ACHTERGRONDEN VAN DE KOSTENONTWIKKELING IN DE GEZONDHEIDSZORG

door Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure

1 Het verschijnsel

De kostenontwikkeling van de Nederlandse Gezondheidszorg is recentelijk beschreven in een rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1).

Van 1953 tot 1970 liepen de kosten (afgerond) op van 0.8 miljard naar 7.4 miljard gulden.

Als men de ontwikkelingstrend zou aanhouden, zoals die gegolden heeft voor de periode 1963-1968 zou dit betekenen, dat in 1980 de kosten zijn opgelopen tot 45.3 miljard gulden. Deze cijfers verkrijgen meer achtergrond wanneer wij ze uitdrukken in % van het nationaal inkomen. Dit overzicht ziet er volgens de genoemde bron als volgt uit:

Tabel 1

Jaar	1953	1963	1970	1975	1980
in miljarden gld.	0.8	2.4	7.4	18.4	45.3
in % van nat. inkomen	3.3%	4.5%	6.3%	8.7%	12.4%

Nu is niemand competent om te beweren, welke de grens van toelaatbaarheid is, waartoe het percentage van kosten van de gezondheidszorg mag stijgen. Wel is het evident dat het bij stijging steeds sterker in competitie zal treden met andere sectoren van groot maatschappelijk belang. Bovendien is de extrapolatie slechts tot 1980. Hoe zal het er in 2000 uitzien? De ontwikkeling is zorgwekkend en vraagt om beheersing. Soulaas zal niet te vinden zijn in bijv. de sector van de efficiëncy van ziekenhuizen. De stijging van de verpleegprijzen - als uitdrukking van de kostenstijging - betreft in vergelijkbare mate *alle* ziekenhuizen. Het is onaannemelijk dat *alle* economische directeuren van de ziekenhuizen op inefficiënte wijze te werk zouden gaan. Laat er al verschillen in een grootte-orde van 10% bestaan wat betreft de bedrijfsefficiëncy in diverse ziekenhuizen, dan betekent dit niet meer dan een kleine oneffenheid in de groeicurve van de kosten.

De oorzaken van de kostenontwikkeling zijn van *structurele aard.* Dat betekent, dat men er niet komt met het bestrijden van de *verschijnselen,* door bijv. een personeelsstop voor de ziekenhuizen af te kondigen of een feitelijke bouwstop op te leggen aan de instellingen voor de gezondheidszorg.

Deze maatregelen van staatssecretaris Hendriks zijn te vergelijken met het dragen van zandzakken naar een dijk, waar het water de kruin heeft bereikt. Ik juich zulke maatregelen toe, omdat zij de ernst van de situatie markeren op veel sterker wijze dan mogelijk is met rapporten en studies. Dit psychologisch effect moet uitnodigen tot bezinning tijdens het maken van „passen op de plaats".

m a b blz. 466

De noodmaatregelen kunnen tevens voorkomen, dat een verdere groei plaats vindt in richtingen die straks blijken de onjuiste te zijn.

Door thans de ziekenhuisbouw enige tijd af te remmen voorkomt men kapitaalsvernietiging in de toekomst, indien zou blijken, dat de gezondheidszorg zich in geringer mate in ziekenhuizen zou moeten voltrekken. De noodmaatregelen, behorend bij beheersingspogingen op korte termijn, zijn slechts te verantwoorden, indien men zich aanstonds bezig gaat houden met de analyse van de achtergronden van het verschijnsel van de grote kostenstijging.

In deze bijdrage wil ik trachten een analyse te geven van de kostenontwikkeling, beperkt tot de sector van de klinische gezondheidszorg. De redenen hiervoor zijn de volgende.

De klinische gezondheidszorg, omvattende alle diensten die patiënten kortere of langere tijd in instellingen onderbrengen, is, mede door de vele studies, o.a. van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (9), in zijn kostenontwikkeling goed te overzien. Voorts is zij verantwoordelijk voor een zeer aanzienlijk deel van de kosten. Het eerder genoemde recente rapport zegt hierover, dat alleen al de ziekenhuizen reeds meer dan een kwart van alle kosten van de gezondheidszorg konsumeren. De gehele intramurale gezondheidszorg, dus ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen, is voor 43.8% verantwoordelijk voor de kosten. Daar echter in dit percentage niet zijn opgenomen de kosten voor de geneesmiddelenvoorziening en/of de specialistische hulp in een aantal „all-out" ziekenhuizen, moet het volgens mijn eigen berekeningen worden verhoogd met 11.2% (zie ook 2). De *totale* kosten van de intramurale gezondheidszorg in Nederland bedragen dus *meer dan de helft* van de totale kosten van de hele gezondheidszorg.

Aangezien voorts mijn leeropdracht gericht is op deze intramurale gezondheidszorg, ligt hier ook een persoonlijke reden om mij tot deze hoofdmoot van ons onderwerp te beperken.

2 Medisch-maatschappelijke oorzaken

De structurele oorzaken van de grote kostenstijgingen in de intramurale gezondheidszorg willen wij in drie groepen onderscheiden: medisch-technologische, algemeen maatschappelijke en medisch-maatschappelijke. Wij beginnen met deze laatste groep.

Na de tweede wereldoorlog is het consumptiepatroon van medische zorg sterk gaan verschuiven in specialistische en superspecialistische richting. Vooral door de t.v. maakte de hele bevolking op gemakkelijke wijze kennis met de schier onbegrensde mogelijkheden van de techniek. De maanvluchten waren daarin een hoogtepunt. De schier magische krachten van electronische apparatuur met knopjes die je maar omdraait om de meest ongelooflijke effecten te doen ontstaan, worden uiteraard gemakkelijk getransponeerd op medische apparatuur. Inderdaad namen de mogelijkheden van onderzoek en behandeling in de twee afgelopen decennia enorm toe. De genezingen die men in zijn omgeving kon waarnemen, leken vaak de ongebreidelde verwachtingen te bevestigen.

De huisarts oude stijl werd door de bevolking ingeruild voor de „specialist met het toestel". Deze overmatige appreciatie van de techniek komt op verrassende wijze tot uiting in het feit dat de honorering van radiologen aanmerkelijk hoger is dan die van psychiaters die immers lang niet zoveel en zo ingewikkelde apparatuur hebben. Het huisartsenberoep ging wat verkommeren. Het aantal huisartsen bleef gelijk; dus nam relatief sterk af, gezien tegen de achtergrond van de bevolkingsgroei. Het percentage van de totale kosten van de gezondheidszorg, vermeld onder het hoofd „huisartsenzorg", daalde van 9,7% in 1953 naar 5.4% in 1972. Het werkterrein van de specialisten is bij uitstek het ziekenhuis. De hier beschreven verschuiving had een sterke toeneming ten gevolge van de behoefte aan ziekenhuisbedden. Met de Telegraaf aan de kop schreeuwden de dagbladen over het schandaal dat er niet veel méér ziekenhuisbedden waren of niet ogenblikkelijk gemaakt werden. De ziekenhuizen gingen koortsachtig aan het werk om de enorme opgaven van vernieuwing, uitbreiding en nieuwbouw het hoofd te bieden.

Talrijke oude ziekenhuizen werden uitgebreid en vervangen door nieuwbouw. Het afgeronde aantal ziekenhuisbedden, in 1958 nog 52 duizend, steeg naar rond 70.000. Er werden tegen de 20 duizend verpleegtehuisbedden gebouwd. Het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners steeg in 14 jaar met 24%. Dit leidde ertoe dat, tezamen met de oorzaak van de sterke bevolkingstoename, het *aantal* ziekenhuisopnamen tussen 1953 en 1967 steeg van 742.000 tot 1.135.380 per jaar. Dat is een toeneming van bijna 50%! De uitbreiding van de klinische gezondheidszorg werd mede mogelijk gemaakt, doordat financiering van nieuwbouw praktisch onbeperkt mogelijk was. Op grond van de zekerheid dat de exploitatie kostendekkend is, is de dienst van leningen veilig gesteld. Verscheidene banken specialiseerden zich op ziekenhuisleningen. Ook voor de grote pensioenfondsen bleken leningen aantrekkelijk te zijn.

Bij dit psychologisch begrijpelijke proces kwam een tweede hoogst belangrijke factor. Door de Ziekenfondswetgeving uit de Duitse tijd was de gezondheidszorg voor een ieder financieel onbeperkt toegankelijk geworden. Voor de 30% „particulieren", die niet onder de wetgeving vielen, ontwikkelde zich snel het systeem van de particuliere ziektekostenverzekeringen. Uit beide bronnen ging een geldstroom vloeien waarvan de omvang bepaald werd door de *producenten* van de gezondheidszorg (artsen, ziekenhuizen etc.). Kon en wilde men meer medische handelingen toepassen, dan wist men dat die betaald zouden worden. De ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen verhoogden eenvoudig hun premies. Door het stijgen van de inkomens had niemand daar teveel pijn van. De onbelemmerde groei naar steeds meer en „beter" had geen financiële barrières. Er ontstond sterke vraag naar verwijzing naar specialisten. Een huisarts, werkend op abonnementstarief, wordt gestraft als hij veel voor zijn patiënten zelf blijft doen: hij krijgt hetzelfde geld voor meer werk. De arts die snel verwijst en weinig zelf doet, wordt beloond: de patiënt wordt *graag* verwezen. Men vindt het immers belangrijker om door een specialist behandeld te worden dan door de huisarts. De specialisten kregen steeds meer patiënten te verwerken. Het aantal specialisten steeg van rond 3600 in 1958 naar 5700 in 1970. Het aantal verrichtingen

dat door hen werd opgedragen steeg duizelingwekkend, met name in sectoren als radiologie (10% per jaar!), klinische chemie, electrofysiologie, klinische bacteriologie etc.

De specialisten hadden geen financiële redenen om de stroom in te dammen. Zij worden per verwijzing en per verrichting betaald. De patiënt vraagt niet naar kosten of heeft het gevoel dat hij veel krijgt voor de premie die hij heeft betaald. Met de ziekenhuisopnamen is het al net zo gesteld. De meeste specialisten zijn niet in dienstverband aan het ziekenhuis verbonden. Iedere opname betekent voor hen inkomsten uit de verpleegdagen en/of verrichtingen. Het ziekenhuis zelf moest tot voor kort 90% bezetting halen. De directie en medewerkenden waren dus gebaat bij een ruim opnamebeleid en hadden geen enkel voordeel bij een hoog werktempo dat de opnameduur zou kunnen verkorten.

Kortom: het consumptiepatroon van medische dienstverlening kent alleen maar krachten die *consumptiebevorderend* zijn en vrijwel geen consumptieremmende krachten. De formele opname-indicaties van de ziekenfondsen en een controlesysteem op de naleving ervan, hebben weinig te betekenen. Het fatsoen van vele specialisten is een rem geweest op het ontstaan van nog veel ernstiger misbruik. Maar het is duidelijk, dat het systeem structureel volstrekt ondeugdelijk is en de mogelijkheid heeft geschapen van de enorme, ongewenste *overconsumptie* van de diensten van de gezondheidszorg, die voor een aanzienlijk deel verantwoordelijk is voor de sterke kostenstijging.

3 Medisch-technologische oorzaken

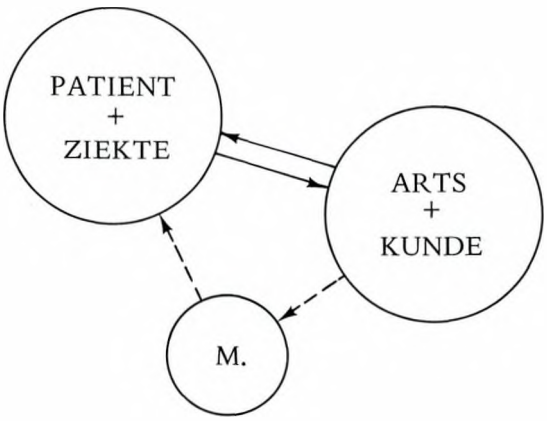
De enorme toeneming van de mogelijkheden van onderzoek en behandeling bij patiënten hebben grote invloed gehad op de kosten die deze dienstverlening met zich bracht. De kosten van al hetgeen zich in het ziekenhuis afspeelt, worden in de „all-in" ziekenhuizen uitgedrukt in een rekeneenheid: de verpleegdag. In wezen wordt de verpleegprijs gevonden door alle kosten, welke in een kalenderjaar gemaakt zijn (minus enige baten uit bijv. radiologische afdeling, laboratoria etc.) te delen door het aantal verpleegdagen dat in datzelfde jaar werd geteld. Deze verpleegprijs bedroeg in 1946 voor all-in derdeklas in Nederland nog geen ƒ 4,– per dag. In 1962 passeerde de verpleegprijs de 20 guldengrens, in 1970 de 70 gulden en thans is de ƒ 100,– per dag gepasseerd. Al zijn deze bedragen niet gecorrigeerd voor de geldontwaarding, toch is de geweldige stijging duidelijk. De vraag is gerechtvaardigd of deze stijging nu werkelijk nodig is geweest. Analyse van kosten die in de verpleegprijs zitten, toont, dat het overgrote deel wordt veroorzaakt door personeelslasten, en wel omstreeks 70%. Er blijkt in de eerste plaats een grote toeneming te zijn geweest in het *aantal* personeelsleden over de periode na 1945.

Als voorbeeld neem ik een groot ziekenhuis in Amsterdam met een zuinig personeelsbeleid en een constant aantal bedden over de onderzoekperiode. Eind veertiger jaren was het totale personeelsbestand rond 475. In 1972 is het gestegen tot 1225. In ziekenhuizen met een minder strak directiebeleid terzake, zijn de stijgingen procentueel alleen maar groter. Deze sterke stijging

in ruim twee decennia is in de eerste plaats het gevolg van de sterke uitbreiding van het pakket van dienstverlening. Aan een paar eenvoudige modelletjes van het medisch handelen, is dit gemakkelijk te overzien.

Tot in de eerste helft van onze eeuw is het medisch handelen te karakteriseren met model 1.

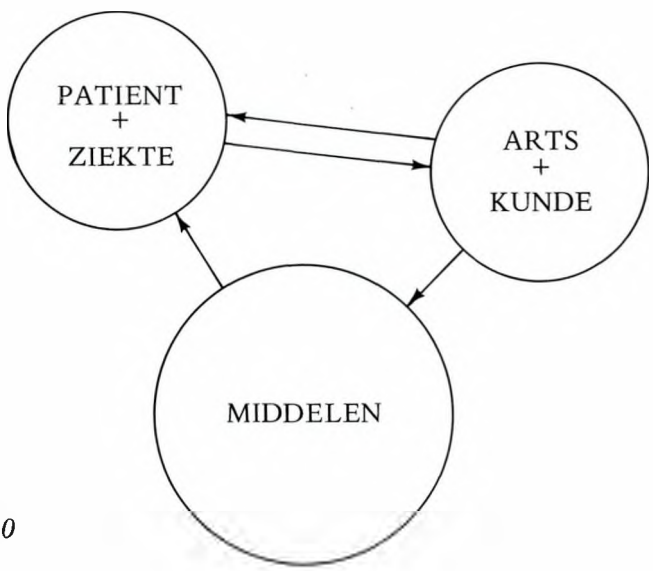
model 1



De patiënt met zijn ziekte treedt in relatie met de arts en diens kunde. De arts probeert de ziekte te onderkennen en te genezen. In een aantal gevallen gebruikt hij daartoe *middelen* (M), zoals stethoscoop en bloeddrukmeter bij het onderzoek of narcosekapje, mes en klemmen bij operaties.

Door de explosieve ontwikkeling van de beta-wetenschappen nam echter het pakket van middelen bijzonder sterk toe, zodat het medisch handelen het karakter ging aannemen van model 2.

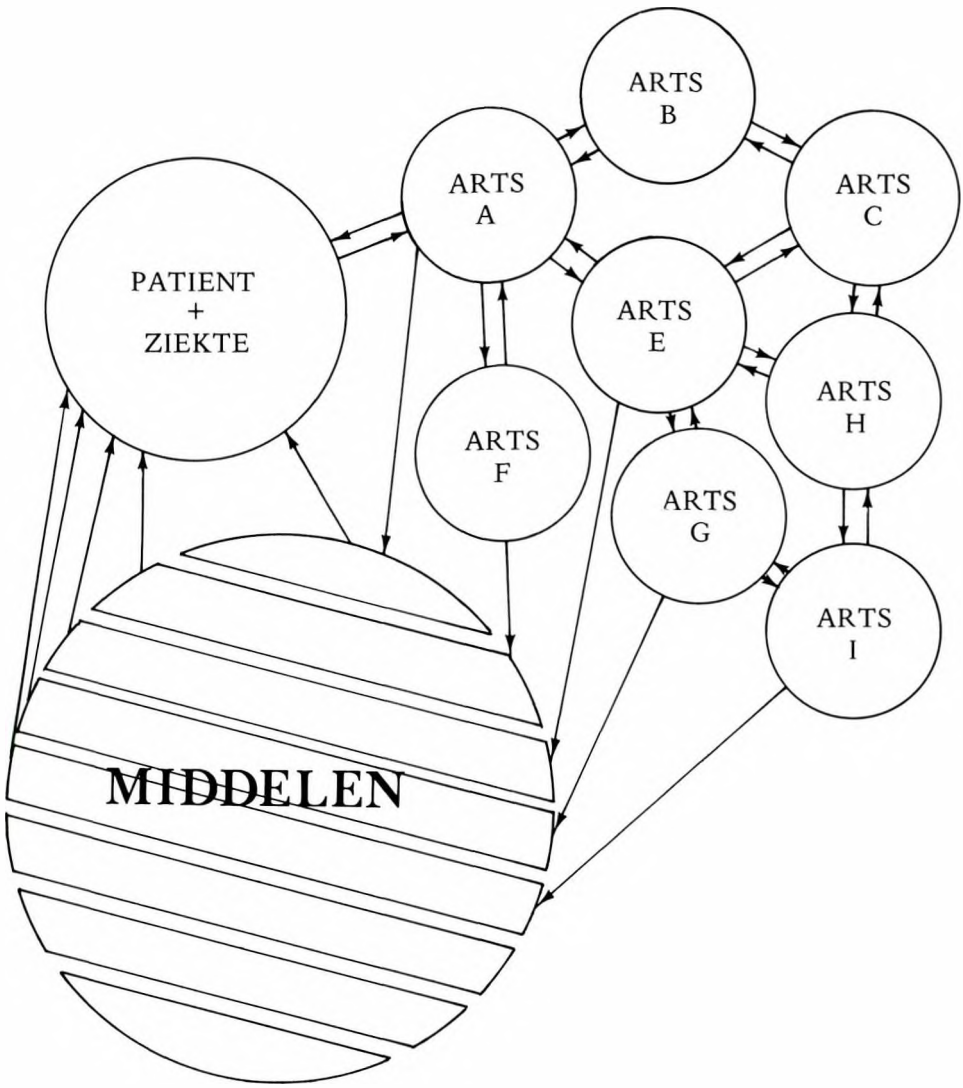
model 2



m a b blz. 470

De omvang van de kennis en de vaardigheid, nodig om al deze nieuwe middelen toe te passen, nam zodanig toe, dat één persoon niet meer alles kon omvatten. „De arts" onderging een differentiatie in rond 40 specialismen. Elk van deze specialismen bezat een eigen pakket van middelen en droeg aan de verdere ontwikkeling daarvan bij. In het ziekenhuis ontwikkelde het model zich dan ook tot model 3.

model 3



De patiënt krijgt te maken met een aantal specialisten die elk hun eigen specialistische middelen op hem toepassen.

Een maagpatiënt zal zich bijv. wenden tot een internist. Bij het onderzoek

in het ziekenhuis worden een laboratoriumspecialist, een radioloog en een endoscopist betrokken. Wordt hij daarna geopereerd dan komen er een chirurg, anaesthesist, patholoog-anatoom en bacterioloog aan te pas.

De „middelen" van elke specialist zijn steeds meer uitgegroeid in de richting van kostbare apparatuur. Grote en gedifferentieerde radiologische apparatuur van vele tonnen, laboratoriumapparatuur, deels geautomatiseerd, eveneens vele tonnen, operatie en anaesthesie apparatuur idem, electronische monitoren voor postoperatieve patiëntenbewaking, enz. enz.

In het kader van deze ontwikkeling is duidelijk, dat voor het bedienen van al deze apparatuur een klein leger van hulpkrachten nodig is. Veel zwaarder dan de (te activeren) aanschafkosten drukken de salarislasten van dit personeel op de exploitatie. Deze „paramedische hulptroepen" vormen thans rond 20% van het personeelsbestand. De verpleging is, door al dit onderzoek en nieuwe behandelingsmethoden, boven haar verpleegkundige taak, belast met het participeren in al dit geavanceerde werk. De schaalvergroting en de noodzaak om met veel mensen samen te werken, schiep grote organisatorische en administratieve taken. Het corps van verpleegkundigen is mede daardoor in 20 jaar, voor *eenzelfde* aantal bedden *verdubbeld* moeten worden. Het aantal medici is vrijwel *vertienvoudigd.*

Maar er is natuurlijk niet alleen maar toeneming van lasten. De winst voor de bevolking die tegenover deze toeneming staat, is deels af te lezen uit de stijging van de gemiddelde leeftijd van de Nederlander over de onderzoekperiode. Er kan thans *veel* meer hulp worden geboden en de *kwaliteit* en *veiligheid* van wat er gedaan wordt, is veel verbeterd. Dat is natuurlijk grote offers waard.

De personeelsaantallen zijn, naast de medisch-technische oorzaken, ook gestegen door maatschappelijke oorzaken die wij in de volgende paragraaf zullen behandelen.

4 Algemeen maatschappelijke oorzaken

In de onderzoekperiode is over de gehele linie een duidelijke *werktijd*verkorting waarneembaar. Voor het ziekenhuiswezen is die niet precies te kwantificeren. De voornaamste reden is, dat op het einde van de veertiger jaren een aanzienlijk deel van het personeelsbestand uit religieuzen en diaconessen bestond. Ik schat de grootte daarvan in een orde van 20.000 personen. Van hen zijn de werktijden niet exact bekend. Zij werkten ter ere Gods, vrijwel om niet en naar mijn schatting tussen 60 en 80 uur per week, vrijwel zonder vacanties en zonder bezwaar tegen nacht- of weekenddienst. Het teruglopen van het aantal religieuzen in de ziekenhuizen tot circa een tiende van het genoemde bestand en de inschakeling in gewone arbeidsvoorwaarden, betekent het wegvallen van een arbeidsprestatie, die thans door personeel moet worden verricht met een werkweek van 40-43¾ uur. De ziekenhuizen hebben alleen om deze reden al veel meer personeel nodig. De arbeidstijdverkorting voltrok zich steeds het eerst bij de circa 20% overheidsziekenhuizen waar het personeel de ambtenaar-status heeft en de werktijden met die van de ambtenaren daalden.

De 80% particuliere ziekenhuizen moesten telkens direct volgen om in de krappe arbeidsmarkt niet onderbezet te raken. Voor een continu bedrijf als een ziekenhuis is zulk een aanzienlijke gemiddelde arbeidstijdverkorting extra duur omdat het de tijden van onregelmatige diensten (zaterdag, zondag, avond, nacht) beduidend verlengt en op die tijden hoge extra loontoeslagen betaald moeten worden.

Zowel de toeneming van het medisch-technisch pakket, als de aanzienlijke werktijdverkorting per medewerker, als de sterke stijging van de lonen, hebben de personeelskosten in het ziekenhuiswezen tot meer dan het *20-voudige* doen stijgen in circa 25 jaar.

In het bedrijfsleven werd de arbeidstijdverkorting en loonsverhoging deels opgevangen door productieverhogende maatregelen waaronder automatisering een belangrijke factor was. In het ziekenhuiswezen is heel weinig mogelijkheid tot productieverhoging. Weinig processen lenen zich tot automatisering. Het product „mens", heeft veeleer meer zorg, persoonlijke aandacht en ruimte voor gesprekken nodig dan weleer. De tegenkrachten die in het bedrijfsleven de loonkosten per eenheid product konden terugdringen, zijn in de ziekenhuizen slechts marginaal werkzaam.

Tenslotte komen wij dan aan een laatste groep oorzaken van de kostenstijging, waaromtrent de discussie pas de laatste jaren op gang is gekomen. Door de sterke veranderingen in het gehele maatschappelijke gebeuren over de volle breedte zijn veel mensen hun houvast kwijt. Jeugd, ouderdom, gezin, woning, verenigingsleven, beroepsomgeving, religie, alles is zodanig veranderd, dat de druk waaronder het individu is komen te staan, geweldig is toegenomen. Onlangs verscheen hierover een onderzoek van de Leidse socioloog Aakster (10). Hij vond bij ruim 1500 onderzochte personen, dat de helft gebukt ging onder zo sterke stress, dat deze de gezondheidstoestand schaadde. Zulke „stress"-situaties geven aanleiding tot subjectieve klachten die de mensen naar de huisdokter doen gaan. Maar de uitsluitend biologische geneeskunde heeft hierop geen voldoende antwoord. In plaats van een psychosociale opvang worden velen naar de specialist verwezen en hiervan wordt weer een belangrijk percentage voor vaak uitgebreid onderzoek in het ziekenhuis opgenomen om aan het eind van de specialist te vernemen „U mankeert niets".

Het is duidelijk, dat een veranderende wereld ook een diepgaande verandering gaat eisen van de gezondheidszorg. Men leze terzake eens de oratie van Prof. van Aalderen (3). Slechts door het gehele bestel van de gezondheidszorg diepgaand te veranderen, zal zij opnieuw voor allen effectief kunnen worden en zal de geweldige verspilling tengevolge van de geschetste ineffectiviteit kunnen ophouden.

Maar het zijn hier niet alleen de artsen, die op een verkeerd spoor zijn geraakt. Eigenlijk is het de hele bevolking die in een consumptie-roes van de gezondheidszorg als consumptie-artikel alles is gaan verwachten. Daardoor is het besef verduisterd, dat *iedereen* allereerst zelf zo goed mogelijk voor zijn gezondheid moet zorgen en dat niet alleen lichamelijk (tanden poetsen, appels eten, niet roken enz.), maar vooral ook psychisch en sociaal. Voor

welzijn kan de gemeenschap slechts de *voorwaarden* scheppen; of ik die kan vertalen in een persoonlijk, subjectief welzijnsbeleven is in de allereerste plaats een opgave voor mijzelf.

Aan het einde van deze analyse gekomen, zal het duidelijk zijn, dat de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg een gevolg is van een reeks van oorzaken. Daarenboven bleek echter, dat de kritiek op de gezondheidszorg zich niet kan beperken tot de kosten alleen. Ook de aard van de te leveren zorg dient voor veel mensen te veranderen.

De samenvatting van al de geschetste aspecten houdt tevens het programma in van hetgeen ons te doen staat.

1 De *doelstelling* van de gezondheidszorg zal moeten verschuiven van biologisch-technisch-reparatief „beter" maken, naar de bredere context van *mensen beter maken.* Het antwoord zal steeds gericht moeten zijn op de *mens* die hulp nodig heeft en niet slechts op herstel van een gestoord orgaan. In medische kring zullen dus grote verschuivingen van attitude en kennis moeten plaatsvinden.

2 *De hele bevolking* zal middels gezondheidsvoorlichting en opvoeding beter in staat moeten zijn en gemotiveerd om zelf bezig te zijn de eigen lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheidstoestand, in de zin van welbevinden, te verhogen. De programma's hiervoor moeten in Nederland nog grotendeels worden ontworpen (4, 5).

3 *De-professionalisering* van hulpverlening, door het functioneren van allerlei vrijwillige hulp en samenwerking zal om tal van redenen een belangrijke hoofdlijn moeten worden in de ontwikkeling. De toenemende hoeveelheid vrije tijd maakt dit mogelijk. Véél meer mensen zullen in de maatschappij moeten en kunnen worden verzorgd door huisgenoten, buren en vrijwillige hulpdiensten. Te denken is aan bejaarden, niet al te zware chronische verpleegpatiënten, zwakzinnigen, veel meer psychiatrische patiënten enz. Wij moeten die groepen ons huidige antwoord: „opbergen in een (dure) instelling" besparen. De professionele hulpverleners kunnen hun effectiviteit zeer vergroten door goede begeleiding en ondersteuning te geven aan de vrijwilligersgroepen.
Vooral de groepsvorming lijkt essentieel. Groepjes van moeders met „plaskinderen" of achtergebleven kinderen, wijkgroepjes die voor de bejaarden zorgen in hun wijk etc. etc. hebben reeds bewezen zeer nuttig te werken. (6).
Bovendien blijken zij zeer te kunnen bijdragen tot de zo broodnodige gemeenschapsvorming in nieuwe woonwijken, waar ieder op zichzelf staat. Dat hulp van vrijwilligers in het begeleiden van psychiatrische patiënten uitstekend werkt, blijkt fraai uit het onderzoek van M. A. Bremer-Schulte (7).

4 In de curatieve gezondheidszorg zal een reconstructie nodig zijn van de eerste linie. Een systeem van betere, multidisciplinaire opvang van de patiënt die om hulp vraagt. Het wijkgezondheidscentrum, de ontwikkeling van meer steunende thuiszorg en een beter adviessysteem van de specialist aan de huisarts, worden thans door velen gezien als doeleinden

die hier gerealiseerd moeten worden. Veel minder patiënten zullen dan doorverwezen behoeven te worden naar de specialistische poliklinieken. De ziekenhuizen zullen al hun activiteit op effectieve wijze kunnen richten op „het grote reparatie-werk". De hier geschetste verschuiving is globaal reeds als doelstelling geformuleerd in de „uitgangspunten van het regeringsbeleid" (8).

De hier zo simpel in enkele regels neergeschreven principes zullen echter slechts gerealiseerd kunnen worden met behulp van adequate corporate planning. Het algemene belang zal vereisen, dat vele groepsbelangen opnieuw worden afgewogen en ingepast. De inkomensontwikkeling van de specialisten begint eindelijk onderwerp te worden van serieuze maatschappelijke kritiek. Het vrije ondernemerschap van een deel van de werkers in de gezondheidszorg (artsen, physisch-therapeuten) zal niet te rijmen zijn met een dienstverbandsituatie van andere medewerkenden waarmee in groepsverband dagelijks moet worden samengewerkt. In het oude patroon van de gezondheidszorg staan nog heel wat heilige huisjes, of beter nog „heilige villa's", die met hand en tand verdedigd worden. De stroom van de vernieuwing zal echter niet te keren zijn.

Literatuur

1 *Benadering van de ontwikkeling van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in de periode 1950-1980.* Uitg. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 18-1-1974.
2 *Onderzoek beheersbaarheid gezondheidszorg,* uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne door de samenwerkende organisatieadviseurs van de gezondheidszorg, 1973.
3 J. H. van Aalderen, *inaugurale rede.* Amsterdam, 8 februari 1974.
4 J. C. M. Hattinga Verschure, *Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg.* Het Ziekenhuis 2 (1972), 500.
5 J. P. Kuiper, *Naar een faculteit voor gezondheidkunde.* Voordracht, Rotterdam 1973.
6 H. J. P. M. Dijkhuis, *Persoonlijke mededeling.*
7 M. A. Bremer-Schulte, *Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg.* Academisch proefschrift, Amsterdam, december 1973.
8 *Hoofdpunten van het regeringsbeleid 1974.* Rijksvoorlichtingsdienst Staatsuitgeverij.
9 *Financiële statistiek ziekenhuizen,* 1970, 1971 enz. Uitg. sectie economie. Stichting Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht.
10 C. W. Aakster, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1974), pag. 194-203.
11 Voor algemene verdere oriëntatie aanbevolen: *Het Kostenvraagstuk van de Gezondheidszorg, Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen,* 1973 Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom B.V., Lochem.