder andere zijn dit de sterke organisaties die de belangen van de artsen verdedigen. De Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunde (KNMG) en één van haar verenigingen, de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), zijn van mening dat de overheid de noodzaak om te komen tot de voorgestelde veranderingen nog niet heeft aangetoond. Met name zetten deze organisaties hun vraagtekens bij de noodzaak van de, naar hun interpretatie, zeer vergaande centralisatie die de nu klaarliggende wetsvoorstellen impliceren. Verder zijn deze instellingen van mening dat de overheid onderschat heeft welke capaciteiten vereist zijn om de gezondheidszorg draaiende te houden en dat de overheid hiermee onvoldoende de rol van het particulier initiatief onderkend.²¹

De wetsvoorstellen bieden een algemeen kader. Wanneer de voorstellen door de Kamers worden geaccepteerd, zal dit raamwerk ingevuld moeten

worden. Dit inkleuren van een gezondheidszorg-systeem kan geschieden aan de hand van Algemene Maatregelen van Bestuur en Ministeriële besluiten. Het geven van inhoud binnen de door de wetten aangegeven perken, via deze middelen, behoeft geen goedkeuring van de Tweede Kamer. De artsen bekritisieren de wetsvoorstellen dan ook omdat naar hun mening, hierdoor vergaande centralisatie mogelijk wordt.

Twee andere belangrijke organisaties, de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en het Nationaal Centrum van Ziekenhuisdirecteuren, die beide de intramurale sector van de gezondheidszorg vertegenwoordigen, hebben harde kritiek op de wetsvoorstellen geuit. Gesteld wordt dat deze wetsvoorstellen die de regionalisatie mogelijk moeten maken, in wezen de condities scheppen voor een genationaliseerde gezondheidszorg.²¹

Als vierde reden dat er nog veel onzekerheid bestaat ten aanzien van de toekomst, is dat de pogingen om *regio-grenzen* te creëren tot nu toe niet met succes bekroond zijn. Er bestaat geen consensus ten aanzien van de criteria die gehanteerd moeten worden bij het vaststellen van grenzen. Bovendien, veel moeilijkheden worden verwacht wanneer besluiten over grenzen daadwerkelijk geïmplementeerd moeten worden. Pogingen om een regionale indeling te creëren die in overeenstemming is met een nieuwe bestuurlijke indeling van het Ministerie van Binnenlandse Zaken zijn ook mislukt. Binnenlandse Zaken heeft haar plannen verschillende malen gewijzigd. Problemen hieromtrent zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de kosten die de invoering van een nieuwe bestuurlijke indeling met zich mee brengt. Het gevolg van de vertraging die de wijzigingen opleveren is dat de staatssecretaris van volksgezondheid bij zijn wetsvoorstellen voorlopig heeft gekozen voor de bestaande provinciale structuur. De omvang van de provincies is, daarentegen, aanzienlijk groter dan de gezondheidszorgregio's uit eerdere voorstellen. De keus voor de huidige provinciale structuur wordt echter beargumenteerd met het feit dat reeds nu het provinciale bestuur gezondheidszorg verantwoordelijkheden heeft en met het gegeven dat de besluitvormende organen op provinciaal niveau op democratische wijze zijn samengesteld.

Als vijfde en laatste noemen wij het *financiële* aspect. Het is bij de overheid een geaccepteerd feit

dat het regionalisatieproces aanvankelijk extra geld zal vereisen. Deze erkenning is echter nog geen garantie dat een herstructurering van de gezondheidszorg, die mede ingegeven is door de noodzaak van kostenbeheersing, inderdaad makkelijk over de noodzakelijke extra fondsen kan beschikken. Ter illustratie kan het volgende dienen. Een belangrijke beleidslijn van de overheid die wij genoemd hebben is de verschuiving van de nadruk op de intramurale zorg naar de extramurale zorg. Ondanks deze overheidswens wordt vaak uit extramurale kringen vernomen dat de overheid onvoldoende middelen beschikbaar stelt om deze voorgestane versterking in de extramurale sector ook daadwerkelijk kracht bij te zetten. In de miljoenennota voor het jaar 1978 worden een aantal belangrijke bezuinigingen bij de eerstelijnsvoorzieningen vermeld.²⁵ Ook blijkt uit een kostenraming tot 1982 van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne dat de ontwikkeling in de verhouding tussen de kosten van de intramurale sector en de kosten van de extramurale sector, nauwelijks een verbetering toont voor de extramurale zorg.²⁶

Verder ten aanzien van financiën hebben wij al de reactie op het wetsvoorstel Tarieven Gezondheidszorg genoemd. Van de twee ingediende wetsvoorstellen heeft de concept wetgeving Tarieven Gezondheidszorg de zwaarste kritiek ontvangen. Dit voorstel dat de financieel-structurele onderbouwing van de toekomstige gezondheidszorg tot doel heeft, is door de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen onaanvaardbaar verklaard.²⁷ De Tweede Kamerleden die namens hun partij in de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid zitting nemen hebben ook allen moeilijkheden met het voorstel zoals het er nu ligt. Ook is de kritiek van uiteenlopende aard.²⁸ De reacties uit de maatschappij op de ideeën ten aanzien van de toekomstige financiering maken dit aspect van de geregionaliseerde gezondheidszorg, zowel wat de vorm als de termijn waarop het verwezenlijkt kan worden, allerminst zeker.

Organisatorische response van de ziekenhuizen op veranderingen

Sedert de verschijning van de structuurnota heeft het ministerie enkele malen hard opgetreden. Een tijdelijke personeelsstop voor verplegend personeel was ingesteld en verschillende ziekenhuizen hebben hun plannen voor vernieuwing of uitbreiding ge-

heel niet, of in belangrijke mate niet ten uitvoer mogen brengen. In één geval werd overwogen om een in 1974 geopend ziekenhuis te sluiten omdat, volgens de nationale overheid, de bestaande capaciteit in de desbetreffende regio de 4 %⁰⁰-norm overschreden was.

Ondanks de veel gehoorde kritiek op regionalisatie reageren ziekenhuizen in een bepaalde, weliswaar moeilijk meetbare maar desondanks waarneembare mate overeenkomstig de gedachten die ten grondslag liggen aan de herstructurering. Een bepaalde mate van informele regionalisatie bestaat al sinds het begin van de zestiger jaren. Ziekenhuisdirecties namen zelf het initiatief om hun problemen en plannen met elkaar te bespreken. De organisatorische omgeving waartoe deze prille 'regionale organisatie' zich beperkte waren de enkele ziekenhuizen die in de buurt van elkaar gevestigd waren. Gedrag ten aanzien van besluitvorming bestond tot het verschijnen van de Structuurnota uit het presenteren aan collega's van ziekenhuisplannen met betrekking tot de interne organisatie van *individuele* ziekenhuizen. Deze plannen konden door de anderen geprezen of bekritiseerd worden maar hierover was geen interorganisatorische besluitvorming mogelijk. Bij deze instituten voor regionaal overleg beschikten men niet over juridische macht waardoor de gedragsalternatieven van individuele ziekenhuizen beperkt konden worden. Als ziekenhuisdirecties met sterke weerstand van collega's geconfronteerd werden konden de plannen desondanks gerealiseerd worden.

Regionalisatie als organisatie-concept was al lang voor de zeventiger jaren gepresenteerd om als basis te dienen voor de structuur van de gezondheidszorg. Echter, voorheen werd regionalisatie voorgesteld als instrument gericht op het laten toenemen van de kwaliteit van de zorg. In de Structuurnota wordt behalve het *kwaliteitsargument* ook het doel van *kostenbeheersing* ruime aandacht gegeven. Het is interessant om te merken dat de druk om te komen tot geregionaliseerde zorg duidelijker manifest wordt met de toenemende aandacht voor de problematiek van kostenbeheersing in deze economisch moeilijke zeventiger jaren.²⁹

Uit onze gesprekken bleek dat na de publicatie van de Structuurnota het patroon van (inter-)organisatorisch gedrag langzaam begon te evolueren. Ten dele is dit een gevolg van de beleidsvoorstellen van

de overheid.¹ Door verandering te *anticiperen* proberen de ziekenhuizen invloed uit te oefenen op de inhoud en het proces van regionalisatie. Door zelf initiatieven te nemen geven ziekenhuizen zelf vorm aan verandering en hopen hiermee te voorkomen dat de overheid ingrijpende maatregelen voorschrijft die nog minder gewenst zijn. Men gaat ervan uit dat de overheid zal aansluiten op ontwikkelingen in het veld. Dit patroon is niet erg sterk maar het is aanwezig. In sommige gevallen waarbij directies hun eigen plannen voor hebben gelegd aan collega's, werden de ideeën afgekeurd en werd deze afwijzing geaccepteerd alsof het een formeel juridisch besluit betrof. Er blijkt ook verandering te zijn in de wijze waarop overleg gevoerd wordt. Sessies die vroeger gekenmerkt werden door haast automatisch instemmen met elkaars plannen worden steeds meer bijeenkomsten waarbij gesteund wordt op kwantitatieve gegevens en data-analyse. Er zijn verschillende indicaties dat interorganisatorisch gedrag in toenemende mate verfijnd wordt: de hoeveelheid debat neemt toe en input van informatie bij discussies geschiedt minder spontaan. Informatie wordt in de discussie gebracht wanneer de omstandigheden rijp worden geacht voor het realiseren van het gewenste effect.

Wat betreft de relatie tussen individuele ziekenhuizen en hun organisatorische omgeving het volgende. Sommige besturen van ziekenhuizen recruterend individuen die zich primair bezig houden met strategische problemen. Hiervoor worden lang niet altijd pas afgestudeerde academici aangetrokken. Deze adviesrelaties betreffen veelal mensen met veel ervaring bij de overheid, politieke partijen en andere gezondheidszorgorganisaties. Sommige ziekenhuizen kunnen zelfs beschikken over de diensten van ex-ministers. Met andere woorden, dit zijn mensen die weten waar de beschikbare bronnen van middelen zijn. Zij weten hoeveel middelen beschikbaar zijn, wie de macht over allocatie hebben en de regels om deze middelen te bemachtigen. Dit zijn mensen die bekend zijn met het karakter van, en processen binnen het netwerk van relaties tussen significante besluit- en beleidsvormende centra. Er is een negatieve reactie mogelijk op de aanwezigheid van deze ervaren adviseurs: Machiavelli-achtige besturen beschikken over hun persoonlijke Prins ten behoeve van de uitbuiting van anderen. Echter, deze praktijk is al vele jaren de gewoonte in Ame-

rikaanse ziekenhuizen en kan ook worden beschouwd als een instrument ten behoeve van de handhaving van de werkgelegenheid en de toename van de kwaliteit van de zorg.³⁰ Omdat de normen ten aanzien van de minimum kwaliteit van de medische zorg voortdurend aan verandering onderhevig zijn is het belangrijk dat men zo snel mogelijk beschikt over nieuwe informatie om te kunnen aanpassen.

Verschillende geïnstitutionaliseerde contacten tussen ziekenhuizen en extramurale voorzieningen zijn tot stand gekomen. In het algemeen kunnen hierdoor de voorzieningen op de hoogte blijven van de plannen van de andere voorzieningen en de ontwikkelingen in het veld in het algemeen. Een belangrijke reden voor deze contacten die genoemd werd is het bevorderen van continuïteit van de zorg.

De toename van het aantal fusies tussen de ziekenhuizen de afgelopen jaren kan voor een deel verklaard worden door de pogingen van ziekenhuizen om de 4 % capaciteitsnorm te benaderen. Door deels te conformeren aan de plannen van de overheid hopen een aantal ziekenhuizen verdergaand ingrijpen onnodig te maken.

Ook intern aan de ziekenhuisorganisatie heeft de herstructureringsgedachte invloed. Een gehoorde vrees van sommige ziekenhuisdirecteuren was dat regionalisatie, door het creëren van een nieuw bestuurlijk niveau, remmend zou werken op de innovatieve activiteiten van de medisch specialisten. Echter in de huidige fase waarin bestuurlijke modellen hooguit geanticipeerd kunnen worden, hebben deze directeuren de negatieve reactie nog niet waargenomen. In feite zijn medisch specialisten actiever geworden op andere terreinen. Pogingen om hun invloed uit te breiden zijn waarneembaar. De Landelijke Specialisten Vereniging volgt nauw de ontwikkeling van de veranderingen die de positie van haar leden zouden kunnen beïnvloeden. Na het vormen van medische staven in de afgelopen jaren wordt nu getracht inhoud te geven aan de functies van deze organen. Het Centrale bestuur van de LSV heeft een modelstatuut ontworpen met als onderwerpen de bevoegdheden van de in het ziekenhuis aanwezige organen alsmede hun onderlinge relaties. Samen met de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad heeft het LSV ook modellen ontworpen met betrekking tot de overeenkomst die een medisch specialist met een ziekenhuis

aangaat en een reglement voor de medische staf.

Bij regionale samenwerking van ziekenhuizen kunnen verschillen in bevoegdheden tussen medische staven een belemmering betekenen. De nu gemaakte modellen garanderen de voor samenwerking gewenste mate van uniformiteit weliswaar niet³¹ maar het is een stap vooruit nu dat er een algemeen kader voor deze bevoegdheden bekend wordt. Het op landelijk niveau komen tot een positiebepaling zal de toekomstige rol van de medische professies in (regionale) gezondheidszorgbestuur ten goede komen.

Het lijkt erop dat de actieve professionele zorgverleners van de ziekenhuizen zich realiseren dat organiseren de manier is om gemeenschappelijke problemen op te lossen. Organisatie is macht.³²

Niet alleen specialisten worden meer betrokken bij de interne organisatie van het ziekenhuis en bij de relaties van het ziekenhuis met andere voorzieningen in de regio. Afhankelijk van zijn omvang is een ziekenhuis al of niet verplicht een ondernemingsraad in te stellen.³³ In de ondernemingsraad zijn alle ziekenhuisgeledingen vertegenwoordigd. Steeds meer worden potentiële veranderingen ter discussie gesteld in de vergaderingen van deze raden. Echter, dit gebeurt niet altijd. Sommige ziekenhuisdirecteuren hebben (privé) te kennen gegeven dat zij de voorkeur geven aan het niet bestaan van deze ondernemingsraden opdat verandering via een *top down* strategie vergemakkelijkt kan worden.

Als reactie op potentiële veranderingen hebben sommige ziekenhuizen hun directies en de staf van adviseurs uitgebreid. Daar waar de mogelijkheden voor veranderingen moeten worden gepeild of waar daadwerkelijke veranderingsprocessen op gang moeten worden gebracht, worden vaak professionele organisatieadviseurs ingeroepen.

Sommige groepen in en om het ziekenhuisfunctioneren hebben expliciet gesteld dat bij de rationalisering van het gezondheidszorgsysteem gelet moet worden op de mogelijkheid dat geplande veranderingen de werkgelegenheid in gevaar kunnen brengen. In sommige statuten die overleg en samenwerking tussen intramurale voorzieningen voor een bepaald gebied regelen wordt bescherming ingebouwd. Deze reglementen melden expliciet dat wanneer veranderingen ten behoeve van voorgenomen afstemming van voorzieningen de werkgelegenheid in gevaar brengen, deze veranderingen niet uitge-

voerd mogen worden.

Ondanks de waargenomen reacties van ziekenhuizen op een veranderde organisatorische omgeving, zijn daadwerkelijke veranderingen overeenkomstig de beleidslijnen geformuleerd in de Structuurnota uit 1974, niet spoedig te verwachten. Een toename van activiteit van ziekenhuizen onderling, en van ziekenhuizen met andere voorzieningen, leidt niet direct tot, bijvoorbeeld, betere afstemming van de zorg. Een tussentijdse analyse van het experiment in de proefregio Kennemerland wijst uit dat, ondanks vele activiteiten in dit gebied, het (nog) niet tot een werkelijke verschuiving van intramurale naar extramurale zorg is gekomen. Het bijzonder hoge aantal bedden per duizend inwoners in deze proefregio is niet wezenlijk afgenomen.³⁴

Conclusies

In dit artikel hebben wij getracht een beeld te geven van een aantal effecten van veranderingen in een organisatorische omgeving op beleidsvormende processen binnen en tussen één soort gezondheidszorgvoorziening: het algemene ziekenhuis.

Omdat het aantal interviews met sleutelfiguren relatief klein was en omdat de gesprekken voornamelijk plaats hebben gevonden niet lang na het verschijnen van de Structuurnota gezondheidszorg, moeten onze resultaten als voorlopig worden beschouwd.

Eén van de belangrijkste aspecten die ten grondslag liggen aan de beschreven problematiek is het gedrag van een organisatie waarvan de organisatorische omgeving niet meer ruimte biedt voor groei (*zero-growth*). Tijdens de groei-jaren waarin de ziekenhuizen hebben verkeerd bestond het begrip regionalisatie al. Echter, dit concept begon pas een leven te gaan leiden toen de toename van middelen vereist voor de gezondheidszorg bekeken moesten worden in een economisch context gekenmerkt door toenemende inflatie, werkloosheid, hoge belasting en afnemende winsten van de ondernemingen. Sedert die tijd zijn er maar weinigen geweest die niet uitgingen van de veronderstelling dat het tempo waarmee de kosten voor de gezondheidszorg groeien af moet nemen. De strijd die nu geleverd moet worden heeft primair betrekking op hoeveel controle de verschillende partijen kunnen krijgen over een vermoedelijk relatief constant blijvende hoeveelheid middelen.

In het verleden hebben de belangenorganisaties van medici belangrijke invloed kunnen uitoefenen op beleidsvorming. Ook konden ziekenhuisbesturen tot voor kort zelf hun economisch gedrag in belangrijke mate bepalen. Nu dat de nationale overheid begint te bepalen welke grenzen er moeten komen heeft dit een effect op het gedrag van de voorzieningen. De gezondheidszorgorganisaties worden gedwongen om meer dan voorheen hun activiteiten af te stemmen op elkaar waardoor, op lange termijn, middelen vrij kunnen komen ten behoeve van gebruik elders. Met andere woorden, middelen kunnen 'gecreëerd' worden door *verandering van organisatie*. Sterke aanhoudende weerstand van de artsorganisaties kan geïnterpreteerd worden als primair ingegeven door eigen belang. De artsen vrezen meer overheidsinterventie door bijvoorbeeld het uitoefenen van invloed op prijzen van diensten, en zij zien in overheidsmaatregelen een verzwakking van hun positie. Een vurig verdedigen van het eigen belang kan in de toekomst als een argument gebruikt worden tegen de partijen die weerstand bieden.

Ondanks kritiek houdt de overheid vast aan haar positie. Meerdere malen is door de overheid gesteld dat zij niet primair geïnteresseerd is in de inhoud van de plannen. Gesteld wordt dat de gezondheidszorg binnen bepaalde grenzen moet blijven wat kosten betreft en dat noodzakelijkerwijs op lagere bestuurlijke en uitvoerende niveaus veel ruimte moet bestaan om de gezondheidszorg te plannen binnen deze vastgestelde perken. De overheid tracht een *mogelijkheid* tot interveniëren te scheppen. Zij wil in staat worden gesteld beslissingen te kunnen nemen wanneer de kosten de normen overschreiden. Beleidsvormers en planners doen minstens een belangrijke ervaring op met betrekking tot de veranderde situatie: onder condities van *zero-growth* zijn de reacties van alle betrokkenen heviger dan wanneer de organisatorische omgeving gekenmerkt wordt als rijk en vrijgevig. Onder deze vroegere gunstige voorwaarden vertrouwde de organisatie op een zonnige toekomst. Eventueel waren nog altijd rijkere coalities waardoor men gecoopteerd kon worden. Wanneer echter de hoeveelheid middelen constant blijft zullen van de beschikbare relaties de beste zijn diegene die *minder arm* zijn.

Een tweede belangrijke gevolgtrekking van een minder rijk wordende omgeving is dat organisatie-doel-

einden veranderen. Onder gunstige condities zijn de beleidsmakers gericht op maximaliseren van de middelen die zij tot hun beschikking kunnen krijgen. Onder armere omstandigheden zal de aandacht gevestigd moeten worden op beheersing van het bestaande om verdere financiële en afgeleide problemen te kunnen opvangen. Zo'n buffer kan zijn een veranderde organisatie van de zorg.

Noten

¹ C. P. C. Breemer ter Stege, *Herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg: de rol van de ziekenhuizen in de regionalisatie van gezondheidszorg*, Sociologisch Instituut Leiden, 1976.

² F. Doeleman, *De Nederlandse gezondheidszorg als sociaal systeem*, intern stencil, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Leiden 1978.

³ In Nederland is er bijvoorbeeld een sterke toename van het aantal ziekenhuisbedden geweest. Deze toename blijkt ook niet evenredig te zijn gelopen met de bevolkingsgroei.

Tabel 2: Aantal bedden per 1000 inwoners in Nederland (inclusief categorale ziekenhuizen)

1959	1961	1963	1965	1967	1969	1971
4.92	5.03	5.01	5.12	5.31	5.44	5.55

In 1971 trad een stabilisatie van deze ontwikkeling op. Momenteel neemt het cijfer enigszins af. Nationaal Ziekenhuisinstituut, *Beschikbaarheid en gebruik ziekenhuisvoorzieningen*, NZI, Utrecht 1973, blz. 58, en Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1977*, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1977, blz. 82.

⁴ Ter illustratie van deze 'scheefgroei' kan de ontwikkeling in de verhouding tussen kosten voor huisartsen- en kosten voor specialistenhulp dienen.

Tabel 3: Kostenverdeling voor huisartsen- en specialistenhulp in percentages van het totaal aan gezondheidszorgkosten.

	1948	1968
— ziekenhuisverpleging inclusief specialistische hulp	34 %	55 %
— huisartsenhulp	17 %	11 %

Uit: M. J. van Trommel, *De Nederlandse gezondheidszorg in beweging*, *Medisch Contact* 28 (1973), 672.

⁵ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van kosten tot 1982*, Leidschendam, 1977, blz. 10, en *Structuurnota Gezondheidszorg*, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1974, blz. 38.

⁶ De totale kosten van de intramurale gezondheidszorg zijn van 1972 naar 1976 toegenomen van 5.419 naar 10.755 miljoen gulden; een verdubbeling in 4 jaar. Nationaal Ziekenhuisinstituut, *Analyse van de kostenstijging in prijs- en volume componenten in de instellingen van intramurale zorg over de jaren 1972 t/m 1976*, Utrecht, 1978, blz. 7.

⁷ J. Frij, Hospital Referrals: Must they go up?, *The Lancet*, 17 juli 1971, geciteerd door C. W. Aakster, *Sociologie en gezondheidszorg*, Tjeenk Willink, Groningen, 1974, blz. 44.

⁸ J. G. March en H. A. Simon, *Organizations*, Wiley, New York, 1958.

⁹ H. Philipsen, De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen, in: J. Berting en R. Kroes, *In memoriam A. N. J. den Hollander*, Samsom Alphen a/d Rijn, 1976.

¹⁰ Leidse werkgroep Macro-rekenmodel gezondheidszorgsysteem, verschillende publikaties, Economisch Instituut van de Rijksuniversiteit, Leiden.

¹¹ Zie onder andere de discussie in *Medisch Contact* tussen B. M. S. van Praag van de Leidse werkgroep Macro-rekenmodel en B. H. Posthuma en J. van de Zee in *Medisch Contact* 33 (1978) 105-; 142-; en 175-.

¹² Wet Ambulancevervoer, *Staatsblad* 369, 23 april 1971 en Wet Ziekenhuisvoorzieningen, *Staatsblad* 268, 25 maart 1971, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1971.

¹³ Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Eerste advies inzake regionalisatie in de gezondheidszorg*, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1973.

¹⁴ Berenschot, Bosboom en Hegener, GITP, *Onderzoek beheersbaarheid gezondheidszorg*, Samenwerkende Organisatie Adviseurs, Utrecht, 1973.

¹⁵ Advies van de commissie ad hoc inzake de mogelijkheid tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het functioneren daarvan, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam, 1973.

¹⁶ *Structuurnota*.

¹⁷ *Structuurnota*, blz. 10.

¹⁸ *Structuurnota*, blz. 10.

¹⁹ Wetsvoorstel Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, nummer 14 181, en Wetsvoorstel Wet Tarieven Gezondheidszorg, nummer 14 142, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1976.

²⁰ Een heldere weergave van de essenties van dit wetsvoorstel wordt geboden in het al eerder aangehaalde *De Nederlandse gezondheidszorg als sociaal systeem*, blz. 4-5.

²¹ Openbare hoorzitting over Voorzieningen en Tarieven, *Medisch Contact* 32 (1977), 369-. Visie van de KNMG en van haar Maatschappelijke Verenigingen: Structuurwetgeving gezondheidszorg, *Medisch Contact* 32 (1977) 885-. Hoorzitting wetsontwerpen voorzieningen en tarieven gezondheidszorg, *Ziekenhuis*, 7 (1977) 178-.

²² *Structuurnota*, blz. 53.

²³ Een verschuiving van de nadruk op intramurale zorg naar een nadruk op extramurale zorg is in over eenstemming met een internationaal groeiende gezondheidszorg-ideologie. Volgens deze ontwikkelende denkwijze wordt een meer humane zorg verwacht van een combinatie van zelfzorg, eerstelijnszorg en minimalisering van opname in intramurale voorzieningen. Zie hiervoor V. Navarro, Social Class, Political Power and the State and Their Implications in Medicine, *International Journal of Health Services* 7 (1977), nummer 2. Vaak wordt beargumenteerd dat een versterking van de eerstelijnszorg ten koste van intramurale zorg, goedkopere gezondheidszorg op zal leveren. Dit moet nog bewezen worden. Desalniettemin blijft dit bezuinigingsaspect een belangrijke motivering voor deze herstructurering.

²⁴ Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland, *Een momentopname van de ontwikkeling van de regionalisatie der gezondheidszorg in Kennemerland*, ROGK, Haarlem, 1978.

²⁵ Themanummer *De Eerste Lijn*: de hete structureerings- en financieringsbrij van de eerste lijnsgezondheidszorg, *De Eerste Lijn* 1 (1977) 14-15. In *Bestek '81: hoofdlijnen van het financiële en sociaal-economisch beleid voor middellange termijn*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1978, wordt vermeld dat deze voorgenomen bezuinigingen bij de eerste lijnsgezondheidszorg beperkt zullen blijven. (Vervolg noten zie blz. 332)

²⁶ Tabel 4: De ontwikkeling van de kosten gezondheidszorg

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
extramuraal (x)	1701	1962	2289	2662	3070	3470	3890	4430	5080	5860
intramuraal (y)	5624	6667	8077	9758	11299	12635	13975	15635	17685	20135
x/y	.302	.294	.283	.273	.272	.275	.278	.283	.287	.291

schungspolitik, in: C. Hubig/W. v. Rahden (Hrsg.), *Konsequenzen kritischer Wissenschaftstheorie*, Berlijn, 1977.

⁴⁷ Vgl. de gegevens m.b.t. de verdeling van eigen uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling over de ondernemingen naar grootte van omzet en werknemersaantal, in: *Faktenbericht 1977*, p. 16.

⁴⁸ Het BMFT en het Bundesministerium für Wirtschaft hebben dit voorjaar gezamenlijk een 'Forschungs- und Technologiepolitisches Gesamtkonzept für kleine und mittlere Unternehmen' gepubliceerd. De kleine bedrijven worden o.a. aangemoedigd onderzoekopdrachten aan de niet-universitaire instellingen in contract te geven. Vgl. *BMFT Mitteilungen*, jaargang 1978, nr. 5.

(Vervolg noten van blz. 318)

In 1976 behelsde de kosten van de extramurale zorg 21,4 % van de som van de kosten (x+y). In 1981 zal dit volgens de raming, 22,5 % zijn. Afgeleid uit cijfers uit: *Financieel overzicht gezondheidszorg*, blz. 12, 31, 51, 64.

²⁷ Openbare hoorzitting over Voorzieningen en Tarieven.

²⁸ Voorlopige verslagen van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid: Wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg, *Medisch Contact* 32 (1977), 1489-1499.

²⁹ In de moderne westerse staat heeft de overheid belangrijke rollen in vele maatschappelijke sectoren. Ten behoeve van het hiervoor ingestelde overheidsapparaat is een grote en steeds groeiende hoeveelheid middelen vereist. Ergens in deze groei wordt een punt bereikt waarbij kostenbeheersing voortdurende aandacht vraagt. Deze noodzaak is niet louter afhankelijk van een periode van laagconjunctuur zoals de westerse landen in de zeventiger jaren ervaren. Algemene (internationale) response op het probleem van kostenbeheersing is volgens Navarro: (a) bezuiniging op 'social wages'. Bijvoorbeeld het inkrimpen van uitgaven in de gezondheidszorg; (b) een toenemende vraag naar planning in de economie waardoor een grotere mate van centralisatie vereist wordt; en (c) een toenemende vraag naar rationalisatie van het systeem. D.w.z. een reorganisatie van het gezondheidszorgsysteem dat minder duur is. Zie V. Navarro, *Social Class, Political Power en Their Implications in Medicine*.

³⁰ J. Pfeffer, Size, Composition and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organizational — Environment Linkage, *Adm. Science Quart.* 8 (1973).

³¹ F. C. B. van Wijmen en A. Draaisma, Ziekenhuis, specialist en medische staf staan model, *Tijdsch. v. Gezondheidsrecht* (1978) 9-.

³² R. Michels, *Political Parties*, Dana publications, New York 1959 (vertaling van de 1915 versie).

³³ W. Albeda, Changing Industrial Relations in the Netherlands, *Industrial Relations*, 16 (1977).