



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)

Bakker, C.T.

Publication date
2009

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bakker, C. T. (2009). *Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Vossiuspers - Amsterdam University Press.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

HOOFDSTUK III EEN NIEUWE KOERS

Hoe oorlogsinflatie leidde tot vernieuwing in de jaren twintig

‘Wij beleven ongewone tijden. Oude wegen worden verlaten en nieuwe worden aangewezen en voorbereid.’ Deze woorden werden in 1920 opgetekend in het jaarverslag van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (sinds 1918 de nieuwe naam van Meerenberg). De opmerking kon evenzogoed in een jaarverslag van een ander gesticht hebben gestaan; er was inderdaad heel wat aan de hand in de wereld van de krankzinnigenverpleging rond 1920.

Elders in Europa en de wereld was er net een grote oorlog uitgevochten. En hoewel Nederland neutraal was gebleven, waren de gevolgen van de Eerste Wereldoorlog (1914-1918) ook in ons land te merken geweest, onder andere in de vorm van een enorme prijsinflatie. Met grote gevolgen voor de gestichten: voor het eerst was duidelijk geworden dat er iets fundamenteel mis was met de financiële gestichthuishoudingen. Wat in het vorige hoofdstuk nog bijna als een terzijde werd opgemerkt, bleek in de praktijk problemen op te leveren: de tarieven die door de gemeenten voor de verpleging van armlastige krankzinnigen werden betaald, hielden geen verband met de werkelijk gemaakte kosten.

In 1918 werd een rapport gepresenteerd waarin de kwestie werd blootgelegd. De aanwezigen moeten de schellen van de ogen zijn gevallen. De in hoofdstuk II ook al veelvuldig geciteerde W.H. Cox schreef er in elk geval over:

En nu blijkt [...] uit de gegevens, in het rapport verzameld, dat de verpleeggelden, welke door de gewestelijke besturen per contract aan de stichtingen voorshands werden gewaarborgd, alle lager zijn dan het opgegeven gemiddelde voor 1916 en dat dit gemiddelde lager is dan de som, die een patiënt inderdaad in 1917 in ieder gesticht afzonderlijk heeft gekost. Men leze dit rustig en bezonnen over: de gewestelijke besturen betalen de stichtingen minder dan de patiënten kosten. Ziedaar het hoofdbesluit van dit relaas. Dit is niet een klacht: het is een verpletterende aanklacht! Het betekent dat de stichtingen worden uitgebuit en dat dit nieuwerwetsche woord precies dienstig is aan den tegenwoordigen toestand.¹

¹ Cox 1918, 1820. Cox vergist zich een beetje: het waren zoals bekend niet de gewesten (provincies) die uiteindelijk voor de kosten opdraaiden, maar de gemeenten. De gewesten maakten alleen maar de afspraken en verstrekten een subsidie, tegen bepaalde voorwaarden.

Zo heftig als Cox zich uitdrukte, stond het niet in het rapport, maar feit was wel dat veel gestichten jaar na jaar in de rode cijfers zaten. De rapporteurs hadden echter ook oplossingen aangereikt: de gestichten moesten de handen ineenslaan en met de provincies in overleg treden. Zo werd in 1918 de Vereniging voor Krankzinnigengestichten in Nederland (VKIN) opgericht, er kwam een publicatiereeks tot stand (de *Kostende prijs der verpleging*) en er werden nieuwe contractafspraken met de provincies gemaakt.

Dit hoofdstuk gaat over deze periode: de Eerste Wereldoorlog en de jaren erna. Welke (financiële) gevolgen ondervonden de gestichten precies van de oorlogsinflatie, die in 1920 zijn hoogtepunt bereikte? En wat betekende dat voor het personeel, de zorg en dus uiteindelijk de patiënten? En wat waren de gevolgen voor de krankzinnigenzorg van de nieuwe financieel-economische koers van de gestichten? De tarieven werden voortaan op de werkelijke exploitatielasten gebaseerd, maar ze werden nog steeds niet aan de prijsontwikkeling aangepast. En in deze periode sloeg de inflatie om in deflatie, waardoor in theorie het geld meer waard werd. Waaraan werd dat geld dan besteed? Aan kwalitatief betere zorgverlening? We onderzoeken in deze periode opnieuw enkele facetten van de zorgverlening die mogelijk iets zouden kunnen zeggen over de kwaliteit van de zorg: onderhoud en behandeling, maar vooral het personeel. Deze laatste post groeide in de betreffende periode veel sneller dan de andere kostenposten en zou vanaf medio jaren twintig de belangrijkste kostenpost in de gestichtadministratie worden.

§ 1. Gestichten in oorlogstijd

Toen in augustus 1914 de oorlog uitbrak, verwachtten maar weinig mensen dat deze zo lang zou duren en dat ook het neutrale Nederland eronder zou gaan lijden. Aanvankelijk bleef alles min of meer bij het oude. Maar naarmate de gevechtshandelingen over de grens voortduurden, begonnen ook de Nederlandse burgers er iets van te merken. Leveranciers gingen voor steeds meer producten duurtetoeslagen eisen. Productschaarste, mede als gevolg van economische blokkades, leidde tot rantsoenering. Bovendien werden veel jongemannen opgeroepen voor de mobilisatie. Een en ander veroorzaakte groot ongemak in de gezinshuishoudens, maar ook in de krankzinnigengestichten. Deze kregen de exploitatie niet meer rond en de kwaliteit van zorg kwam in gevaar.

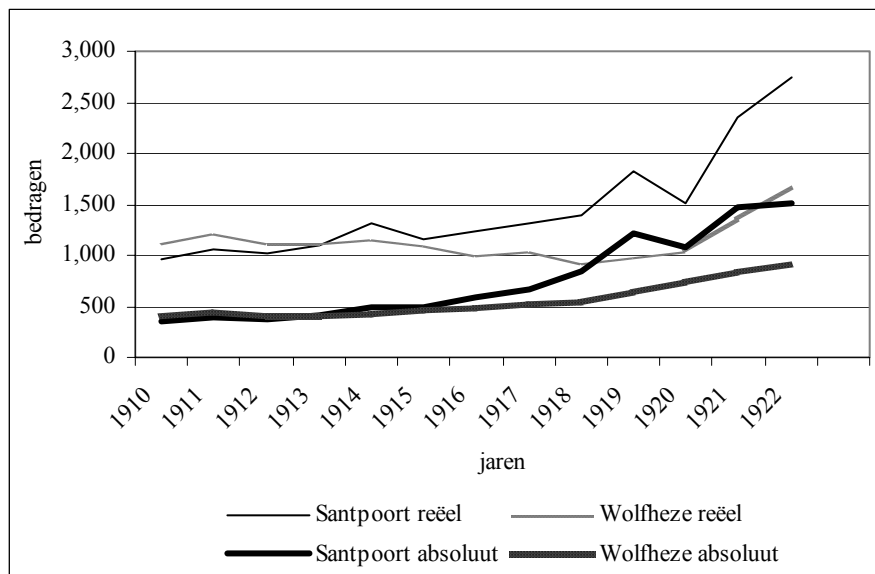
Stijgende kosten bij gelijkblijvende tarieven

Grafiek III-1 laat zien hoe de werkelijk gemaakte verpleegkosten per patiënt per jaar tijdens de Eerste Wereldoorlog bij twee gestichten omhoog liepen, zowel in absolute bedragen als na verrekening van de prijsinflatie. Deze ontwikkeling is kenmerkend voor alle gestichten. In de periode rond

1918-1920 was de stijging in absolute bedragen het grootst. Dit werd voor een groot deel door de oorlogsinflatie veroorzaakt: in 1918 stegen de prijzen twintig procent, in 1919 en 1920 respectievelijk acht en negen procent. In 1921 en 1922 daalden de prijzen juist weer heel sterk: in beide jaren dertien procent. De kosten bleven echter onverminderd stijgen.

Grafiek III-1

Verpleegkosten van de laagste klasse van Wolfheze en Meerenberg/Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, in absolute en reële guldens (1950=100) per patiënt per jaar (1910-1922)



Bron: Van Walssem [1911-1919]; Kam s.a. [1920-1921]; Van der Scheer s.a. [1922-1923]; VKIN s.a. [1919-1923]; VCV s.a. [1911-1923].

Wij brengen graag het feit in herinnering dat de inkomsten van de gestichten, die voor verreweg het grootste deel bestonden uit verpleeggeld, voor jaren – soms zelfs decennia – vastlagen (zie hoofdstuk II). Als gevolg van de oorlogsomstandigheden waren er nauwelijks mogelijkheden voor uitbreiding van het aantal plaatsen, hoewel de provincies daar nog altijd om verlegen zaten. Dat betekende dus ook dat er weinig nieuwe contracten werden afgesloten.¹ Alleen als een contract toevallig net afliep, bestond een mogelijkheid voor nieuwe prijsafspraken. In tabel III-1 is te zien hoezeer bij de VCV de kostprijzen en tarieven uit elkaar gingen lopen. Voor andere gestichten - met uitzondering van de katholieke; hier

¹ Mede gezien het feit dat de gestichten met verschillende provincies te maken hadden, is het onmogelijk een compleet overzicht te krijgen van alle contracten die afgesloten waren.

komen we nog op terug - gold hetzelfde. (Voor een goed begrip van tabel III-1 is het belangrijk te weten dat de VCV voor al haar gestichten dezelfde tarieven hanteerde.)

Tabel III-1

Gemiddelde kostprijs voor de verpleging van de laagste klasse van Bloemendaal, Dennoord en Wolfheze en daarvoor betaalde tarieven inclusief duurtetoeslag per patiënt per jaar, in guldens (1914-1919)*

	1914	1915	1916	1917	1918	1919
gemiddelde kostprijs	383	408	419	459	567	726
particulier tarief	350	350	385	385	460	550
tarief provincie Groningen	325	350	390	390	460	534
tarief provincie Friesland	325	350	376	393	460	600
tarief provincie Gelderland	325	325	365	390	470	600
tarief provincie Utrecht	331	350	380	390	460	600
tarief provincie Noord-Holland	350	350	380	390	460	600
tarief provincie Zuid-Holland	331	350	380	390	453	600

* toelichting duurtetoeslag: zie hieronder
Bron: VCV s.a. [1921], 175.

Naarmate de kostprijzen en tarieven verder uit elkaar gingen lopen, liepen de verliezen in de gestichten verder op. De cijfers in tabel III-2 zijn vergelijkbaar met de saldi van andere gestichten.

Tabel III-2

Overzicht van de exploitatie-uitkomsten van gestichten waarmee de provincie Zuid-Holland contracten afgesloten had, in hele guldens (1914-1919)

	<i>St. Joris</i>	<i>Endegeest*</i>	<i>Oud-Rosenburg*</i>	<i>Bloemendaal</i>	<i>Vrederust</i>
1914	?	+ 30.000	- 3.000	+ 400	- 1.000
1915	- 10.000	+ 10.000	- 7.000	- 4.000	- 4.000
1916	- 26.000	+ 19.000	- 8.000	- 2.000	- 1.000
1917	- 54.000	- 11.000	- 8.000	- 17.000	- 16.000
1918	- 62.000	- 32.000	- 27.000	- 22.000	- 31.000
1919	- 48.000	- 63.000	- 29.000	- 54.000	- 18.000

* In de bron staat hierbij vermeld: 'c.a.', hetgeen vermoedelijk inhoudt dat ook de bijzondere afdelingen in de exploitatiegegevens waren meegenomen (de afdeling Voorgeest voor zwakzinnigen van Endegeest en de aangewezen afdeling met de naam Ramaerkliniek van Oud-Rosenburg).

Bron: NA 2.04.47.01, inv. nr. 2, Rapport omtrent de mogelijkheid voor verdere verlaging der tarieven voor de verpleging van behoeftige krankzinnigen en zwakzinnigen s.a. [1932], 15.

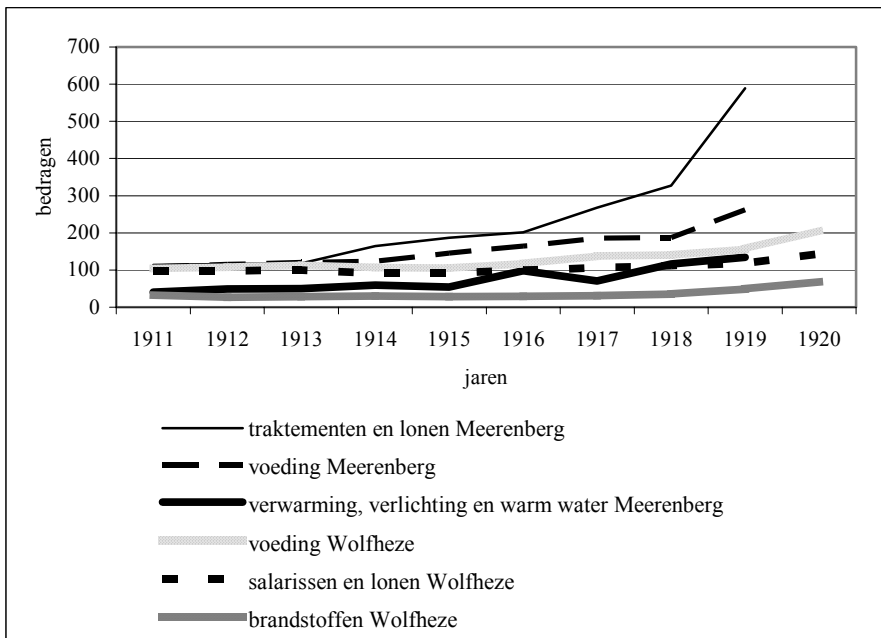
De inflatie was, zoals we hierboven zagen, de grootste boosdoener: na een jarenlang stabiel prijsniveau schoten de prijzen voor onder meer levensmiddelen na 1914 ineens met meer dan tien procent per jaar omhoog. De drie grootste kostenposten in de jaarcijfers van Meerenberg en Wolfheze (grafiek III-2) laten zien dat een flinke kostenstijging plaatsvond in de

kosten voor verlichting, verwarming en water (Meerenberg), ofwel brandstoffen (Wolfheze), maar dat de kosten voor personeel en voeding het meeste stegen.

Voor dit moment is het van belang te constateren dat het prijspeil flink steeg en dat de gevolgen ervan dubbel op het bordje van de gestichtbesturen terechtkwamen. Zij moesten niet alleen een oplossing zoeken voor het probleem van de gestegen lasten van het levensonderhoud van de aan hun zorgen toevertrouwde patiënten, maar ook voor de moeilijkheden van de uitwonende medewerkers in de gestichten, omdat die privé eveneens met de kostenstijgingen te maken hadden.¹ Wij komen hier nog op terug.

Grafiek III-2

*De drie grootste posten op jaarrekeningen van de laagste klasse in Wolfheze en Meerenberg/Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort in guldens per patiënt per jaar (1911-1920)**



* De invoering van een nieuwe boekhoudmethode maakt dat voor Meerenberg/Santpoort de kosten van 1920 niet meer in deze reeks zijn onder te brengen.

Bron: VCV s.a. [1912-1921]; Van Walsem [1911-1919]; Kam s.a. [1920].

Levensmiddelen duur en op de bon

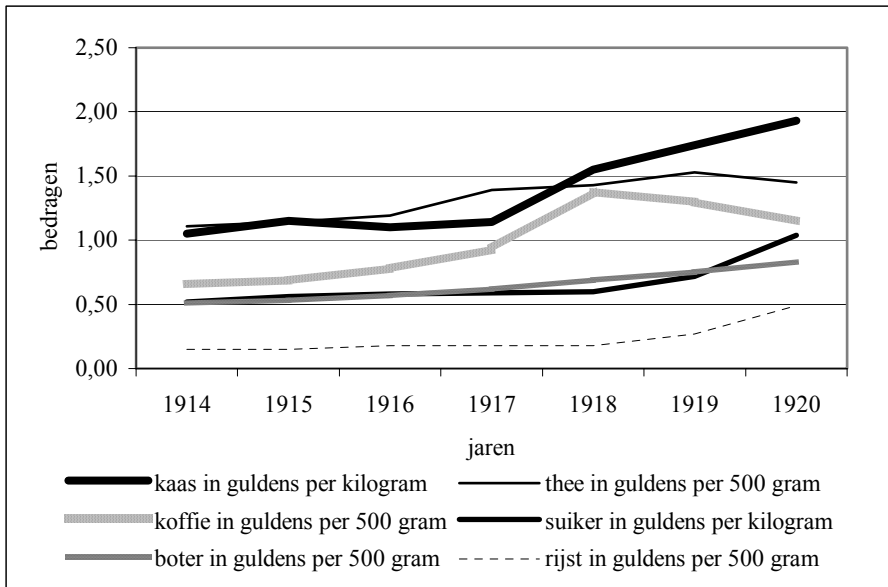
De gestegen levensmiddelenprijzen zorgden voor een sterke groei van de post ‘voeding’ op de jaarrekening. Bij Wolfheze werd de post voeding

¹ Bakker en Van der Velden 2005, 71.

tijdelijk zelfs een stuk groter dan de post salarissen en lonen (zie grafiek III-2).¹

Grafiek III-3 toont van een aantal levensmiddelen hoe de gemiddelde consumentenprijzen tijdens de oorlogsjaren stegen. Maar de gestegen prijzen waren niet het enige probleem waarmee de gestichten kampten, ook de gebrekkige verkrijgbaarheid van levensmiddelen speelde hun parten, ofschoon gestichten met hoge landbouwopbrengsten hier minder door werden gekweld.

Grafiek III-3
Gemiddelde prijzen enkele levensmiddelen in guldens (1914-1918)



Bron: Van der Bie en Smits 2001, 111 en 114.

Vanaf 1917 liep de voedselvoorziening bijna spaak. In het jaarverslag van Meerenberg kunnen we dit goed volgen: het menu voor de patiënten werd steeds eenzijdiger en armoediger. In maart en juni van dat jaar waren er weinig aardappelen meer verkrijgbaar, zo werd in het jaarverslag gemeld. Ze werden vervangen door erwten en bonen, of rijst (met zuurkool of hachee). Voor alle duidelijkheid: rijst werd in die tijd beschouwd als armluisvoedsel en werd - zo blijkt uit de verschillende menulijsten van de gestichten - normaal gesproken als ‘zoete rijst’ klaargemaakt. De prijs voor

¹ De verschillen tussen de twee inrichtingen hebben hoofdzakelijk te maken met het feit dat de regionale verschillen in economisch opzicht nog heel groot waren.

rijst bleef in de oorlogsjaren vrij stabiel (zie grafiek III-3).¹ In juni waren er ook geen bonen meer verkrijgbaar. Daarvoor in de plaats werden eerst kapucijners gegeven, maar toen ook die niet meer verkrijgbaar waren, werd opnieuw rijst verstrekt. Havermout werd vervangen door griesmeel en - ook weer - rijstemeel. En ook de gort, die vanaf oktober niet meer verkrijgbaar was, werd door rijst vervangen. In plaats van Leidse en Goudse kwam er Friese en Edammer kaas op brood. De gevolgen van de rantsoenering van eieren bleven beperkt, omdat van rijkswege rekening gehouden werd met de rooms-katholieke gewoonte om op vrijdag geen vlees te eten. Meerenberg kon daardoor voor de katholieke patiënten meer eieren krijgen. De koffie- en theeverstrekking werd omgedraaid: in plaats van drie keer koffie en één keer thee per dag, werd in augustus 1917 overgegaan op één keer koffie en drie keer thee. De gebruikelijke jaarlijkse extraatjes voor de lagere klassen (pannenkoeken, bokking, krentenbrood en Duitse bollen) werden geschrapt en de warme chocolademelk op Oudejaarsavond werd vervangen door waterchocolade. Uiteindelijk ging zelfs het brood op rantsoen: de boterhammen werden kleiner.

De meeste veranderingen golden overigens ook voor de hogere klassen. Ook zij kregen vanaf 1917 bijvoorbeeld rijst in plaats van aardappelen. Voor de hogere klassen kwamen er nog enkele versoeringen bij: na september was er geen gember meer, ook geen rijst '1^e soort', de koffie werd gedeeltelijk door bouillonblokjes vervangen, vanaf april was er geen beschuit meer bij de chocolade en vanaf oktober werd er geen koffie meer gezet op de afdelingen maar in de voorkeuken, dat scheelde in het gasverbruik.

Ook het personeel moest eraan geloven. Maar blijkbaar golden voor het personeel andere maatstaven, want aan het eind van het jaar kregen zusters, broeders en bedienden twee keer per week 'meelspijs' (pap van rijst met krenten of gort met melk) als aanvulling omdat de broodverstrekking onvoldoende bleek.²

Het blijft gissen met hoeveel kunst- en vliegwerk het huishoudelijk personeel in deze periode telkens weer geprobeerd heeft de maaltijdvoorziening rond te krijgen. Vast staat dat de distributiemaatregelen van al die goederen (o.a. havermout, zout, groene erwten, bruine bonen, gort, rijst, Goudse kaas, brood, eieren, aardappelen, thee, koffie en vet, maar ook kaarsen en groene zeep) leidden tot een grote papierwinkel.³ In 1919 leken de ergste distributieproblemen uit de wereld te zijn. Halverwege het jaar werd in een suppletoire begroting een hogere post voor voeding opgevoerd, niet

¹ Dat komt waarschijnlijk doordat de rijst uit Indië werd gehaald.

² Van Walsem 1918, 110-111.

³ Van Walsem 1918, 138.

alleen vanwege gestegen voedselprijzen, maar ook omdat aan de patiënten en het personeel meer vlees, vet, boter enzovoort kon worden verstrekt, zodat men geleidelijk weer tot de oude situatie kon terugkeren.¹

In de andere gestichten zullen er eveneens problemen geweest zijn. Het streven zal bij alle gestichten zijn geweest als bij de VCV: om zo min mogelijk op de voeding voor de patiënten te bezuinigen. In het najaar van 1915 had de penningmeester van de VCV ‘met het oog op de geraamde tekorten’ een vergadering bijeengeroepen van de huismeesters (administrateurs) en de geneesheer-directeurs van alle aangesloten gestichten, om te praten over de gestegen prijzen van levensmiddelen. Tijdens deze bespreking werd unaniem uitgesproken dat de menu’s niet nóg eenvoudiger konden en dat de post ‘voeding’ op de begroting heel hoog zou blijven.² Ook in Meerenberg werd rekening gehouden met het feit dat overschrijding van de post ‘Voeding’ op de begroting door ‘de benarde tijdsomstandigheden’ onvermijdelijk zou zijn. Hetzelfde gold voor kleding, ligging, brandstoffen en kleine huishoudelijke behoeften.³

De personeelslasten stijgen

De personeelslasten gingen tijdens de oorlog eveneens omhoog. Ten eerste kostte de mobilisatie (vanaf september 1914) veel gestichten geld. Verplegers en artsen werden opgeroepen en moesten worden vervangen door tijdelijke krachten of door collega’s die overwerk verrichtten. In Meerenberg was de extra beloning voor overwerk in het geval van vervanging van hoger geplaatste beambten reglementair vastgelegd. Voor artsen was dit niet het geval. Zo had bijvoorbeeld T.J. Stuurman in Meerenberg vanwege de mobilisatie van twee collega’s naast zijn gewone werk de diensten in twee paviljoens overgenomen, ‘met opgewektheid’ en zonder dat er sprake was van ‘nadeeligen invloed op zijn gezondheid’. Wat zijn patiënten daarvan vonden, kunnen we in de bestuursnotulen niet terugvinden. Het bestuur wees een verzoek om Stuurman voor zijn offer een gratificatie te geven, zonder nadere toelichting van de hand. De geneesheer-directeur moest de arts maar laten weten dat men zijn overwerk waardeerde en vragen of hij misschien behoefte had aan assistentie. Dit laatste vanwege het feit dat als gevolg van de mobilisatie het verplichte minimum aantal van acht artsen niet meer aanwezig was.⁴

Toen na een half jaar opnieuw een arts werd opgeroepen, kon het bestuur er niet meer omheen: de lege plaats moest tijdelijk worden opgevuld door

¹ Kam s.a. [1920], 110.

² HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, vergadering met de Stichtingsbesturen over de begroting voor 1916, 17 december 1915.

³ Van Walsem 1916, 185-186.

⁴ NHA 181 inv. nr. 18, Notulen Commissie van Bestuur, 22 januari 1915.

W. van der Scheer en Stuurman samen. Beiden zouden hiervoor een bedrag van f1.200,- moeten ontvangen. Het bestuur stapte met dit voorstel naar Gedeputeerde Staten.¹ Deze wezen het voorstel echter af, vanwege de consequenties die eruit zouden kunnen voortvloeien. Men was klaarblijkelijk bang voor precedentwerking.² Opnieuw werd over de consequenties hiervan voor de patiënten niet gerept. Het aantal aanwezige artsen voldeed niet aan het verplichte minimum.

De gemobiliseerde krachten zelf zouden natuurlijk niet meer ten laste komen van de gestichten, want zij ontvingen soldij. Dit was echter minder dan het gewone salaris. Het Ministerie van Oorlog maakte per circulaire bekend dat het de bedoeling was dat patroons (op vrijwillige basis) de soldijuitkeringen aanvulden tot het gewone salaris. Of alle gestichten dit vervolgens ook deden, is niet bekend. Meerenberg in elk geval wel, en ook de VCV besloot de bijdrage te verlenen.³ Het was in september 1914 nog niet bekend hoe lang de mobilisatie zou duren en vermoedelijk was men bang het personeel voorgoed kwijt te raken. Hoeveel geld er met deze uitkering gemoeid was, is niet bekend.

Verder ging er geld zitten in duurtetoeslagen. In september 1915 ging de VCV ertoe over duurtetoeslagen aan het personeel toe te kennen: gehuwd personeel met een salaris van f800,- per jaar werd voor de periode van aankomende winter een eenmalige duurtetoeslag van f20,- in het vooruitzicht gesteld, plus f2,50 voor elk niet-werkend kind. Personeel met een lager salaris kreeg minder. Personeel met een hoger salaris zou per geval worden bekeken.⁴ Meerenberg volgde - als instelling van de provincie Noord-Holland - een paar maanden later. Er ging een periode van een half jaar aan vooraf, waarin verzoeken van de Afdeling Meerenberg van de Nederlandsche Verplegersvakvereniging en de Afdeling Meerenberg van de Nederlandsche R.K. gemeente-werkliedenbond St. Paulus in die richting werden afgewezen en geneesheer-directeur G.C. van Walsem er bij het bestuur fijntjes op wees dat er een verschil was gegroeid tussen in- en uitwonend personeel: doordat de inwonende medewerkers voedsel van het gesticht kregen, ontvingen zij 'authomatisch [sic]' een duurtetoeslag.⁵ Uiteindelijk ging het provinciebestuur in december 1915 om. Voor een periode van tien maanden, met terugwerkende kracht vanaf 1 november 1915, werd aan beampten en werklieden in dienst van de provincie (dus ook de medewerkers van Meerenberg) met een salaris of loon van maximaal f1.040,- per jaar én die ook zorg droegen voor een 'wettig' gezin,

¹ NHA 181 inv. nr. 18, Notulen Commissie van Bestuur, 2 juli 1915.

² NHA 181 inv. nr. 18, Notulen Commissie van Bestuur, 6 augustus 1915.

³ Verbeek 1949, 222; HDCNP 501 inv. nr. 14-4, Notulen Centraal Bestuur VCV, 22 september 1914.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, 15 september 1915.

⁵ NHA 181 inv. nr. 18, Notulen Commissie van Bestuur, 27 juni 1915 en 22 oktober 1915.

een duurtetoeslag gegeven maximaal f4,33 per maand (of f1,- per week) plus kindergeld (voor kinderen onder de 16 jaar).¹ De regeling kwam erop neer dat wie meer verdiende, minder duurtetoeslag ontving; de regeling had dus een nivellerende werking.

Of de duurtetoeslagen voldoende waren om het personeel te helpen, is maar zeer de vraag. Aan het einde van de oorlog bleek in ieder geval bij de gehuwde verplegers van de VCV de nood heel groot te zijn, met name bij het gesticht Bloemendaal te Loosduinen. De diaconie moest zelfs te hulp geroepen worden. ‘Het noodige ontbreekt, de huismoeders, voor wie hij [bestuurder Van Baren] groote lof heeft, gaan zwaar onder de zorgen gebukt en zien hun huishouding vervallen...’²

§ 2. Op zoek naar een oplossing

De gestichten speelden op verschillende manieren in op de schaarste, hetgeen de kwaliteit van zorg voor de patiënten niet altijd ten goede kwam. De patiënten hadden al last van het steeds kariger en eenvormiger wordende dagelijkse menu en kregen nu ook nog te maken met allerlei andere vervelende maatregelen.

Inspecteur Schuurmans Stekhoven kwam op het idee de gronden bij de gestichten zoveel mogelijk met voedingsgewassen te laten beplanten.³ Verschillende gestichten brachten dit allang in praktijk. Het kwam het aanzien van het gesticht misschien niet ten goede, maar overigens zal het geen negatief effect op de kwaliteit van zorg hebben gehad. Voor de patiënten zal het weinig uitgemerkt hebben of zij een bloembed of een veld met kroppen sla moesten wieden.

Verder werd er flink beknipt op de post ‘onderhoud’. Reparaties werden op de lange baan geschoven en schilderwerk werd uitgesteld. Naar het effect daarvan op het welbevinden van de patiënten destijds, moeten we gissen, maar positief zal het niet zijn geweest. Het onderhoud komt in paragraaf 5 nog aan de orde.

De kosten konden ook nog worden gedrukt door slim inkoopbeleid. Contracten met leveranciers werden opengebroken; de levering van veel goederen werd aanbesteed aan de laagste bieder. De VCV stuurde aan op gezamenlijke inkoop door alle bij de vereniging aangesloten stichtingen.⁴ In het tijdschrift *Het Ziekenhuis* werd zelfs geopperd om een centraal inkoopbureau in het leven te roepen voor gestichten en ziekenhuizen. Het

¹ Van Walsem 1917, 31. In het jaarverslag werd gesproken van f86,66½ per maand of f20,- per week.

² HDCNP 501 inv. nr. 15-6, Notulen Centraal Bestuur VCV, 1 oktober 1919

³ HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, 30 maart 1917.

⁴ HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, vergadering met de Stichtingsbesturen over de begroting voor 1916, 17 december 1915.

Centraal Inkoop Bureau in Hilversum kwam er, maar pas in 1917; door de tijdsomstandigheden had het langer geduurd dan gepland.¹ Het is niet bekend in hoeverre de gestichten er daadwerkelijk gebruik van maakten. Wel werden er vanaf die tijd geregeld prijslijsten en aanbestedingsafspraken voor levensmiddelen gepubliceerd in *Het Ziekenhuis* en de opvolger van dit tijdschrift, *Administratie en economie in de ziekenhuizen*.² Een andere manier om de kosten te drukken was een inmiddels bekende truc: een tijdelijke verhoging van het maximum aantal plaatsen aanvragen, waardoor de overheadkosten over meer patiënten konden worden uitgesmeerd.³ De gevolgen van een dergelijke maatregel voor de patiënten hebben we in hoofdstuk II al aan de orde gesteld, maar het kan geen kwaad het hier opnieuw op te merken: zodra meer patiënten op een relatief kleine oppervlakte moeten samenleven, ontstaat er meer onrust, wordt de verpleging bemoeilijkt en treedt er sneller slijtage op.

Duurtetoeslagen op het verpleegtarief

Genoemde maatregelen hielpen onvoldoende om de financiële problemen het hoofd te bieden. Een lid van het stichtingsbestuur van Wolfheze had er zelfs slapeloze nachten van, zo liet hij bij de begrotingsbehandeling voor 1918 weten.⁴ De prijsverhogingen en duurtetoeslagen voor het personeel moesten toch ergens vandaan komen. Een voor de hand liggende oplossing was zelf dan ook maar duurtetoeslagen te gaan vragen boven op de verpleegtarieven.

Niettemin was het regelen van duurtetoeslagen bij de provincies niet altijd even eenvoudig. Het gedoe waarmee de VCV te maken kreeg, is wat dat betreft illustratief. In het najaar van 1915 schreef ir. Joh. Krap, de penningmeester van de VCV, brieven aan de Provinciale Staten van Friesland, Groningen, Noord- en Zuid-Holland en Utrecht, met een verzoek om voor de duur van de oorlog f40,- per patiënt per jaar extra te mogen berekenen. Aan Gelderland vroeg hij daarenboven toestemming om de verpleegelden van f325,- naar f350,- te kunnen verhogen. Medio december kon Krap het bestuur verheugd meedelen dat Zuid-Holland en Groningen hoogstwaarschijnlijk zouden meewerken en dat in dat geval Utrecht ook zou meedoen. Ook veel particulieren hadden intussen - vrijwillig - de duurtetoeslag betaald. Zij hadden van de gelegenheid gebruik gemaakt

¹ De discussie over het nut van een centraal inkoopbureau is te volgen in *Het Ziekenhuis*: Pimentel 1915, Lutomirski 1915, Horst 1915. Het onderwerp leefde ook bij de gestichten, twee van de drie auteurs waren verbonden aan gestichten.

² Dit blijkt uit de stelselmatige bestudering van *Het Ziekenhuis* en *Administratie en economie in de ziekenhuizen*.

³ Zie o.a. HDCNP 501 inv. nr. 15-6, Notulen Centraal Bestuur VCV, 25 mei en 20 juli 1917 en 26 april 1918.

⁴ Archief Museum Wolfheze, Notulenboek Stichtingsbestuur 2, 2 november 1917.

‘treffende woorden van waardeering’ te uiten over ‘de liefderijke en uitstekende wijze van verpleging in onze gestichten’. Zelfs ‘van ongeloofige zijde’ waren opstekers in die trant binnengekomen. De provincies Noord-Holland en Friesland hadden echter nog niets laten weten. Gelderland wilde niet meewerken aan de verhoging van het verpleegtariaf en wat betreft de duurtetoelag eiste de provincie een met jaar- en begrotingscijfers onderbouwde toelichting. Dat zou wel eens lang kunnen gaan duren, want deze gegevens zouden waarschijnlijk niet voor de zomerzitting (van 1916) van de Provinciale Staten gereed zijn.¹

Rond de jaarwisseling konden de gestichten van de VCV op de volgende duurtetoelagen rekenen:

Tabel III-3

Van diverse provincies ontvangen en toegezegde duurtetoelagen VCV in guldens (1914-1916)

voor 1914-1915 ontvangen	
Veldwijk	7.000
Bloemendaal	800
Dennenoord	1.000
Wolfheze	600
Valeriuskliniek	785
totaal	10.185
voor 1916 beloofd	
Veldwijk	13.450
Bloemendaal	11.500
Dennenoord	10.450
Wolfheze	3.000
Valeriuskliniek	2.800
totaal	41.200

Bron: HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, 28 januari 1916

Een paar maanden gebeurde er niets, tot eind april 1916 de provincie Gelderland liet weten de verhoogde verpleegtariafien te willen betalen in ruil voor tweehonderd extra contractplaatsen. De VCV reageerde afwijzend: eerst moest maar eens zwart op wit komen dat de provincie toestemde in de verhoogde tarieven en de duurtetoelag, daarna zou men wel eens gaan nadenken over meer contractplaatsen. Bovendien, mocht het komen tot een uitbreiding van het contract, dan zou de provincie een lening moeten verstrekken voor het geld dat nodig was om aanpassingen te doen. De VCV zou wel zo snel mogelijk de destijds gevraagde exploitatiegegevens leveren.

¹ Het hierna volgende is gebaseerd op: HDCNP 501 inv. nr. 15-5, Notulen Centraal Bestuur VCV, 18 november en 16 december 1915, 28 januari, 28 april, 23 juni, 24 november en 1 december 1916.

Ondertussen werd met Zuid-Holland een nieuw contract geregeld, Friesland kwam nu ook over de brug en aan de particuliere patiënten die nog niet vrijwillig de duurtetoeslag hadden betaald, werd het betalen van de toeslag verplicht gesteld. Dit omdat de duurtetoeslag ook voor ‘nieuwe’ patiënten verplicht was en er anders ongelijkheid zou ontstaan. Bovendien waren er door de inflatie nog grotere tekorten te verwachten en was het extra geld dus hard nodig.

Het was ondertussen november 1916 geworden en nog altijd wilde Gelderland geen verhoging van de verpleegtarieven toestaan. De provincie had de onderhandeling omgedraaid: eerst moest er een toezegging komen van de VCV voor uitbreiding van het aantal contractplaatsen. Een van de bestuursleden van de VCV stelde voor een commissie te benoemen die over de zaak met gedeputeerden zou gaan praten. Dat was een goed idee, vonden de anderen, maar niet meteen. Intussen was er namelijk een uitnodiging binnengekomen van het St. Elisabeth Gasthuis te Deventer. Alle gestichtbesturen zouden met elkaar overleggen over de mogelijkheid te komen tot ‘een meer uniforme berekening van het verpleeggeld’, opdat met meer succes kon worden opgetreden tegenover weigerachtige provinciebesturen, zoals dat van Gelderland. Het was raadzaam eerst de uitkomsten van dat overleg af te wachten, want wie weet zou er eindelijk een einde komen aan het eeuwige gesteggel met de provincie.

Voor het eerst met elkaar in overleg

Op 14 december 1916 was het zover. Uit heel Nederland kwamen gestichtbestuurders bij elkaar om gezamenlijk ‘het vraagstuk der verpleegkostenberekening’ te ontrafelen.¹

‘Hoe komt het toch dat ten aanzien der verpleegkosten in de verschillende gestichten zulke uiteenlopende beoordeelingen bestaan?’ vroegen de aanwezigen zich af. En:

verdient het geen aanbeveling, zoowel voor ons zelve, als voor de belanghebbenden bij de verpleging in inrichtingen eens na te gaan of inderdaad de verpleegkosten in de verschillende inrichtingen wel zóó ver uiteenloopen als door velen wordt beweerd?²

Iemand opperde het idee te komen tot een ‘normaal-verpleeggeld’ (ofte wel: eenheidstarief). In elk geval moest er meer eenheid komen in de manier waarop de verpleegtarieven berekend werden. Gestichten die opereerden onder vergelijkbare omstandigheden, zouden tenminste enigszins

¹ De meeste gestichten - de katholieke uitgezonderd - namen deel aan het overleg.

² v. B. 1918, 24.

vergelijkbare tarieven moeten kunnen berekenen.¹ Over de vraag hoe dat tarief dan zou moeten worden vastgesteld, werd men het niet eens. Wel was het voor het eerst goed duidelijk dat er verschil moest worden gemaakt tussen het betaalde verpleegt*tarief* en de werkelijk gemaakte verpleeg*kosten*.

Het hoe en waarom van dat verschil was buiten beschouwing gebleven, maar iedereen begreep dat voordat de *tarieven* ter discussie konden worden gesteld, eerst duidelijk moest zijn hoe de *kosten* waren opgebouwd.² De vergadering riep uiteindelijk een commissie in het leven die de verpleegkosten per instelling in kaart zou gaan brengen.

De ‘commissie van onderzoek inzake de verplegingskosten van armlastige krankzinnigen’ stuurde vervolgens alle gestichten, met uitzondering van de katholieke, een vragenlijst toe, waarin men onder andere de jaarrekeningen van 1913 en 1916 moest invullen.

De katholieke gestichten hadden laten weten dat ze ‘geen termen’ konden vinden om aan het overleg deel te nemen. Helemaal onbegrijpelijk is dat niet. Over de houding van katholieke instellingen als het ging om geld, hebben wij in hoofdstuk I en II al iets opgemerkt. Maar er zijn meer redenen te bedenken. De meeste besturen van katholieke gestichten hadden, zoals bekend, behalve een of meer krankzinnigengesticht(en) nog andere liefdewerken onder hun (financieel) beheer. De noodzaak om over dit ene onderdeel met collega-bestuurders in overleg te treden, leek daarom niet zo groot. Daarbij komt dat de katholieke instellingen in het zuiden van het land grote contracten gesloten hadden met de provincies Noord-Brabant en Limburg. Deze contracten omvatten geen meerjarige bepalingen omtrent de verpleegprijzen, maar werden jaarlijks aangepast. Ten slotte hadden de katholieke instellingen ook al geen overleg met elkaar, laat staan met de instellingen van een andere signatuur.³ De katholieken onthielden zich van deelname aan het onderzoek, en van deelname aan het vervolgoverleg.

De onderzoekscommissie nam wel contact op met de provinciebesturen, in de hoop ook van deze zijde medewerking te krijgen.⁴ Behalve het bestuur van het St. Joris Gasthuis te Delft, stuurden uiteindelijk alle aange-

¹ Van Lennep et al. s.a. [1918], 1, Cox 1918, 1819. Zie ook: GA 0039 inv. nr. 7755, afschrift Nota betreffende den kostprijs der verpleging van armlastige krankzinnigen (ongepubliceerd onderzoeksrapport z.p. z.d.)

² v. B. 1918, 24.

³ Pas in 1928 werd het eerste katholieke overlegorgaan voor krankzinnigengestichten in het leven geroepen, de Vereeniging voor Rooms-Katholieke Gestichten en Inrichtingen voor Krankzinnigen en Zwakzinnigen.

⁴ GA 0039, inv. nr. 7755, gedrukte brief Commissie van onderzoek inzake de verplegingskosten van armlastige krankzinnigen aan de Colleges van Gedeputeerde Staten der verschillende provinciën, 29 januari 1917.

schreven besturen een ingevulde vragenlijst terug.¹ Dit was iets heel bijzonders, want - zoals eerder opgemerkt - jaarrekeningen waren in die tijd, in de woorden van de eerder aangehaalde Jacobi van Duin en Bosch, met ‘grootte geheimzinnigheid’ omgeven.² Jaarverslagen gaven zelden uitvoerige informatie over de financiële kant van de bedrijfsvoering - de gestichten van rijk, provincie en gemeente, en de gestichten van de VCV uitgezonderd. Zelfs het Staatstoezicht verzamelde alleen cijfers over omvang en aard van patiëntenpopulatie, medewerkersbestand, huisvesting en aspecten van de zorg en behandeling, maar niet over kosten.³

§ 3. De Kostende prijs en het modelcontract

Het rapport was in juni 1918 klaar en werd op 18 juni in het Utrechtse restaurant Noord-Brabant gepresenteerd.⁴ Op basis van de aangeleverde informatie hadden de rapporteurs over de betreffende jaren 1913 en 1916 per gesticht de kosten per verpleegdag vastgesteld en ook een overzicht gemaakt van de afzonderlijke hoofdstukken die tot die kosten leidden.

De vaste verpleegtarieven moeten van tafel

Een in het oog springend feit dat de rapporteurs boven water haalden, was het grote verschil in gemaakte kosten van het provinciale gesticht Duin en Bosch met de andere gestichten. Duin en Bosch, een van de Noord-Hollandse Provinciale Ziekenhuizen, was verreweg het duurste gesticht en dit werd veroorzaakt door de posten ‘salarissen’, ‘onderhoud’, ‘brandstoffen’, ‘voeding’ en ‘huur’ (oftewel: ‘huisvesting’). Het waren volgens de onderzoekscommissie dan ook precies die posten, die de grootste invloed op de verpleegkosten uitoefenden.⁵

De onderzoekscommissie concludeerde verder dat de tarieven per gesticht enorm uiteenliepen. De manier waarop ze werden berekend gaf evenmin veel eenheid te zien. Daar waren drie oorzaken voor. Ten eerste hadden de provincies waarmee de prijsafspraken gemaakt werden, geen idee van de werkelijke verpleegkosten (hoe kon het ook anders: openheid van zaken was ongebruikelijk). Ten tweede verschilden de omstandigheden per gesticht (regionale verschillen waren in die tijd heel groot). Ten derde wer-

¹ Van Lennep et al. s.a. [1918], 3.

² Jacobi 1913, 292.

³ De zogenaamde ‘blauwboeken’ waarop het Staatstoezicht haar verslagen baseerde, bevatten veelal dezelfde informatie als die jaarverslagen: wel gegevens over patiëntenstromen, behandelingen en personeelsomvang, maar geen gegevens over de prijskaartjes die daaraan hingen. (NA 2.15.40, inv. nr. [2440-2868], Blauwboeken Endegeest, Meerenberg, Santpoort, Voorburg, Wolfheze.)

⁴ GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift brief Commissie van onderzoek inzake de verplegingskosten van armlastige krankzinnigen aan het College van Gedeputeerde Staten Gelderland, 11 juni 1918, Cox 1918, 1818.

⁵ Van Lennep et al. s.a. [1918], 10.

den er verschillende boekhoudmethoden gehanteerd (hier komen wij nog op terug). Overigens vond de commissie het echt ‘fout’ dat de verpleegprijzen contractueel voor lange tijd vastlagen.¹

De commissie vond dat de verpleegtarieven voortaan berekend moesten worden op grond van de jaarrekeningen. De tarieven moesten dus geen onderdeel meer uitmaken van de (soms zeer langdurige) verpleegcontracten van de provincies met de gestichten. Dat betekende dat de boekhoudingen van de gestichten voortaan openbaar, inzichtelijk en onderling vergelijkbaar moesten zijn.²

De commissie adviseerde ten slotte om de handen ineen te slaan. Er moest een vereniging van krankzinnigeninrichtingen komen, die niet alleen de invoering van een eenvormige boekhouding bij alle leden ging bepleiten, maar ook de belangen van de gestichten ging behartigen.³

Uit de lijst van conclusies die de rapporteurs hadden getrokken, was er één boodschap die door de betrokkenen meteen heel goed werd begrepen: de vaste tarieven moesten van tafel. Dat was precies wat de gestichtbestuurders wilden horen. In de periode van anderhalf jaar waarin de onderzoekscommissie bezig was geweest, was de financiële situatie in de gestichten nog verder verslechterd. In 1917 had de inflatie ongekende vormen aangenomen; de prijzen waren in één jaar tijd gemiddeld bijna 20 procent gestegen. Voedsel en brandstoffen waren op de bon. Brandstoffen waren helemaal onbetaalbaar geworden. De verpleegtarieven moesten omhoog, en wel zo snel mogelijk!

De Vereeniging van Krankzinnigeninrichtingen in Nederland

Met de feiten van het rapport in de hand klom Krap van de VCV direct in de pen: alle provincies waarmee de VCV contracten had, kregen een brief. Krap liet weten dat door de spectaculaire kostenstijgingen halverwege 1918 het geld dat voor brandstof was geormerkt, al op was. Er was geen geld meer ‘om de patiënten tegen de koude van den aanstaanden winter te kunnen beschermen!’ De vereniging had zich al die jaren veel moeite getroost om de kostprijs zo laag mogelijk te houden; nu moesten de provincies maar eens over de brug komen. Zij hadden immers de plicht ‘niet alleen de oprichting, maar ook de instandhouding van gestichten’ te bevorderen. Dat kon alleen ‘door betaling van den kostenden prijs van verpleging, blijkende uit de jaarlijksche exploitatierekeningen’.⁴ Krap benaderde ook nog enkele bevriende Statenleden om een goed woordje voor de

¹ Van Lennep et al. s.a. [1918], 14.

² Van Lennep et al. s.a. [1918], 18.

³ Van Lennep et al. s.a. [1918], 19.

⁴ GA 0039, inv. nr. 7755, gedrukte brief van de Vereeniging tot Christelijke Verzorging van Krankzinnigen in Nederland aan de Leden der Provinciale Staten, 24 juni 1918.

vereniging te doen. Aan de Statenleden van Gelderland, waarmee de VCV het grootste contract (en de meeste bonje) had, stuurde hij een overzicht van de tekorten die tussen 1908 en 1917 waren ontstaan door de te lage verpleegtarieven. En hij overlegde met de bestuurders van Zutphen (Oude en Nieuwe Gasthuis, buitengesticht Het Groot Graffel), die ook met Gelderland te maken hadden, om zoveel mogelijk tot één handelswijze met de provincie te komen.¹

Maar het was allang duidelijk dat gezamenlijk overleg met *alle* gestichten nog meer kans van slagen zou hebben en op 23 oktober 1918 werd de Vereniging van Krankzinnigengestichten in Nederland (VKIN) in het leven geroepen. Met uitzondering van opnieuw de katholieken, sloten de meeste gestichten zich erbij aan. Het was een gebeurtenis met verstrekkende, maar destijds niet voorziene, gevolgen: de landelijke overlegstructuur en de bijbehorende communicatiekanalen die eruit voortvloeiden, vervullen nog altijd een belangrijke rol in de beleidsvorming van de geestelijke gezondheidszorg.²

Bestuurders en financiële experts droegen de VKIN; psychiaters en andere gestichtgeneesheren kwamen niet in het bestuur. Pogingen ook de geneeskundige belangen in de doelstelling op te nemen, waren op de onderhandelingstafel gesneuveld. Het doel van de VKIN was dan ook uitdrukkelijk de ‘stoffelijke belangen’ van de gestichten te behartigen.³

Deze optiek was nieuw en leidde bij de VCV tot een bestuurlijk conflict. Penningmeester Krap was betrokken bij de oprichting van de VKIN. Juist het feit dat de VKIN zich niet met zorginhoudelijke kwesties zou bezighouden, sprak hem aan. Wel vond hij het cruciaal dat de vrijheid van handelen van de deelnemende organisaties werd gewaarborgd. Dit was vanwege de christelijke beginselen van de VCV: inmenging in de zorgpraktijk vanuit andere beginselen dan de ‘ware’ was in gereformeerde ogen ondenkbaar. Een artikel met die strekking werd op zijn verzoek in de statuten opgenomen. Voorzitter Lucas Lindeboom van de VCV was echter faliekant tegen deelname. Hij was bang dat de VCV dezelfde kant opging als de christelijke verplegers die, met het oog op verbetering van hun arbeidspositie, een ‘Vakvereniging voor stoffelijke belangen’ in het leven hadden geroepen. De VKIN dreigde ‘een niet ongevaarlijke macht’ te worden en als Krap daar per se bij betrokken wilde blijven, dan moest dat

¹ HDCNP 501 inv. nr. 15-6, Notulen Centraal Bestuur VCV, 28 juni 1918.

² De Vereniging van Krankzinnigengestichten in Nederland bestaat nog steeds. Er vonden diverse fusies en naamsveranderingen plaats. Sinds 1997 heet de organisatie - na een fusie met de Nationale Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) - GGZ-Nederland. De *Kostende prijs* wordt onder de naam *Financiële Statistiek* nog altijd jaarlijks bijgehouden door GGZ-Nederland en Prismant.

³ N.n. 1918, 1772-1774.

maar op persoonlijke titel. Lindeboom streed echter een verloren strijd. Het Algemeen Bestuur schaarde zich uiteindelijk achter de penningmeester en de VCV sloot zich bij de VKIN aan.¹

De belangrijkste taak waarmee de VKIN zich aanvankelijk bezighield was de jaarlijkse bundeling van de exploitatiegegevens van de aangesloten gestichten in de *Kostende prijs der verpleging*. Ook kwam er een boekje uit onder de titel *Salarisregelingen van het verplegend personeel*.² Daarnaast ging de VKIN zich namens de leden bemoeien met de contractafspraken die de provincies met de gestichten maakten. De provincies waren inmiddels ook overtuigd dat de vaste prijsafspraken moesten verdwijnen. Zij kregen - zo meende de VKIN - met de *Kostende prijs* voldoende informatie in handen om tot onderhandelen te kunnen overgaan.³

Het modelcontract

De provincie Gelderland trad het eerst in overleg met de VKIN: op 24 januari 1919 werd besproken in hoeverre het mogelijk was te komen tot 'een éénheidsprijs voor de verpleging van armlastige krankzinnigen'.⁴ Dit leverde kennelijk niets op, want in april belegde de provincie een interprovinciaal overleg in Arnhem. Alle provincies op Noord-Brabant en Limburg na, namen eraan deel. Tijdens de bijeenkomst werd een speciale contactdelegatie benoemd.⁵ De VKIN stelde intussen een concept op voor een modelcontract, dat op 30 oktober 1920 aan de delegatie namens de provincies werd voorgelegd.

Gemakkelijk zullen de onderhandelingen niet geweest zijn. De provinciale overheden hadden behoefte aan controle en met name de provincies Overijssel en Zuid-Holland waren bang te veel aan de gestichten te zijn overgeleverd.⁶ Penningmeester Krap van de VCV was nauw betrokken bij de totstandkoming. Volgens hem speelde ook de inflatie de onderhandelaars parten. Krap:

¹ HDCNP 501 inv. nr. 15-6, Notulen Centraal Bestuur VCV, 25 september, 25 oktober en 10 december 1918.

² VKIN s.a. [1918]. Hoe frequent en hoe lang deze publicatiereeks is uitgekomen, is ons niet bekend.

³ GA 0039, inv. nr. 7755, Memorie van toelichting, behorende bij het adres der Vereniging van Krankzinnigengestichten in Nederland, in zake herziening van den contractueelen verplegingsprijs van armlastige krankzinnigen, z.d.

⁴ GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift Nota betreffende den kostprijs der verpleging van armlastige krankzinnigen. (N.b. de auteur van deze nota is niet bekend.)

⁵ GA 0039, inv. nr. 7755, kladbrief van Gedeputeerde Staten van Gelderland aan Gedeputeerde Staten van Friesland, Groningen, Drente, Overijssel, Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland en Zeeland, 30 april 1919. Zie ook: Van Dijk en Doorninck 1921, 136.

⁶ Van Dijk en Doorninck 1921, 136. Deze bedenking werd volgens de schrijvers van het verslag 'overigens geenszins weersproken'.

Wanneer eindelijk een nieuw contract gesloten is, waarbij men den kostenden prijs bedongen heeft, dan hoort men al spoedig dat nadeelige saldi niet meer kunnen voor komen, omdat de kostende prijs betaald wordt, doch men vergeet bij die redeneering, dat ook bij verdere stijging der prijzen en loonen de verouderde kostprijs niet voldoende is en dat in die gevallen betaald moet worden de kostprijs op het oogenblik der verpleging om nadeelige saldi te voorkomen.¹

Hoewel de interprovinciale delegatie en het verenigingsbestuur het in grote lijnen met elkaar eens leken te zijn, duurde het ruim anderhalf jaar voordat het definitieve modelcontract tijdens een interprovinciaal overleg in Utrecht kon worden vastgesteld.² Het was een ‘moeizaam verkregen overeenstemming’, aldus de VKIN. Men hoopte van harte dat alle provincies eraan zouden meewerken, zodat al het werk niet voor niets was geweest.³ De belangrijkste bepaling van het modelcontract was uiteraard dat de verpleegtarieven niet langer *decennia van tevoren* werden vastgesteld, maar *achteraf*, op grond van de exploitatiecijfers van het afgelopen jaar. Een bepaling die daar nauw mee samenhang, luidde dat de gestichten voortaan volkomen openheid van financiële zaken moesten geven.⁴ Het contract werd door de meeste provincies, met uitzondering opnieuw van Noord-Brabant en Limburg, min of meer in gebruik genomen. Noord-Brabant en Limburg hadden evenmin aan het interprovinciaal overleg deelgenomen. De beide provincies hadden alleen contracten met katholieke gestichten en deze waren, zoals bekend, niet vertegenwoordigd in de VKIN. Bovendien bevatten hun contracten geen vaste prijsafspraken.⁵ Voor Noord-Brabant gold dat ieder jaar het verpleegtarief werd vastgesteld op basis van de - met behulp van de moderne commerciële boekhoudmethode (zie hieronder) vastgestelde - kostprijs. Deze praktijk werd in 1924 geformaliseerd.⁶ En het lijkt erop dat Limburg de tarieven (met de katholieke gestichten St. Servatius en St. Anna te Venray en met Calvariënberg te Maastricht) min of meer met de natte vinger vaststelde. Uit een onderzoek in 1919 bleek in elk geval dat het betaalde tarief voor St. Anna (ƒ350,-) onder andere door een verkeerde afschrijvingspolitiek en

¹ VCV s.a. [1921], 178-179.

² NHA 18, inv. nr. 6362, Ontwerp, zoals het is vastgesteld naar aanleiding van de op 30 October 1920 te Utrecht gehouden bespreking van de vertegenwoordigers der Provinciale Besturen.

³ Van Dijk en Doorninck 1921, 136.

⁴ NHA 18, inv. nr. 6362. Ontwerp bepalingen betreffende den verpleegprijs der patiënten, op te nemen in de door Krankzinnigengestichten met Provinciale Besturen te sluiten contracten, 15 mei 1920.

⁵ GA 0039, inv. nr. 7755, brief van Gedeputeerde Staten van Limburg aan Gedeputeerde Staten van Gelderland, 21 maart 1919, brief van Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant aan Gedeputeerde Staten van Gelderland, 26 maart 1919.

⁶ N.n. 1923-1924, 32.

het te laag berekenen van rente véél te laag was.¹ In het Limburgse contract met St. Anna werd in 1925 alsnog de kostprijs opgenomen als uitgangspunt. Hierbij werd nadrukkelijk aansluiting gezocht met de andere provincie waarmee St. Anna afspraken had: te weten Gelderland.²

Concrete afspraken

Zo werd als nasleep van de Eerste Wereldoorlog een nieuwe financieringsvorm in de krankzinnigenverpleging geïntroduceerd. In plaats van het soms voor decennia vastliggende vaste tarief, was er nu sprake van een soort openeindfinanciering, waarbij nog wel vooraf en achteraf gesteggeld kon worden of bepaalde kosten wel of niet in de verpleegtarieven verrekend mochten worden. Het maken van concrete prijsafspraken bleek geen sinecure. In het jaarverslag van de VCV van 1921 lezen we:

Het contract waaromtrent overeenstemming was verkregen in de vergadering van vertegenwoordigers van onderscheiden Provinciale Besturen gehouden 30 October te Utrecht, gaf bij de eerste toepassing reeds aanleiding tot een geschil, dat nog niet is opgelost.³

En een jaar later:

Voor een contract schijnt het moeilijk te zijn eene redactie te vinden, die voor verschillende Colleges van Gedeputeerde Staten duidelijk is en bevredigend bevonden wordt. Dit is voor onze Vereeniging een moeilijk vraagstuk, want wij hebben contracten gesloten met z e v e n Provinciale Besturen, wier meeningen uit elkaar loopen.⁴

Ten eerste kostte het moeite om het broodnodige onderlinge vertrouwen te wekken. De provincies wilden de zaak zoveel mogelijk in eigen hand houden, omdat zij bang waren voor prijsopdrijving. De VKIN vond dit onzin, de gestichten waren tenslotte nog altijd concurrenten van elkaar. Maar dat vertrouwden de provincies weer niet; de gestichten zaten immers altijd helemaal vol en hadden dus geen reden om de concurrentie met elkaar aan te gaan, was de gedachte.⁵

¹ Viester s.a. [1958], 82.

² Viester s.a. [1958], 84.

³ VCV s.a. [1922], 192.

⁴ VCV s.a. [1923], 199.

⁵ GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift Nota betreffende den kostprijs der verpleging van armlastige krankzinnigen (N.b. de auteur van deze nota is niet bekend.)

Ten tweede speelde de vraag, op welke gegevens de nieuwe tarieven gebaseerd moesten worden: moest er wel of geen rekening gehouden worden met exploitatieoverschotten of -tekorten. De VKIN vond van niet, omdat daarmee een ‘zuivere berekening van den kostprijs’ niet mogelijk was. De provincies vonden van wel, omdat de gestichten anders hun overschotten konden aanwenden om het jaar erop de verpleging op ‘ruimer voet’ te organiseren en vervolgens de tarieven te verhogen. Dat strookte niet met de nagestreefde gezondmaking van de kostprijsberekening. De gestichten zouden de zuinigheid uit het oog verliezen en de rekening daarvoor zou op de borden van de gemeenten en provincies belanden. De overschotten moesten juist worden gebruikt om de tarieven naar beneden te krijgen.¹ De derde kwestie waarover discussie ontstond, was de vraag of ‘kleding’ moest worden opgenomen in de kostprijsberekening. Deze kwestie was ook al aan de orde gesteld door de onderzoekscommissie waar het allemaal mee was begonnen. Volgens de VKIN hing dit vraagstuk samen met de vraag ‘wat onder “verpleging” in den zin van het contract’ moest worden verstaan. De besturen van gestichten waar gestichtkleding werd gedragen, vonden dat ‘kleding’ onderdeel uitmaakte van de behoeften van de verpleegden en dus ook onder de verpleegprijs moest worden begrepen. Maar als de kosten voor kleding verdisconteerd zouden worden in het verpleegtarif, zouden de patiënten met eigen kleding daarvoor dubbel betalen.² De VCV vond het bezwaarlijk om door derden te laten bepalen in hoeverre gestichtkleding opgenomen moest worden in de kostprijs. Dit zou leiden tot ongewenste inmenging in de bedrijfsvoering. Buitenstaanders zouden immers vanwege de kosten ‘wel eens kunnen bepalen, dat armlastige patiënten steeds eenvormige gestichtskleding moeten dragen’. De VCV was daar helemaal niet voor, want

patiënten zijn geen gevangenen en een 40-jarige ervaring heeft ons geleerd, dat er vele armlastige patiënten zijn, die prijs stellen op het dragen van kleding, zooals zij dat in de maatschappij gewoon waren. Hierbij stellen wij prijs op soevereiniteit in eigen kring.³

Deze kwesties bleven de gemoederen enige tijd bezighouden. De provincies Friesland en Gelderland stelden voor in verband hiermee een inter-

¹ GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift brief Gedeputeerde Staten van Zeeland aan de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland, 13 april 1922 en afschrift brief Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland aan de Colleges van Gedeputeerde Staten der verschillende provinciën, 21 maart 1922.

² GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift brief Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland aan de Colleges van Gedeputeerde Staten der verschillende provinciën, 21 maart 1922.

³ VCV [1923], 207.

provinciale commissie in te stellen die de jaarlijkse onderhandelingen over de verpleegtarieven zou gaan voeren, aangezien alle provincies toch met dezelfde gestichten te maken hadden. Maar de andere provincies vonden dat de VKIN zelf maar moest zorgen voor meer eenheid in de kostprijsberekening. De VKIN was toch al van plan daarvoor een accountant aan te trekken, die ook de invoering van een uniforme boekhouding in de gestichten zou gaan bevorderen.¹

De verpleegtarieven moesten dus voortaan gebaseerd zijn op de kostprijs, blijkende uit de jaarcijfers van de gestichten. In de *Kostende prijs* waren deze cijfers van alle bij de VKIN aangesloten gestichten bijeengebracht. De reeks kreeg twee functies: als instrument voor de gestichten ten behoeve van de onderlinge prijsvergelijking en als onderhandelingsinstrument ten behoeve van de provincies. Met de *Kostende prijs* in de hand hadden de provincies in theorie de mogelijkheid om de patiënten naar goedkopere gestichten te laten sturen, of om de gestichten te dwingen een lager verpleegtarief te rekenen.² Maar wat gebeurde er in de praktijk?

§ 4. De strijd tegen appels en peren

‘Al de cijfers van de Vereeniging zijn altijd gebruikt, om het goedkope beheer van de particuliere gestichten aan te toonen en die dure Overheid te beschimpen’, mopperde A.W. Michels, bestuursvoorzitter van de Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland begin jaren twintig.³

Na enkele jaren de top te hebben bezet van duurste gestichten in Nederland en daarop telkens te zijn aangevallen, had Michels er genoeg van. Vol donquichotterie zette hij zich aan een cijferanalyse, ofschoon hij zelf al wist: ‘goed vergelijkbaar zijn de cijfers niet’. De uitkomst was voorspelbaar: een paar kolommen gegoochel met getallen en daar kwam Michels met de conclusie dat ‘het beheer in engeren zin in de Overheidsinstellingen goedkooper’ was dan in de particuliere gestichten.⁴ Smalende reacties konden niet uitblijven. Michels rekenwerk klopte niet en hij misbruikte de cijfers. Schoenmaker, hou je bij je leest, was de boodschap.

De schrijvers van het *Rapport inzake de verplegingskosten*, dat aan de basis had gestaan van de *Kostende prijs*, hadden het al gezegd: de gesticht-

¹ GA 0039, inv. nr. 7755, afschrift brief Gedeputeerde Staten van Friesland aan Gedeputeerde Staten van Gelderland, 24 februari 1921 en 17 juni 1921, afschrift brief Gedeputeerde Staten van Gelderland aan Gedeputeerde Staten van Friesland, 8 maart 1921, afschrift brief Bestuur van de Vereeniging van Krankzinnigengestichten in Nederland aan het Provinciaal Bestuur van Gelderland, 30 mei 1921.

² De Wit suggereert dat ‘handige provinciebesturen’ met behulp van het modelcontract tot verpleegprijsreductie konden dwingen. Hij noemt de *Kostende prijs* niet en het voorbeeld dat hij geeft is niet erg overtuigend. (De Wit 1991, 10.) Eigen onderzoek heeft niet uitgewezen of dit in de praktijk inderdaad veel gebeurde.

³ Michels 1924-1925b, 167.

⁴ Michels 1924-1925a, 119-120.

boekhoudingen moesten waarheidsgetrouw en onderling vergelijkbaar zijn. Daar was in de praktijk dus weinig van terechtgekomen. ‘Dit cijfermateriaal [kon] niet zonder verdere toelichtingen tegen elkander uitgemen [...] worden’, aldus de administrateur van één van de ziekenhuizen waarover Michels het bewind voerde, R. Verbeek van Psychiatrisch Ziekenhuis nabij Santpoort. Verbeek was zelf overigens één van Michels’ critici.¹

De *Kostende prijs* deugde dus niet voor het doel waarvoor de reeks in het leven geroepen was. De Nederlandse gestichten hanteerden allemaal verschillende boekhoudsystemen en richtten de bedrijfsrekeningen in naar eigen inzicht, toegepast op de plaatselijke situatie. In de *Kostende prijs* werden appels met peren vergeleken en dat werkte niet. Maar hoe moest het dan wel?

Boekhouden met feeling of verstand van zaken

Al in het begin van de twintigste eeuw werd de wenselijkheid van een uniform boekhoudsysteem in de gestichten besproken. In het vorige hoofdstuk hebben wij uiteengezet dat naast de reeds lang gehanteerde kasboekhouding de commerciële boekhouding in opkomst was en dat deze door enkele administrateurs in de wereld van de ziekenhuizen en gestichten werd bestudeerd en her en der zelfs toegepast, onder andere door de Stichting Godshuizen, waarmee de provincie Noord-Brabant zaken deed (zie hierboven).

De commerciële boekhouding was niet, zoals de kasboekhouding, alleen maar bedoeld om verantwoording af te leggen, maar ook om veranderingen in het kapitaal van de onderneming vast te stellen. De commerciële boekhouding begon met een inventarisatie en sloot na afloop van de boekperiode ook af met een inventarisatie. Het resultatenoverzicht (ook wel de ‘verlies- en winstrekening’), dat behalve de kosten en baten ook veranderingen in het kapitaal omvatte, bestond uit een exploitatierekening (de resultaten die alleen betrekking hadden op de exploitatie zelf) en de kapitaalrekening (de resultaten uit fondsenbeheer, verhuur van landerijen enzovoort).²

Dat nieuwe boekhoudsysteem zou een goede basis kunnen zijn van een uniform systeem. Destijds realiseerde men zich al dat van de gestichtbesturen niet verwacht hoefde te worden dat zij op stel en sprong ingrijpende wijzigingen in hun administraties zouden (laten) doorvoeren.³ En inder-

¹ Verbeek 1923, 2. Dat Verbeek ook vond dat Michels ‘ondeugdelijke cijfers hanteerde’, werd beweerd door L. Hes, lid van de redactiecommissie van *Administratie en economie in de ziekenhuizen*, waarin Verbeek ook zitting had. (Hes 1925, 167.)

² Cleyndert 1924, 125.

³ Aldus een door de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen benoemde

daad: de weerstand om te gaan morrelen aan de administratie, bleek groot en persistent.

Het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort ging in de loop van 1919, mede op initiatief van eerder genoemde Verbeek, over op de commerciële boekhouding – vermoedelijk als eerste VKIN-gesticht. Het was een hele onderneming. De administratie werd gesplitst in een afdeling boekhouden (met Verbeek als adjunct-hoofd) en een afdeling financiën. Daarna moesten de inventarissen worden opgemaakt voor de ingaande balans. Dat kostte veel moeite, maar in december 1919 konden toch een balans en een winst- en verliesrekening worden opgesteld.¹

De VKIN zag intussen zelf ook in dat de *Kostende prijs* haar belofte niet waarmaakte. Na drie jaar gemodder schakelde ze enkele deskundigen in, die tot taak kregen de gepubliceerde jaarcijfers van de gestichten op één lijn te brengen.² De deskundigen kwamen slechts één keer bijeen en stelden op basis van enkele oude rapporten een *Leidraad* samen. Die *Leidraad* bood weinig meer dan een handleiding-met-voorbeelden bij het schuiven met enkele kostenposten. Een ‘**volkomen** vergelijkbaarheid van de cijfers’ was niet haalbaar vanwege ‘de verschillende toestanden op de gestichten’.³ Aan de vraag welk boekhoudsysteem moest worden geprefereerd, waagden de makers zich al helemaal niet en de discussie woeedde voort.

Het eerste concept van de *Leidraad* was nog niet eens klaar toen de eerder aangehaalde Verbeek, die inmiddels administrateur van Santpoort geworden was, de aanval inzette. Gestichtadministrateurs die bezwaar maakten tegen de commerciële boekhouding, waren ‘ouderwetsch’. Verbeek was echter realistisch genoeg om te beseffen dat het op dat moment onmogelijk was al zijn collega’s te verplichten hun boekhouding om te gooien. Konden ze dan niet op zijn minst een beter gespecificeerd rekeningensysteem invoeren? Het voorbeeld dat hij gaf van zo’n gespecificeerd rekeningensysteem, ging inderdaad veel verder dan wat er in de *Leidraad* zou komen; het was een eerste versie van wat hij later onder de naam ‘organische bedrijfsrekening’ zou verdedigen (zie hieronder).⁴ Verbeeks artikel leidde tot felle tegenreacties, onder andere van P. van der Kam, sinds

commissie, bestaande uit L. van Lier, J.C.Th. Scheffer en J. Ed. Stumpff, die onderzoek deed naar de ‘mogelijkheid tot het verkrijgen van overeenstemming in de financiële administratie der ziekenhuizen’, geciteerd bij Cleynert 1924, 124.

¹ Kam s.a. [1920] 97.

² Verbeek 1923, 2.

³ VKIN s.a. [1924a], 1-2. Vetgedrukt: origineel. Dat de deskundigen slechts één keer bijeenkwamen wordt bewezen door een van hen, L. Hes, in een artikel over de vergoeding van niet-bezette contractplaatsen, een onderwerp dat in de *Leidraad* tot zijn grote ergernis stiefmoederlijk was behandeld. (Hes 1928, 89.)

⁴ Verbeek 1923, 6.

1892 boekhouder van de VCV en de belangrijkste man achter de *Leidraad*.¹ Daarbij ging het er niet altijd even zachtzinnig aan toe. De huismeester van Wolfheze, E. Schipper, vond bijvoorbeeld van Verbeek dat deze bij gebrek aan argumenten zijn toevlucht nam in ‘een soort afmaaksysteem’. Waarop Verbeek weer even fel reageerde met de mededeling dat Schipper zich de zaak veel te persoonlijk aantrok.²

De *Leidraad* zou voorlopig de maat aangeven bij de samenstelling van de *Kostende Prijs*. Toch leek er beweging te komen: de VKIN besloot de in die tijd alom gerespecteerde accountant prof. Th. Limperg in te schakelen.³ Limperg kwam tot dezelfde conclusie als Verbeek: het was de hoogste tijd voor een uniform boekhoudsysteem en een uniforme inrichting van de bedrijfsrekening. Ook Limperg was een voorstander van de commerciële boekhouding en de organische bedrijfsrekening. Limperg vertelde hoe in veel instellingen op dat moment werd gewerkt: ‘een boekhouding, bij de samenstelling waarvan de weg van den geringsten tegenstand wordt gevolgd en die in genen deele beantwoordt aan de elementaire eischen van bedrijfseconomisch beheer in dezen tijd...’⁴ Hij pleitte voor een meer wetenschappelijk onderbouwde boekhouding in plaats van zo’n boekhouding met *feeling*, want, zo schreef hij, een boekhouding die niet dienstbaar is aan bedrijfseconomische belangen is waardeloos. De woorden van Limperg waren aan dovemansoren gericht; het rapport belandde in de la.

Categorische indeling of organische indeling

Verbeek vervolgde ondertussen zijn kruistocht. In 1926 hield hij een lezing over het onderwerp, waarin hij zich niet alleen tegen de kasboekhouding keerde, maar ook voor het eerst systematisch afrekende met de ‘categorische’ kostprijberekening, waarbij de bedrijfsrekening ‘op den klank af’ was ingedeeld.⁵ Hij plaatste daar de ‘organische’ kostprijberekening tegenover, waarbij de bedrijfsrekening de spiegel vormde van de organisatie.

Bij de categorische bedrijfsrekening waren de kostenposten met de natte vinger ingedeeld. De lonen en salarissen van de medewerkers van alle

¹ P. van der Kam had als leraar boekhouden al eens eerder over de gestichtboekhouding gepubliceerd (VKIN s.a. [1924a], 2) en liet zich in zijn reactie op Verbeeks artikel kennen als een notoire tegenstander van de commerciële boekhouding (Van der Kam 1923, 1-6). Verbeek moet hem goed gekend hebben, hetgeen reden kan zijn voor zijn vooringenomen scepsis.

² Verbeek en Schipper 1923, 78.

³ VKIN s.a. [1924b], 2; Königs 1934, 4. De naam van Limperg is verbonden aan tal van ontwikkelingen op het terrein van de professionalisering van de accountancy in Nederland. (Ten Have 1973, De Vries 1985.)

⁴ Geciteerd bij: Königs 1934, 4. Helaas is het rapport-Limperg zelf niet boven water gekomen.

⁵ Verbeek 1926b, 213. De lezing vond plaats op 29 juni 1926, tijdens de Tentoonstelling op het gebied der Openbare en Particuliere Bedrijfsadministratie in het Amsterdamse Stedelijk Museum.

diensten waren op één hoop gegooid. De emolumenten (secundaire arbeidsvoorwaarden) waren over verschillende andere posten (bijvoorbeeld voeding en huur) uitgesmeerd. Hierdoor was het onmogelijk om oorzaken aan te wijzen van een negatief of positief exploitatieresultaat. De financiële gevolgen van verschuivingen in het personeelsbestand waren onzichtbaar. De vraag of alle kosten werden gedekt, kon alleen voor de hele instelling worden beantwoord. De vraag of bijvoorbeeld de wasserij kon concurreren met het bedrijfsleven, kwam niet eens aan de orde. Elke poging tot een bedrijfsanalyse was bij voorbaat gedoemd te mislukken.

Al deze problemen golden volgens Verbeek niet voor de organische bedrijfsrekening. De organische bedrijfsrekening, die ‘sinds tal van jaren in groote productiebedrijven’ haar diensten bewezen had, bood veel gedetailleerder inzicht in de bedrijfsvoering. Bij de organische bedrijfsrekening werden alle activiteiten in het gesticht in afdelingen gesplitst en elke afdeling werd beschouwd als een apart bedrijf met een eigen exploitatie, inclusief lonen en salarissen. Hiermee kwam tot uitdrukking dat het gesticht een soort ‘self-help’-gemeenschap was, met eigen wasserijen, landbouwbedrijven enzovoort. De personeelslasten werden dus niet op één hoop gegooid, maar uitgesplitst over de afdelingen.

Tabel III-4

Overzicht kostenposten in een krankzinnigengesticht bij een categorische of een organische indeling van de boekhouding

categorische indeling	<i>organische indeling</i>
administratiekosten	kosten der verpleging
salarissen en lonen	kosten der voeding
onderhoud gebouwen, terreinen, meubilair enz.	kosten der bewassing
ligging	kosten der ligging
bewassing	kosten der kleding
brandstoffen, verlichting en waterverbruik	kosten der verwarming
assurantiën en belastingen	kosten der verlichting
reiskosten en kosten van vergaderingen	kosten der waterleiding
voedingsmiddelen	kosten van onderhoud der gebouwen
geneeskundige dienst	kosten van huish. linnen en tafelgoed
geestelijke verzorging	kosten van kleine huish. behoeftigheden
ontspanning en onderwijs	kosten van administratie
pensioenen	geestelijke verzorging
uitgaven van verschillende aard	ontspanning en onderwijs
huur	algemene kosten

Bron: Verbeek 1926b, 214, 217.

Zoals te verwachten, kreeg Verbeek opnieuw fel weerwoord. De tegenstanders van de commerciële boekhouding en de organische bedrijfsreke-

ning waren vooral te vinden in de particuliere (confessionele) gestichten (met uitzondering van de rooms-katholieke), de voorstanders vond men vooral in de hoek van de overheidsgestichten. Beide groepen claimden dat hun systeem het zuinigste uitpakte. De tegenstanders vonden de organische methode te duur vanwege de papierwinkel die erbij te pas kwam. De voorstanders hamerden juist op de kostenbesparingen: inzicht in de financiën leidde tot beter beleid en het uitbannen van verspilling. Bovendien kwamen de bedrijfsresultaten meer overeen met de realiteit. Beide kampen haalden de zakenwereld erbij als spiegel om de argumenten kracht bij te zetten. De tegenstanders gebruikten de vergelijking vooral om aan te geven hoe het *niet* moest: een gesticht of een ziekenhuis was nu eenmaal iets heel anders dan een commercieel bedrijf. De voorstanders hanteerden de vergelijking juist om aan te geven hoe het *wel* moest: als het in de zakenwereld goed werkt, waarom zou het dan in een gesticht of een ziekenhuis niet werken? Het ging hen er alleen maar om een nieuw boekhoudsysteem in te voeren, niet om het gesticht te hervormen tot een commercieel bedrijf.

De Provinciale Ziekenhuizen waren intussen zelf in 1926 overgegaan op de organische bedrijfsrekening. De *Kostende prijs* moest het voortaan doen met alleen de gegevens over de totale kosten van deze instellingen; Verbeek weigerde nog langer gedetailleerde informatie te verstrekken. Hij vond het tijdverspilling om de cijfers om te rekenen naar het oude systeem.¹

De opmars van de 'boekhouders'

De discussie over de vraag welk boekhoudsysteem en welk rekeningensstelsel moest worden toegepast in de gestichten, past in een ontwikkeling die in het Nederlandse bedrijfsleven al eerder was ingezet: 'de opmars der boekhouders'.² In het 'kantoor' had zich eind negentiende eeuw een ware 'industriële revolutie' voorgedaan, met de invoering van onder andere de schrijfmachine, de telefoon en later de dictafoon. Tegelijk met de introductie van deze nieuwe snuffjes was het aantal beter opgeleide boekhouders toegenomen. Aanvankelijk ging het om jongelui die meteen na de lagere school op een kantoor aan het werk gingen, daar de kunst afkeken en in de avonduren het praktijkdiploma boekhouden behaalden. De boekhouding was sterk op de handel georiënteerd. Rond 1870 waren echter de eerste beroepsverenigingen opgekomen en er waren gespecialiseerde opleidingen gekomen, zoals de Nederlandsche Handels-Hogeschool.³ Het

¹ VKIN s.a. [1927].

² De Vries 1985, 29.

³ Nederland was hiermee ten opzichte van bijvoorbeeld Engeland vrij laat. Anders dan in Engeland, waar de ontwikkeling van de accountancy volgde op de Industriële Revolutie, liepen beide processen

ging allang niet meer om alleen maar boekhouden, maar de gehele administratie van het bedrijf werd in de kennisuitwisseling betrokken. In het bedrijfsleven hadden gaandeweg grote veranderingen plaatsgevonden, waaronder schaalvergroting, die ondenkbaar zouden zijn geweest zonder het denkwerk van de boekhouders en aanpassingen in de bedrijfsorganisatie. Enkele jaren later was het gedachtegoed van rationalisatie in het bedrijfsleven ingevoerd. Op geleide van de conjuncturele schommelingen was het streven naar efficiëntie gemeengoed geworden.¹

Deze ontwikkelingen waren niet onopgemerkt aan het gestichtwezen (en het ziekenhuiswezen) voorbijgegaan. Zoals eerder gemeld waren er al in het begin van de twintigste eeuw financiële deskundigen die zich verdiepten in nieuwe boekhoudmethoden. In 1922 werd de Vereniging van Administratieve (Economische) Hoofden van Ziekeninrichtingen in Nederland opgericht, waarin juist de gestichtadministrateurs een prominente plaats innamen. Het onderzoek dat had geleid tot de komst van de *Kosten-de prijs* en het modelcontract had daarbij stellig als een katalysator gewerkt.

Naar aanleiding van de oprichting van de vereniging en het tijdschrift dat zij ging uitgeven (*Administratie en economie in de ziekenhuizen*), werd het volgende opgetekend:

Tot nu toe tuinierde ieder op zijn eigen akker en geloofde *zijn* werk als het beste. Dit bleef daardoor een gesloten boek, ontoegankelijk voor den weetgrage op dit gebied, maar, en dit vergat men, van dit werk kon dan ook nimmer een verbeterde uitgave het licht zien. Men bleef in den zelfgebouwen of van anderen ‘overgenomen’ tredmolen staag rondlopen, totdat..... een plotseling gat de nadeelen toonde van een jarenlang werkende fout in het beheer...²

Het tijdschrift was expliciet bedoeld om ervaringen uit te wisselen, omdat er nauwelijks literatuur bestond, terwijl er - mede gezien de grote kostenstijgingen - wel behoefte aan was.³ Het kon gaan om heel praktische zaken, zoals het volgende voorbeeld uit 1922, ontleend aan de rubriek ‘Vragen en antwoorden’.⁴ De vraag luidde: Wie weet een regeling te treffen waardoor het breken van glas en aardewerk tot een minimum beperkt kan worden? Drie administrateurs en een tuchtschooldirectrice reageerden.

in Nederland min of meer parallel. De Vries 1985, 30-33. Zie ook Ten Have 1973, 97 en 104-108.

¹ De Vries 1985.

² Redactie 1922, 2.

³ Redactie 1922, 2. In 1928 ging het tijdschrift op in het nieuwe blad *Het Ziekenhuiswezen*. (Zie ook: Van der Velden 1993, 73.)

⁴ N.n. 1922a.

Hun antwoorden varieerden van het bijhouden en laten circuleren van lijsten van gebroken goed en het aanschaffen van hotelporselein en hard glas, tot het uit eigen zak te laten vergoeden van het gebroken goed. Dat laatste moest dan wel in het arbeidscontract staan. De tuchtschooldirectrice koos voor een heel andere invalshoek: afwassen in houten of papier-maché teilen in plaats van zink, niet te heet water gebruiken, de afwassers voldoen de tijd gunnen en alleen voor de taak geschikte personen aan het werk zetten.

Uit de bijdragen in het tijdschrift blijkt echter dat de administrateurs, geholpen door de omstandigheden (met name de grote conjuncturele schommelingen in de jaren twintig), ook meer gingen schrijven over de beleidsmatige gang van zaken in het gesticht. Het onderwerp ‘bezuinigingen’ nam vanaf 1923 een groeiend aantal pagina’s in beslag en de gekozen invalshoeken (voeding, personeel) raakten directer aan de organisatie van de zorg.

Strijd om de macht

De opmars van de administrateurs in het gesticht werd door sommige geneesheren met lede ogen aangezien. De invoering van de commerciële boekhouding was daarbij een grote stok om de hond mee te slaan, vanuit een invalshoek die nogal eigentijds overkomt: het gesticht is geen commercieel bedrijf. Een boekhoudsysteem dat was afgekeken uit de wereld van de fabrieken, was ‘een aanslag op het karakter van het Ziekenhuis’.

Mensen die maatregelen beramen om onnodige verspilling te voorkomen en daarom vergelijkende cijfers willen, horen in een Ziekenhuis niet thuis; die deden beter bedrijfsleider in een fabriek te worden. In een ziekenhuis tasten zij de goeden geest aan.¹

In christelijke kringen was het evident dat een meer bedrijfsmatige manier om tegen de zorg aan te kijken ongewenst was. Het standpunt van Lindeboom was helder: opkomen voor stoffelijke belangen paste niet bij het liefdadige karakter van de VCV. Maar uit andere hoek kon men dergelijke geluiden eveneens vernemen. J.L.Ch.G.A. le Rütte, geneesheer-directeur van het Deventer gesticht Brinkgreven, kon zich *als geneesheer* niet vinden in de commerciële boekhouding. Hij uitte verschillende keren in *Het Ziekenhuis* zijn bezorgdheid over de groeiende macht van de administrateurs die hiermee samenhang. Zo gaf hij er in 1918 een voorbeeld van dat

¹ Het was Verbeek die deze woorden uit de monden van zijn critici optekende in een samenvatting van alle artikelen die er tegen de komst van de commerciële boekhouding waren verschenen. (Verbeek 1927c, 56). N.b. eigen tijdschriftonderzoek ondersteunt de samenvatting van Verbeek.

hij kende van horen zeggen. Een administrateur had ‘tegen order van den leidenden geneesheer’ een goedkope smid gevraagd de sloten van de isoleercellen te vervangen. Een van deze nieuwe sloten werd ’s nachts opengebroken en de patiënt sloeg met een loszittende traproede (‘een fout van den te zelfstandig werkenden huishoudelijke dienst’) de ruiten stuk en verwondde enkele verplegers. De inwonende geneesheer moest zijn bed uit ‘om gewapend met matrassen, den woesten patient op te vangen, die boven op een kast met kommen en karaffen stond te werpen’.¹ En bij een andere gelegenheid: ‘Van deze heeren [administrateurs, CB] hebben velen geen inzicht in de krankzinnigen- of ziekenverpleging, zoodat er kans bestaat, dat zij de verpleging uitsluitend *finantieel* zullen beoordelen...’²

Verbeek bracht daar tegenin dat juist de administrateurs degenen waren die zich realiseerden dat ‘twee onnut vermorste centen’ per patiënt per dag in een inrichting met 1500 plaatsen een verlies van maar liefst f11.000,- per jaar veroorzaakten. Als dat geld nu eens aan ‘behoorlijke loonen’ voor het verplegend personeel werd besteed, zouden juist de patiënten daar uiteindelijk veel meer aan hebben.³

In de ogen van iemand als Le Rütte vormde de opmars van de figuur van de administrateur in de gestichten een grote bedreiging voor de kwaliteit van de zorg, terwijl iemand als Verbeek juist de kwaliteit van zorg als reden aanvoerde om de administrateurs meer macht te geven. Volgens administrateur L. Hes van Het Apeldoornsche Bosch, werd de ‘vrees voor administratieve “putschen”’, dan ook ingegeven door een verkeerd – lees: te beperkt - begrip van het woord ‘administrateur’.⁴ Administreren was intussen veel meer dan boekhouden. Voor het vak van administrateur in de gestichten bestond weliswaar (nog) geen specifieke opleiding, maar als hij op de juiste wijze in de praktijk gevormd was, zou hij in elk geval niet te zeer ondergeschikt, soms zelfs nevensgeschikt aan de geneesheer-directeur moeten kunnen functioneren.

B. Sonnenberg, bestuurslid van Le Rüttes eigen instelling, karakteriseerde de discussie als een uiting van een ordinaire machtsstrijd.⁵

[Ik] begrijp [...] niet, waartoe steeds die vijandigheid moet dienen, waarom niet elkaars capaciteiten geapprecieerd? Ik spreek nu niet als B. Sonnenberg tegen L. le Rütte [...] maar meer in

¹ Le Rütte 1918a, 57.

² Deze visie uitte hij in verschillende artikelen, maar het meest gearticuleerd in Le Rütte 1924, cursivering origineel.

³ Verbeek 1927c, 57.

⁴ Hes 1927, 124.

⁵ Sonnenberg 1924, 30.

het algemeen tot de medici, die een leidende functie bekleeden.
Ieder blijve op het terrein waar hij tot oordeelen bevoegd is!¹

De discussie zou nog even voortwoeden.² Wij komen er nog op terug. Op deze plaats kunnen we echter vaststellen dat door de discussie in de vakbladen een verschuiving in het gestichtwezen zichtbaar was geworden: de financiële deskundige werd allengs een belangrijke figuur. De ambtenaar in het gesticht die verantwoordelijk was voor het functioneren van de niet-medische diensten - de 'rentmeester', 'huismeester', 'hoofd van de economische dienst', 'broeder-econoom' of 'administrateur' - trok steeds meer macht naar zich toe.³ De invulling van genoemde functie verschilde overigens per gesticht, net als de positie die de functionaris bekleedde.⁴ Wat evenwel niet verschilde, was het feit dat er meer dan voorheen naar hem werd geluisterd, al was het dan soms met forse tegenzin van de geneesheer-directeur. De eenvoudige boekhouder van vroeger was administrateur geworden. En die oefende met steun van de bestuurders van de gestichten (Lindeboom uitgezonderd) ontegenzeggelijk steeds meer invloed uit op de zorg in de gestichten, onder andere via de gezamenlijke belangenorganisatie, de VKIN.

§ 5. Meer mogelijk

De komst van het modelcontract had ertoe geleid dat de contracten die de gestichten met de provincies afsloten, grotendeels gebaseerd werden op de werkelijke exploitatiekosten. Meestal werd vooraf een prijs vastgesteld op basis van het voorgaande jaar en vond er na afloop van het boekjaar een nacalculatie plaats. De moeilijkheden waren niet ineens over. Nog in 1920 kunnen we in het jaarverslag van de VCV lezen:

De enorme tekorten op de Exploitatiereningen der Gestichten over 1919 staan daar nog altijd als een baken in zee en dwingen den Penningmeester om op verkenning uit te gaan en nieuwe wegen te zoeken tot vermeerdering der inkomsten en vermanen hem 'Niet moede te worden' om toezicht te houden op de penningen.⁵

¹ Sonnenberg 1924, 29.

² Zie o.a. Van den Boogert 1952; Van der Schaar 1952.

³ Overigens had de administrateur van Meerenberg ook in de negentiende eeuw wel vrij veel invloed. (Kleffens 1959, 22.)

⁴ Hes 1927, 124.

⁵ VCV s.a. [1921], 70 en 72.

Door tussentijdse aanpassing van de verpleegtarieven werd de toestand halverwege het jaar echter iets gunstiger.¹

Langzaam maar zeker werden de gestichtfinanciën (weer) gezond. Na jarenlang met soms grote tekorten te hebben gewerkt, konden de gestichten eindelijk quitte draaien, of zelfs positieve bedrijfsresultaten behalen. Het omslagpunt ligt precies in 1921, het jaar waarin voor het eerst met modelcontracten werd gewerkt, maar vooral het jaar waarin aan de inflatie een einde was gekomen en de deflatie (maar liefst dertien procent!) intrad.

Tabel III-5

Overzicht van de exploitatie-uitkomsten van enkele gestichten waarmee de provincie Zuid-Holland contracten had afgesloten, in hele gulden (1914-1930)

	St. Joris	Endegeest*	Oud-Rosenburg*	Bloemendaal	Vrederust
1914	?	+ 30.000	- 3.000	+ 400	- 1.000
1915	- 10.000	+ 10.000	- 7.000	- 4.000	- 4.000
1916	- 26.000	+ 19.000	- 8.000	- 2.000	- 1.000
1917	- 54.000	- 11.000	- 8.000	- 17.000	- 16.000
1918	- 62.000	- 32.000	- 27.000	- 22.000	- 31.000
1919	- 48.000	- 63.000	- 29.000	- 54.000	- 18.000
1920	- 4.000	- 61.000	- 33.000	- 1.000	- 10.000
1921	+ 17.000	+ 44.000	+ 84.000	+ 50.000	+ 61.000
1922	+ 16.000	+ 128.000	+ 57.000	+ 53.000	+ 87.000
1923	+ 12.000	+ 137.000	+ 37.000	+ 89.000	+ 38.000
1924	- 18.000	+ 102.000	+ 30.000	+ 82.000	+ 66.000
1925	+ 24.000	+ 128.000	+ 18.000	+ 94.000	+ 41.000
1926	+ 35.000	+ 108.000	- 300	+ 87.000	+ 40.000
1927	+ 28.000	+ 109.000	+ 42.000	+ 65.000	+ 39.000
1928	+ 27.000	+ 95.000	+ 11.000	+ 45.000	+ 28.000
1929	+ 65.000	+ 99.000	+ 14.000	+ 61.000	+ 41.000
1930	+ 71.000	+ 114.000	+ 15.000	+ 47.000	+ 27.000

* In de bron staat hierbij vermeld: 'c.a.', hetgeen vermoedelijk inhoudt dat ook de bijzondere afdelingen in de exploitatiegegevens waren meegenomen (de afdeling Voorgeest voor zwakzinnigen van Endegeest en de aangewezen afdeling met de naam Ramaerkliniek van Oud-Rosenburg).

Bron: NA 2.04.47.01 inv. nr. 2, Rapport omtrent de mogelijkheid voor verdere verlaging der tarieven voor de verpleging van behoeftige krankzinnigen en zwakzinnigen, s.a. [1932], 15.

Een Zuid-Hollandse commissie, waarover wij in het volgende hoofdstuk nog uitgebreid zullen rapporteren, bestudeerde in 1932 gegevens van de *Kostende prijs* om de gestichten waarmee de provincie een contract had afgesloten onderling te vergelijken (tabel III-5). Zij stelde vast dat het loslaten van de vaste verpleegtarieven inderdaad de hoofdoorzaak was van de batige exploitatieresultaten in de jaren twintig. Daarnaast noemden zij de

¹ VCV s.a. [1921], 70 en 72.

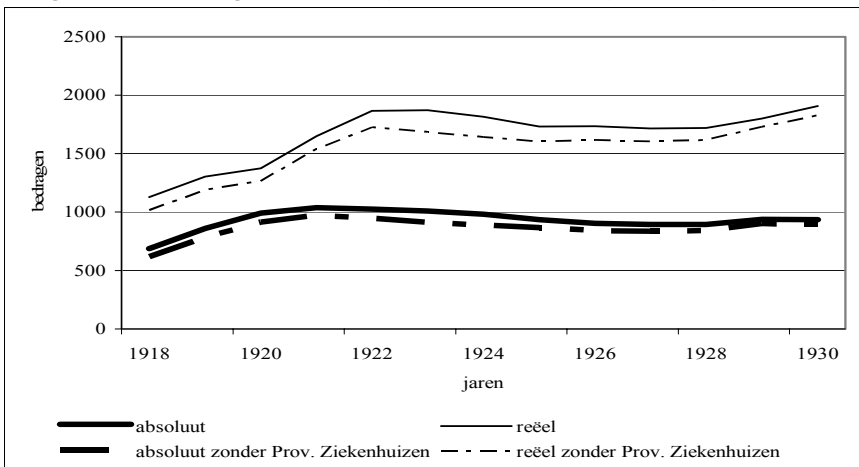
Bijzondere Rijksbijdrage van 1921 en 1922. Boven op de gewone rijksbijdrage verleende het rijk een extra subsidie van respectievelijk f0,20 en f0,17½ per verpleegdag. Dit extraatje was bedoeld om de grote financiële gaten als gevolg van de oorlogsomstandigheden te kunnen wegwerken.¹ In tabel III-5 springen vooral de zeer positieve bedrijfsresultaten van Endegeest eruit. In het volgende hoofdstuk komen we hier nog op terug.

De kostprijs

Wat de provincies van tevoren hadden gevreesd, gebeurde inderdaad: de gemiddelde (reële) kostprijs per patiënt per jaar - en nu dus uit de aard der zaak ook het gemiddelde tarief - schoot na 1920 omhoog (grafiek III-4). Daarna daalden de kosten iets als gevolg van de deflatie.

Grafiek III-4

Gemiddelde kostprijzen* per patiënt per jaar van de laagste klasse in guldens (absolute bedragen en reële bedragen, 1950 = 100), van VKIN-leden (1918-1930)**



* De kostprijzen werden in deze tijd door de meeste instellingen nog berekend volgens de oude kasboekhouding! Aangezien de dure Provinciale Ziekenhuizen de prijzen sterk beïnvloedden, hebben wij deze in de grafiek geïsoleerd. De lijnen lopen echter parallel langs dezelfde groeicurve.

** Het betreft de gegevens van Het Apeldoornsche Bosch, Bloemendaal, Brinkgreven, Dennenoord, Duin en Bosch, Krankzinnigengesticht Franeker, Het Groot Graffel, Maasoord, Medemblik, Oude en Nieuwe Gasthuis, Oud-Rosenburg, Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, St. Elisabethgasthuis, St. Joris, Veldwijk, Vogelenzang, Vrederust, Willem Arntsz Hoeve, Willem Arntsz Huis en Wolfheze.

Bron: VKIN s.a. [1919-1923, 1924b, 1925-1931].

¹ NA 2.04.47.01, inv. nr. 2, Rapport omtrent de mogelijkheid van verdere verlaging der tarieven voor de verpleging van behoeftige krankzinnigen en zwakzinnigen s.a. [1932], 15

Twee ongeveer gelijktijdig optredende veranderingen versterkten de stijging tot en met 1922. Begin jaren twintig werd een rijksbijdrage verstrekt om de gevolgen van de oorlog teniet te doen. Verder sloeg de enorme inflatie van de laatste oorlogsjaren en daarna, begin jaren twintig om in deflatie.

De prijsdalingen werden niet (onmiddellijk) gevolgd door salarisdalingen. Toen medio jaren twintig de prijzen van consumptiegoederen begonnen te dalen, daalden de salarissen niet mee. Dit leidde tot reële inkomensstijgingen. Voor arbeiders steeg het reële inkomen ongeveer 35 procent.¹ De salarissen van de medewerkers in de krankzinnigenverpleging bleven in het begin gelijk. Zij kregen dus eveneens een reële inkomensverbetering. De krankzinnigenverpleging werd daardoor - net als andere personeelsintensieve bedrijfstakken - relatief duur. Deze relatieve stijging is af te lezen aan het verschil tussen de 'absolute' en de 'reële' bedragen in grafiek III-4. De verschillen tussen de instellingen waren nog altijd groot, zoals ook te zien is in het overzicht van de tarieven die de instellingen in 1929 hanteerden (tabel III-6). Het overzicht is helaas niet compleet, met name de tarieven van de dure provinciale ziekenhuizen ontbreken. Het invullen van de formulieren van het Staatstoezicht gebeurde niet altijd even nauwgezet.

Tabel III-6

Tarieven van enkele gestichten en inrichtingen per patiënt per jaar in guldens (1929)

	1e klasse	2e klasse	zelfbetalenden 3 ^e klasse	gemeente- patiënten
Beileroord	1.600 en meer	1.000 – 1500	650 – 900	640
St. Josephstichting		900		700
Wolfheze				824
Dennenoord			850	829
Veldwijk	2.900 – 3.800	1.450 – 2.000	800	829
Franeker			913	840
Brinkgreven		1.643	1.095	913
Zon en Schild	2.500 – 3.500	1.200 – 1.600		950
Willem Arntszstichting	2.250	1.725	925,00	971
St. Elisabethgasthuis	1.825	1.369	821	?
Oude en Nieuwe Gasthuis Zutphen	2.600	1.250 – 1.800	1.000	?
Apeldoornsche Bosch	3.285 – 4.563	2.099 – 2.737	964 – 1.278	?

Bron: De Inspectie 1932, 36-38.

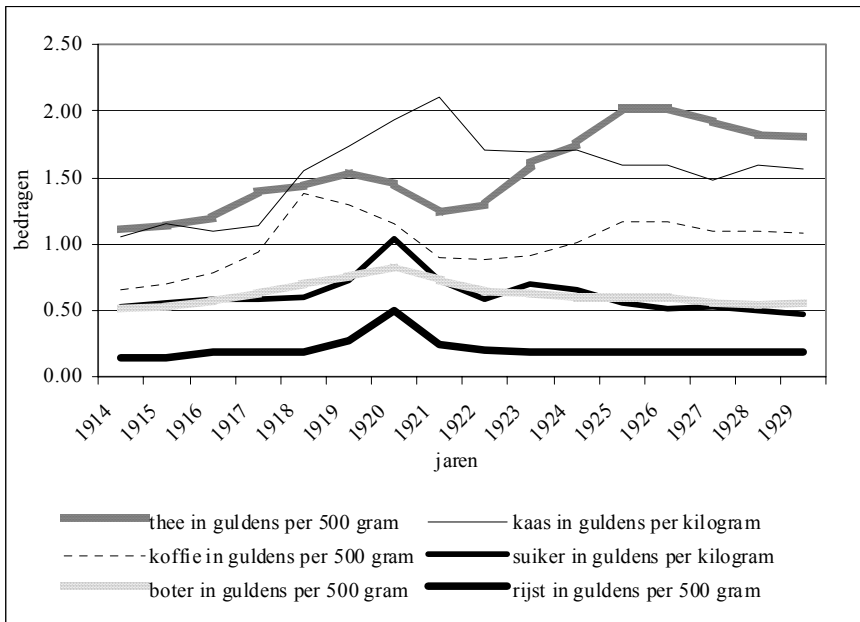
¹ Schrage, Nijhof en Wielsma 1989, 359.

Aan de vooravond van de depressie bedroeg de totale omvang van de kosten van de krankzinnigenverpleging naar schatting rond de veertien miljoen gulden. We weten inmiddels dat het grootste deel hiervan nog altijd werd gefinancierd door de gemeentelijke overheden. Het gemeentelijke aandeel was zelfs iets gestegen ten koste van het rijksaandeel, doordat het rijk in 1924 wegens bezuinigingen gestopt was met de rijksbijdrageregeling.

Nadat het prijspeil in de oorlog heel sterk gestegen was, sloeg het in 1921 dus helemaal om en ook in 1922 vond een flinke deflatie plaats. De kosten voor levensonderhoud werden twee jaar opeenvolgend meer dan tien procent goedkoper. Idealiter zou dat betekenen dat de kostprijs voor de verpleging ook lager werd, maar dit gebeurde niet. Later zouden de provinciale bestuurders en de bestuurders van de grote gemeenten zich misschien wel voor het hoofd geslagen hebben omdat zij niet goed hadden opgelet bij de tariefonderhandelingen (wij komen hier in hoofdstuk IV nog uitgebreid op terug), maar hier is het van belang vast te stellen dat de grotendeels op de kostprijs gebaseerde tarieven niet werden bijgesteld. Dat dit niet gebeurde zal echter niet meteen opgevallen zijn, omdat de prijsdaling voor levensmiddelen niet voor *alle* producten gold en evenmin overal op hetzelfde moment inzette (grafiek III-5).

Grafiek III-5

Gemiddelde prijzen enkele levensmiddelen in guldens (1914-1929)



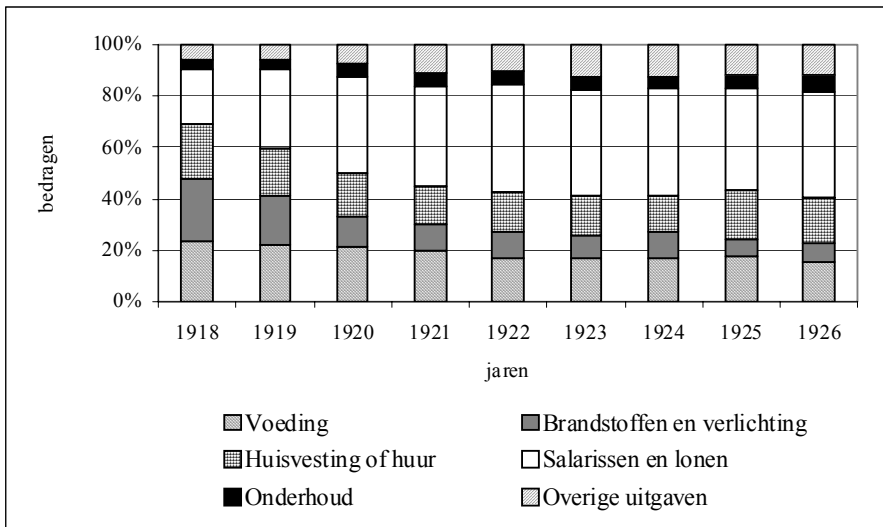
Bron: Van der Bie en Smits 2001, 111 en 114.

Het lijkt erop dat de gestichtbestuurders de gelegenheid hebben aangegrepen om – zoals de provincie Zeeland een paar jaar eerder al expliciet had voorspeld – de verpleging op ruimer voet te gaan inrichten en de rekening daarvoor aan de gemeenten en de provincies te presenteren. Grafiek III-6 - nu eens gebaseerd op de exploitatiegegevens van Maasoord - geeft hiervoor aanwijzingen. Het aandeel van basale lasten als kosten voor voeding (met een relatief inelastische vraag), brandstoffen (waarvoor de kosten tijdens de oorlog buitenproportioneel waren gestegen) en huisvesting liep terug, terwijl salarissen en lonen, onderhoud en overige uitgaven een groter deel van de totale kosten gingen innemen.

Eenzelfde beeld zouden de gegevens van een willekeurig ander VKIN-gesticht te zien geven. In deze paragraaf en de volgende gaan we kijken waaraan het geld werd besteed. Werden de patiënten er uiteindelijk beter van?

Grafiek III-6

Procentuele verdeling van de exploitatiekosten per kostensoort van Maasoord (1918-1926)



Bron: VKIN s.a. [1919-1927].

Eindelijk geld voor onderhoud!

Nog in 1919 gold het voor de VCV:

Mogen wij bespaard blijven van het uiterste, of wel paardenmiddel, dat dezer dagen vermeld werd van een philanthropische

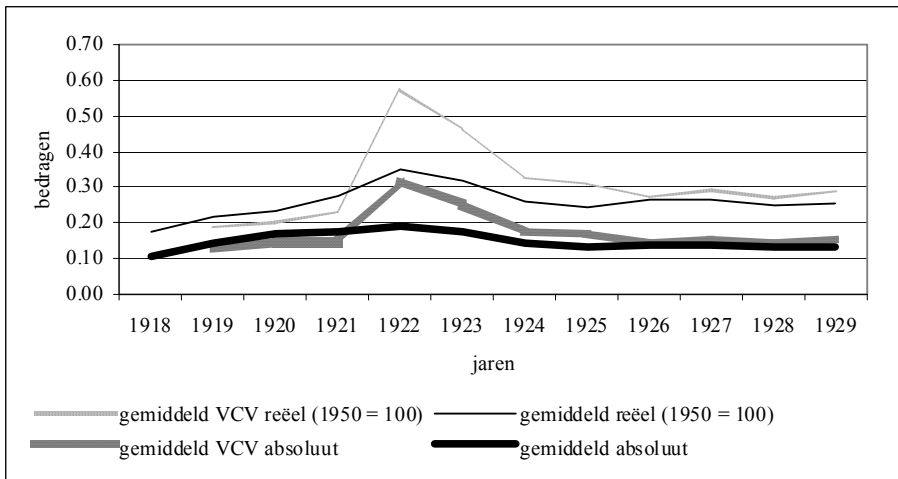
inrichting, die de noodige stappen zou moeten doen om over te gaan tot den verkoop van een groot gedeelte van het terrein om op deze wijze aan geld te komen.¹

De jaarrekeningen van de gestichten van de VCV sloten opnieuw met grote tekorten. Er kon op de balans niets worden afgeschreven op gebouwen en meubilair ‘**Dat is nog nooit gebeurd.**’² Er ontstonden zelfs serieuze liquiditeitsproblemen.³

Drie jaar later werd echter voor het eerst melding gemaakt dat er weer kon worden afgeschreven.⁴ Eindelijk kon er ook geld uitgetrokken worden voor inmiddels broodnodig onderhoud in de gestichten. (In 1918 en 1919 had dit nagenoeg stilgelegen.) Dit gold overigens niet alleen voor de gestichten van de VCV, maar ook voor andere gestichten, zoals blijkt uit grafiek III-7.

Grafiek III-7

Gemiddelde kosten voor onderhoud per verpleegdag (laagste klasse) in absolute en reële guldens (1950=100) van VCV-gestichten en alle VKIN-gestichten 1918-1922



*Het betreft de gegevens van Het Apeldoornsche Bosch, Bloemendaal, Brinkgreven, Den-noord, Duin en Bosch, Franeker, Het Groot Graffel, Maasoord, Medemblik, Oude en Nieuwe Gasthuis, Oud-Rozenburg, Santpoort, St. Elisabethgasthuis, St. Joris, Veldwijk, Vrederust, WA-Hoeve, WA-Huis, Wolfheze.

Bron: VKIN s.a. [1920-1923, 1924b, 1925-1930].

¹ VCV s.a. [1920], 206

² VCV s.a. [1920], 208 (Vetgedrukt is origineel.)

³ Dit blijkt uit o.a. HDCPN 501 inv. nr. 15-7, Notulen Centraal Bestuur VCV, 12 december 1919.

⁴ VCV s.a. [1923], 195.

In de meeste gestichten stegen de kosten voor onderhoud in de eerste vijf jaren na de Eerste Wereldoorlog sterk: in Brinkgreven waren de kosten in vijf jaar tijd verdubbeld, de onderhoudskosten van Vrederust waren in die tijd verdrievoudigd.

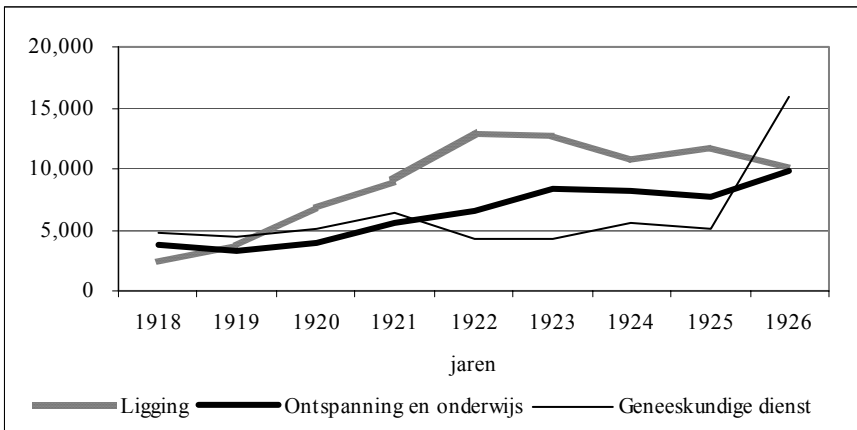
De VCV-gestichten springen er echter nogal uit. Zij hadden, anders dan de meeste andere gestichten, een periode gekend waarin er bijna niets aan onderhoud werd uitgegeven. Waarom er weinig aan onderhoud gedaan werd, is niet bekend. Een reden kan zijn dat de meeste gestichten relatief nieuw waren en daardoor minder onderhoud vergden. Waarschijnlijker is het echter dat de VCV met grotere financiële problemen kampte dan de andere gestichtbesturen, of dat de vereniging andere accenten legde bij het te lijf gaan van de financiële problemen. Uit de bronnen blijkt in ieder geval dat de VCV-gestichten na 1921 te maken hadden met veel achterstallig onderhoud, waardoor de kosten voor onderhoud in deze periode veel hoger uitvielen dan in de andere gestichten.¹

Nieuwe therapieën

De post ‘overige uitgaven’ in grafiek III-6 herbergt onder andere enkele patiëntgebonden kostensoorten die juist in de eerste periode na de oorlog een belangrijke stijging te zien gaven. Wij hebben deze kostenposten voor Wolfheze op een rij gezet in grafiek III-8, waarbij we voor de overzichtelijkheid alleen de reële bedragen hebben genoteerd.

Grafiek III-8

Enkele gestegen patiëntgebonden kostenposten van Wolfheze 1918-1926, in reële gulden (1950=100)



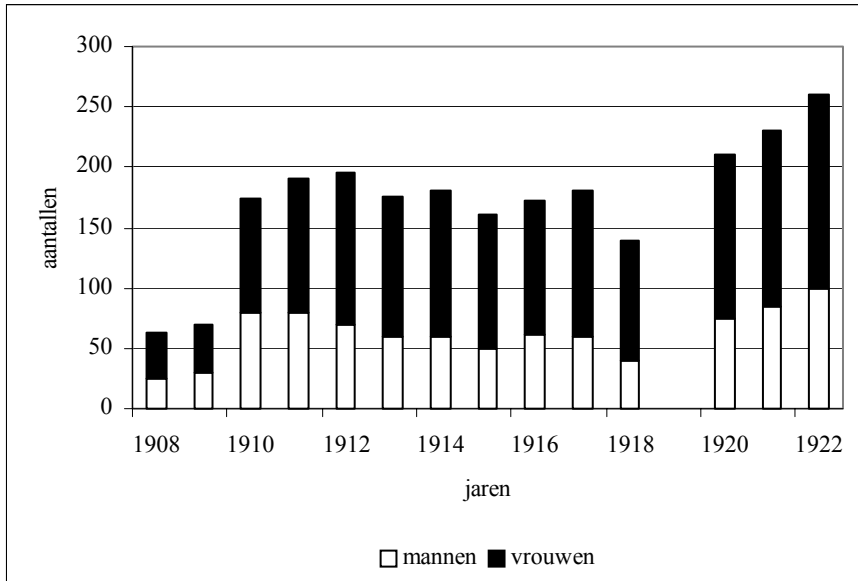
Bron: VKIN s.a. [1919-1927]. (Nb. deze bedragen komen overeen met de gegevens in de jaarverslagen VCV).

¹ Zie onder andere HDCNP 501 inv. nr. 15-7, Notulen Centraal Bestuur VCV 29 november 1920.

De kostenpost die als eerste omhoog schoot, was die van de kosten voor ligging (matrassen en dekens). Deze stijging had onder andere als achtergrond dat de bedverpleging toenam (grafiek III-9).

Grafiek III-9

Gemiddeld aantal hele of halve dagen te bed verpleegde patiënten in Wolfheze, 1908-1922



Bron: VCV s.a. [1909-1923].

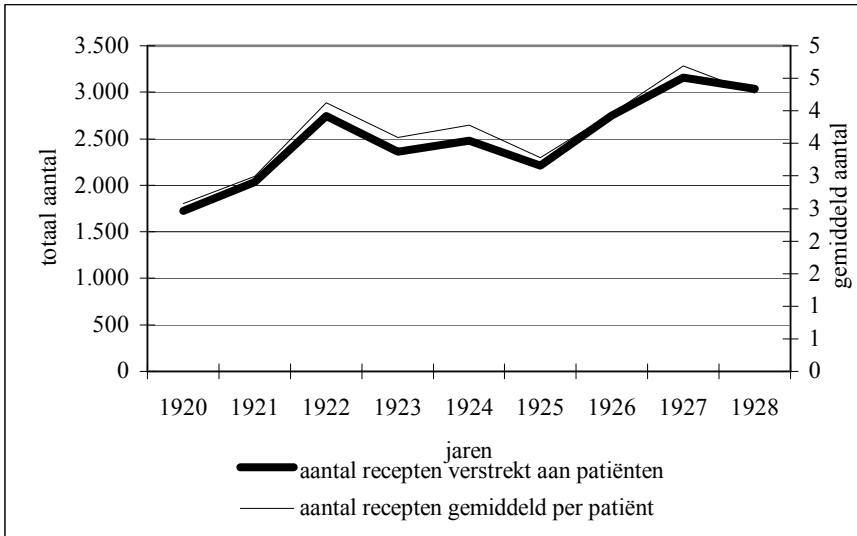
Verder gingen de kosten omhoog doordat goedkope houtwolmatrassen werden vervangen door matrassen van duurder, maar zachter materiaal. Dit had expliciet als doel meer comfort voor de patiënten te bewerkstelligen: in het jaarverslag werd gemeld dat de houtwolmatrassen ‘enigszins hard’ waren en om die reden vervangen moesten worden.¹ Overigens werd het beddengoed waarschijnlijk niet vaker gewassen dan voorheen; de kosten voor ‘bewassing’ gingen niet omhoog.

Een sterker stijgende lijn vinden we in de toegenomen kosten van de ‘geneeskundige dienst’. Hieronder vielen ook de kosten voor apotheek en medische hulpmiddelen. We zien onder meer verdisconteerd dat er steeds meer recepten aan patiënten werden verstrekt. Het aantal steeg vooral in het midden van de jaren twintig sterk. Deze ontwikkeling komt overeen met de hierboven gesignaleerde kostenstijging van de geneeskundige dienst.

¹ VCV s.a.[1920], 147.

Grafiek III-10

Totaal en gemiddeld aantal recepten aan patiënten verstrekt in Wolfheze (1920-1928)



Bron: VCV s.a. [1921-1929].

Achter de stijging van de post ‘geneeskundige dienst’ gaat misschien ook de introductie van twee nieuwe somatische behandelwijzen schuil. Ten eerste de malariakuur, die begin jaren twintig in veel gestichten werd geïntroduceerd. Deze kuur was bedoeld voor lijders aan dementia paralytica, een ziektebeeld dat ontstaat wanneer de hersenen worden aangetast door de syfilisbacterie. De malariakuur wordt gezien als de eerste behandelmethodes die - mits tijdig toegepast - werkelijk uitzicht bood op genezing van een psychiatrische aandoening. Door de patiënt te besmetten met malaria, waarbij hij hoge koorts kreeg, werd de syfilisbacterie gedood. Na acht tot tien koortsaanvallen werd de malaria vervolgens weer met kinine bestreden. In Santpoort, waar in 1918 maar liefst 10 procent van alle nieuw opgenomen patiënten paralytisch was, werd de kuur in 1921 al geïntroduceerd, vermoedelijk als eerste in Nederland. Het lijkt erop dat deze kuur in Wolfheze in 1927 voor het eerst werd toegepast.¹

De andere nieuwe somatische behandelmethodes was de zogenaamde slaapkuur voor lijders aan schizofrenie (eveneens een verklaring voor de uitbreiding van het aantal te bed verpleegde patiënten). Met behulp van het slaapmiddel Somnifeen werd een patiënt voor een dag of zeven in een diepe sluimertoestand gebracht. Hiermee moest de vicieuze cirkel worden

¹ Blok 1997a, 129; VCV s.a. [1928], 189. Het betreft zo’n terloopse aantekening in het jaarverslag, dat de indruk wordt gewekt dat deze behandeling hiervóór ook al (enkele keren?) werd toegepast.

doorbroken waar schizofrene patiënten zich in bevonden: dat hun psychische opwinding beweeglijkheid veroorzaakte, die vervolgens de psychische opwinding weer aanwakkerde. In Santpoort werd in 1923 met de slaapkuur begonnen, wanneer de kuur in Wolfheze is gestart, is niet bekend; de jaarverslagen geven hier geen melding van.¹

Of deze nieuwe behandelmethoden echter ook hun sporen achterlieten in de verhoogde exploitatiecijfers staat niet vast, omdat het onbekend is of de gebruikte medicijnen duurder waren dan de tot dan toe gebruikte middelen. Over de kosten van (nieuwe) medicijnen komen we in hoofdstuk VI nog uitgebreid te spreken.

De 'nieuwe koers'

De belangrijkste verandering die na de Eerste Wereldoorlog plaatsvond, kan men slechts op indirecte wijze aan stijgende exploitatielasten koppelen. Dit betreft de komst van de aangewezen afdelingen voor verpleging zonder rechterlijke machtiging, ook wel 'sanatoriumafdelingen' of 'open afdelingen' genoemd. Het verschijnsel, dat ongeveer dezelfde achtergrond had als de wetswijziging van 1904 (zie hoofdstuk I) was te danken aan de inspanningen van inspecteur Schuurmans Stekhoven. Hij had in 1916 de broeders van Huize Padua te Boekel bereid gevonden een afdeling van hun gesticht speciaal voor dit doel in te richten. Weldra waren er meer instellingen die belangstelling toonden. 'De vraag of men den nieuwen koers zoude volgen werd in verschillende gestichten ernstig overwogen', werd in het verslag over 1918 van het Staatstoezicht gemeld.² Toch duurde het nog even voordat de meeste instellingen overgingen tot het inrichten van een 'open' afdeling. In de eerste jaren sloten alleen Brinkgreven, Maasoord en Meerenberg zich aan bij de 'nieuwe koers', zoals het in die tijd werd genoemd. Bij Meerenberg ging de inrichting van de open afdeling gepaard met een naamswijziging: het gesticht heette vanaf 1918 het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort.

Tussen 1919 en 1923 werden er in Nederland geen nieuwe sanatoriumafdelingen geopend. Wij meldden al in hoofdstuk I dat het niet heel gemakkelijk was de afdelingen gevuld te krijgen, omdat er aanvankelijk geen verplichting bestond voor gemeenten om de verpleegkosten te betalen van armlastige patiënten in de sanatoriumafdelingen. Dit was een van de redenen waarom de meeste gestichten niet stonden te trappelen om deze nieuwe afdelingen in te richten. Er was immers geen garantie dat de verpleegkosten betaald zouden worden.

¹ Blok 1997a, 129-130, VCV s.a. [1920-1930]. In het verslag van 1936 wordt 'sommifteen' wel genoemd, maar niet in de zin van een nieuwe behandeling. (VCV s.a. [1937], 193.

² De Inspectie 1930, 97.

Tabel III-7
Gestichten met een aangewezen afdeling in Nederland (1916-1928)

1916	Huize Padua
1917	Maasoord
1918	Brinkgreven
1919	Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort
1923	Veldwijk
1924	Het Apeldoornsche Bosch
1926	Oud-Rosenburg
1927	St. Joseph
1928	Coudewater, Vogelenzang

Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 1A.

Maar de belangrijkste oorzaak voor de ‘vrij trage start’ van het instituut heeft volgens ons te maken met de deplorabele financiële toestand waarin de meeste gestichten aan het einde van de oorlog verkeerden.¹ Het Centraal Bestuur van de VCV had zich bijvoorbeeld ook zonder veel enthousiasme een paar vergaderingen bezig gehouden met de ‘nieuwe koers’.² Toen in de zomer van 1918 het onderwerp voor de Algemene Bestuursvergadering op de agenda zou worden geplaatst, kon men niet één bestuurder vinden die er een inleiding over wilde houden. Het onderwerp kwam wel op de agenda te staan, maar in de causerie werd een ander onderwerp behandeld. Uiteindelijk werd ervoor gekozen alleen een ‘z.g. open afdeling’ in te richten als de betreffende instelling toevallig aan een verbouwing toe was. Op die manier hoefde er niet veel extra geld aan uitgegeven te worden.

Pas nadat de gestichthuishoudingen weer enigszins gezond waren geworden, durfden de gestichtbesturen het aan te investeren in deze ‘nieuwe koers’ (zie tabel III-7). Tussen 1923 en 1928 werden er zes nieuwe sanatoriumafdelingen geopend, waaronder twee van de VCV. Het instituut zou echter pas echt gaan groeien nadat in 1929 de Armenwet werd aangepast en er zekerheid bestond dat de armlastige patiënten ook op kosten van de gemeenten verpleegd zouden worden. Daarmee was de bedrijfscontinuïteit verzekerd.

Geld voor nieuwe dingen

De openeindfinanciering die in de nasleep van de Eerste Wereldoorlog met het modelcontract tot stand was gekomen, had inderdaad geleid tot hogere kostprijzen en daarvan afgeleide tarieven, vooral als gevolg van

¹ Citaat ontleend aan Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 270.

² HDCNP 501 inv. nr. 15-6, Notulen Centraal Bestuur VCV, 20 juli 1917, 28 juni en 25 september 1918.

het feit dat de tarieven niet meteen aan de prijsdeflatie werden aangepast. Gestichten hadden hierdoor eindelijk de mogelijkheid om achterstallig onderhoud weg te werken. Wellicht waren er nu ook financiële middelen om nieuwe behandelmethoden in te voeren. In ieder geval was er nu ook geld beschikbaar om afdelingen in te richten voor de opvang van psychiatrische patiënten die zonder rechterlijke machtiging opgenomen wensten te worden.

Toch waren de hierboven genoemde stijgende kostenposten voor het onderhoud en de geneeskundige dienst niet de belangrijkste oorzaak van het feit dat de tarieven begin jaren twintig niet met de deflatie mee gingen dalen. Het onderhoud en de geneeskundige dienst maakten van de totale exploitatie maar een klein deel uit.

§ 6. Personeel

De belangrijkste oorzaak van de sterke groei van de kosten voor de krankzinnigenverpleging in het midden van de jaren twintig was gelegen in de personeelslasten: ook die daalden niet met de prijzen voor levensonderhoud mee. De eerste grote welvaartssprong van de twintigste eeuw was daarmee een feit. Er werd een einde gemaakt aan de levensbedreigende armoede die in de negentiende eeuw in ons land nog vrij veel voorkwam. En de kosten van arbeidsintensieve voorzieningen als gezondheidszorg bleven permanent hoog. Zo ook in de gestichten, waar de personeelslasten uitgroeiden tot de hoogste kostenpost in de exploitatie. In 1923 bedroeg het loonbedrag in Santpoort bijvoorbeeld 61 procent van de totale kosten.¹ Veel andere gestichten en inrichtingen zaten hier weliswaar ver onder, maar over de gehele linie had er toch een grote groei plaats van het aandeel van de personeelslasten. Gemiddeld stegen de salariskosten van 28 procent van de totale lasten in 1918 naar 45 procent in 1925. Hierna daalde het aandeel weer licht, maar het bleef rond de 40 procent schommelen.² Wat veranderde er precies voor het personeel?

Personeelslasten

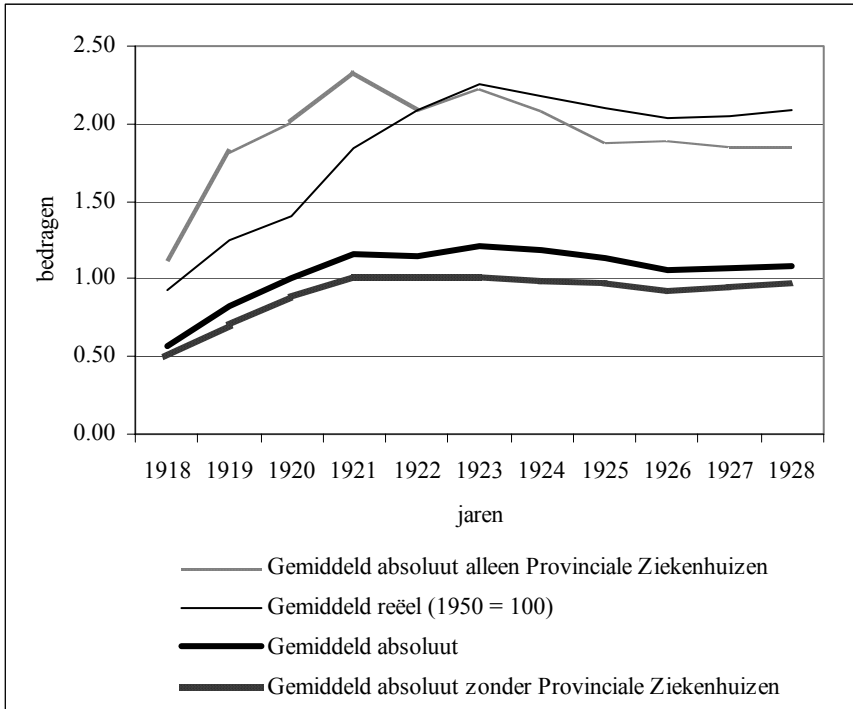
Grafiek III-11 laat zien hoe de gemiddelde traktementen en lonen per verpleegdag van de bij de VKIN aangesloten gestichten zich ontwikkelden.

¹ Stuurman 1923, 337. Het betreft een mededeling van W.M. van der Scheer. Vermoedelijk was dit inclusief sociale lasten, want een berekening van de opgave in de *Kostende prijs* van dat jaar, komt niet verder dan 50 procent. Duin en Bosch zat er met 44 procent iets onder, Medemblik zat er ruim boven: 64 procent. (VKIN s.a. [1924].)

² VKIN s.a. [1919-1929].

Grafiek III-11

Gemiddelde loonkosten laagste klasse in guldens per verpleegdag bij VKIN aangesloten gestichten (1918-1926)*



*Het betreft de gegevens van Het Apeldoornsche Bosch, Bloemendaal, Brinkgreven, Dennoord, Duin en Bosch, Krankzinnigengesticht Franeker, Het Groot Graffel, Maasoord, Medemblik, Oude en Nieuwe Gasthuis, Oud-Rosenburg, Santpoort, St. Elisabethgasthuis, St. Joris, Veldwijk, Vogelenzang, Vrederust, Willem Arntsz Hoeve, Willem Arntsz Huis, Wolfheze.

Bron: VKIN s.a. [1919-1923, 1924b, 1925-1929].

De absolute loonkosten vertoonden een sterke stijging tot begin jaren twintig. Dit was onder andere het gevolg van de duurtetoelagen. Daarna trad in absolute cijfers gerekend een stabilisatie op.

We hebben echter al aangegeven dat in de besproken tijd deflatie optrad. En inderdaad: de lonen en salarissen werden niet aan deze deflatie aangepast. Als we kijken naar de reële cijfers, zien we hoe groot het effect was. Ook is heel goed te zien hoeveel de Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland (Santpoort en Duin en Bosch; Medemblik behoorde pas sinds 1923 bij de Provinciale Ziekenhuizen) boven het gemiddelde uitstaken. In deze inrichtingen werden eerder dan in de meeste andere gestichten salarisverbeteringen doorgevoerd. Hier komen we op terug.

De kosten voor het personeel namen niet alleen in absolute en reële bedragen toe, ook als we kijken naar het aandeel van de personeelslasten op

de totale kosten, zien we een flinke toename. Opvallend is dat deze toename in relatief goedkope instellingen sterker was dan in relatief dure instellingen (tabel III-8).

Waardoor werd de toename van de personeelslasten per verpleegdag veroorzaakt? Laten we allereerst eens naar de lonen (en secundaire arbeidsvoorwaarden) zelf kijken. De stijging van de personeelslasten is voor een groot deel terug te voeren op het conto van het verplegend personeel, dat in alle gestichten de grootste beroepsgroep vormde en zoals we ook hieronder nog zullen zien, als beroepsgroep ook nog eens een steeds groter deel van het totale medewerkersbestand ging innemen.

Tabel III-8

Personeeelslasten als percentage van totale kosten per verpleegdag van vier instellingen (1920 en 1925)

	relatief dure instellingen				relatief goedkope instellingen			
	Duin en Bosch		Santpoort		Dennenoord		Wolfheze	
	1920	1925	1920	1925	1920	1925	1920	1925
personeelslasten	47	48	45	52	31	39	31	42
overige lasten	53	52	55	48	69	61	69	58
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: VKIN s.a. [1921 en 1926].

Onder invloed van onder meer de revolutiedreiging in Midden-Europa en de kracht van de vakbeweging in eigen land, weerklonk aan het einde van de Eerste Wereldoorlog overal in Nederland de vraag om loonsverhoging en verkorting van de werkweek. Het verplegend personeel in de ziekenhuizen kreeg nog altijd een salaris dat vergelijkbaar was met dat van een dienstbode. Voor de verplegenden in de gestichten was dit niet anders. We schreven al in hoofdstuk II dat hun lonen vanaf het midden van de negentiende eeuw voor lange tijd vastlagen. Voor de periode ná de eerste golf van loonsverhogingen gold dit opnieuw.

Het verplegend personeel had zich inmiddels weliswaar verenigd in enkele belangenorganisaties: de door artsen en algemene verpleegkundigen gedomineerde Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging (1893), Nosokómos (1900), waar verpleegsters de dienst uitmaakten en de Nederlandsche Verplegers Vakvereniging (1906) van alleen mannelijk verplegend personeel.¹ Daarnaast was er een eigen vakblad in het leven geroepen, het *Maandblad voor Ziekenverpleging*.² Van deze belangenverenigingen ging echter niet het elan uit dat de vakbewegingen in andere sectoren van de maatschappij kenmerkte. De meeste vakbonden wisten kort na

¹ Boschma 2003, 199-204.

² Bakker-Van der Kooij 1983, 460.

de Eerste Wereldoorlog aanzienlijke loonsverhogingen binnen te halen. Het gebrekkig georganiseerde verplegend personeel raakte hierbij (opnieuw) op achterstand, met uitzondering van de Provinciale Ziekenhuizen in Noord-Holland, waar de verplegenden als ambtenaren werden betaald. Zij kregen na de tussentijdse duurtetoeslagen al in 1920 een flinke salarisverhoging, die ook na de deflatie gehandhaafd bleef (tabel III-9). Overigens is in de enorme loonsverhoging van de functie ‘klerk’ de hand van Verbeek zelf - aan wie ook de gegevens zijn ontleend - te herkennen. Sinds zijn aantreden als administrateur streed hij onvermoeibaar voor de verbetering van de positie van financieel deskundigen in het krankzinnigenwezen. Zijn eigen functie - administrateur - had hij niet in de lijst opgenomen. Ook het bij deze functie behorende salaris zal in 1920 flink zijn gestegen.

Tabel III-9

Salarisregelingen Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, in guldens exclusief emolumenten (1917, 1920)

	1917	1920	toename %
geneesheer-directeur	4.700	7.000	49
klerk	925	2.600	181
hoofdverplegende	1.075	2.000	86
eerste verplegenden	752	1.572	109
gediplomeerde verplegenden	650	1.472	126
leerlingen	546	1.144	109

Bron: Verbeek 1949, 266-267 (gebaseerd op jaarverslagen).

De salarisregelingen van de VCV-gestichten (tabel III-10) komen meer overeen met de ontwikkeling in de andere gestichten. Ze werden vastgesteld nadat jaarlijks de lonen en salarissen ad hoc met behulp van ontoereikende duurtetoeslagen enigszins waren bijgesteld. De verhoging van de salarissen kwam vooral terecht bij de leerlingverplegenden; hun salaris steeg tussen 1919 en 1930 verhoudingsgewijs het meest. Aangezien het salarisniveau heel laag was, zijn deze groeicijfers echter wat vertekend. De huismeester en de administrateur gingen er in geld uitgedrukt niet zoveel op vooruit als de leerlingen, maar zij kregen er een kostbare secundaire arbeidsvoorwaarde bij: de VCV betaalde voortaan de woning.

Tabel III-10

Salarisregelingen VCV-gestichten 1919 en 1930, bedragen in guldens*

personeel	1919	1930	1919		1930		toename %	
	Emolumenten		min.	max.	min.	max.	min.	max.
hoger personeel								
geneesheer-directeur	Vrije woning en kindergeld	Vrije woning en kindergeld	5.000	6.000	7.000	8.000	40	33
geneesheren	id.	id.	3.000	5.000	4.000	6.500	33	30
geest. verzorger	id.	id.	2.800	3.300	5.500	5.500	96	67
huismeester	Kindergeld	id.	2.000	2.500	3.000	3.800	50	52
administrateur	id.	id.	1.800	2.200	2.500	3.300	39	50
administratief personeel								
klerken 1 ^e klasse	id.	Kindergeld	1.200	1.700	1.800	2.300	50	35
klerken 2 ^e klasse	id.	id.	800	1.100	1.300	1.700	63	55
verplegend personeel								
gehuwde verplegers	Vrije inwoning, voeding en dienstkleding, kindergeld	id.	800	1.000	1.400	2.000	75	100
hoofdverpleegsters	Vrije inwoning, voeding en dienstkleding	Vrije inwoning, voeding en dienstkleding	500	700	500	700	0	0
huisvaders gedipl.	id.	id.	500	700	800	900	60	29
eerste verplegers	id.	id.	400	600	500	700	25	17
eerste verpleegsters	id.	id.	400	600	500	700	25	17
huisvaders ongedipl.	id.	id.	400	600			nvt	nvt
gedipl. verplegers	id.	id.	300	500	600	800	100	60
gedipl. verpleegsters	id.	id.	300	500	600	800	100	60
leerling B	id.	id.	250	250	500	500	100	100
leerling A	id.	id.	225	225	450	450	100	100
aspirant	id.	id.	200	200	400	400	100	100

*Min. = aanvangssalaris, max. = topsalaris binnen functiegroep. Niet alle werknemers zijn in dit schema opgenomen. In 1930 gold voor de meeste huishoudelijke en technische medewerkers dat zij verdienden wat in de regio gebruikelijk was voor soortgelijke functies. Het salarisoniveau van deze groepen was vergelijkbaar met dat van het verplegend personeel.

Bron: HDCNP 501 inv. nr. 12, Salarisregelingen VCV, 1919 en 1930.

Tabel III-11 geeft nog een ander voorbeeld, uit katholieke hoek. Overigens dient men zich te realiseren dat in katholieke gestichten en inrichtingen in deze tijd overwegend religieuze werkzaam waren. In deze instellingen waren de schommelingen in de salariskosten veel minder.

Een belangrijk groeiende kostenpost die met de salarissen verband hield, vormde de post ‘sociale lasten’. In het overzicht van de VCV zien we al dat onder de vaste emolumenten voor het hogere personeel onder meer een bedrag voor ‘kindergeld’ was opgenomen. Deze bijdrage bestond ook in andere gestichten. Het ‘kindergeld’ anticipeerde op de komst van een kinderbijslagregeling, waarover sinds 1920 een politiek debat over werd gevoerd, maar die uiteindelijk pas wettelijk werd vastgesteld in 1939 en van kracht werd in 1941.¹

Tabel III-11

Salarisverbetering lekenverplegenden St. Anna in 1928 in guldens

	1927	1928
Leerling eerste jaar	216	240
Leerling tweede jaar	240	300
Leerling derde jaar	264	360
Gediplomeerd	300	480

Bron: Viester s.a. [1958], 83.

De discussie over voorzieningen voor de oude dag was al veel eerder ingezet. In hoofdstuk I schreven wij al dat de uitbouw van het stelsel van sociale verzekeringen in Nederland vergeleken met de ons omringende landen vrij traag verliep. Veel bedrijven – waaronder verschillende krankzinnigengestichten en psychiatrische inrichtingen - waren allang zelf begonnen met het opzetten van voorzieningen voor de oude dag. Vaak ging het om liefdadige fondsen, opgericht naar aanleiding van een jubileum van het bedrijf of een donatie uit de winst.² De VCV beschikte al sinds bijna het begin van zijn bestaan over zo’n eigen pensioenfonds. En ook Santpoort had, zo zagen wij in hoofdstuk II, al sinds jaar en dag een pensioenfonds. De afdrachten aan de pensioenfondsen namen na de Eerste Wereldoorlog een grote vlucht, die werd versterkt doordat in 1919 de Wet betreffende Vrijwillige Ouderdomsverzekering in werking trad.³

Van der Scheer had een berekening gemaakt voor Santpoort: in 1923 ging het in die instelling om twee ton, en dit was evenveel als er aan voeding werd uitgegeven. Hij drong erop aan de regeling te veranderen, vooral omdat een groot deel van het personeel, namelijk de meeste leerlingen en

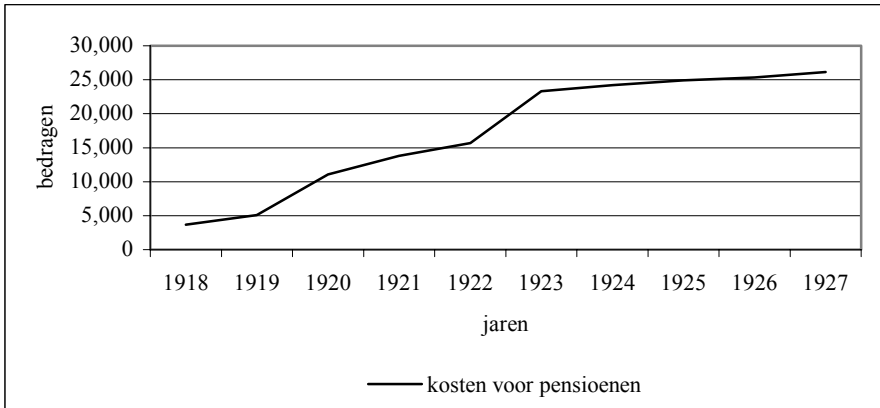
¹ Van Gerwen 2000a, 100-103.

² Smolenaars 1995, 180-181.

³ Van Gerwen 2000a, 107-108.

Grafiek III-12

Kosten voor pensioenen Wolfheze in guldens per jaar (1918-1927)



Bron: VKIN s.a. [1919-1928].

een groot deel van de gediplomeerde verplegenden, nooit profijt zou krijgen van de bijdrage.¹ Hij doelde hiermee vermoedelijk op de vrouwelijke personeelsleden, die trouwden en ontslag namen, en daarmee hun rechten op pensioen verspeelden.²

Toename van de personeelsomvang

De personeelslasten in de gestichten stegen niet alleen door een toename van de individuele salarissen inclusief de sociale lasten. Ook de personeelsomvang nam toe (tabel III-12).

Tabel III-12

Aantal verplegenden werkzaam in een krankzinnigengesticht of psychiatrische inrichting in Nederland (1916, 1921, 1930)

	verplegenden totaal				gediplomeerden		
	aantal	v (%)	m (%)	ratio*	aantal	% van totaal	ratio*
1916	2.645	66	34		685	26	
1921	3.527	57	43	5	882	25	19
1930	4.533	65	35	5	1.783	39	12

* gemiddeld aantal patiënten per verplegende

Bron: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 310 (de exacte cijfers staan vermeld in een conceptversie van deze publicatie en zijn ontleend aan: Aan de Stegge, dissertatie in voorbereiding, hoofdstuk 2).

¹ Stuurman 1923, 343.

² Met dank aan T. Hoekstra voor dit inzicht. Nb. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of het inderdaad zo was dat volgens de destijds geldende pensioenregeling vrouwen hun pensioenrechten verspeelden zodra ze trouwden. Het is wel zeer waarschijnlijk.

De groeiende omvang van het personeel uitte zich niet ondubbelzinnig in een 'betere' personeelsbezetting. De verschillen tussen de gestichten als het ging om personeelsbezetting - met name tussen katholieke en niet-katholieke instellingen - bleven ook in deze periode groot.¹

In de tabel is ook te zien dat het gemiddelde aantal patiënten per verplegende niet veranderde. Het aantal opgenomen patiënten groeide namelijk even hard: in 1921 waren er ruim 16.000 patiënten opgenomen, in 1930 ruim 21.000.² In feite vond er zelfs een relatieve verslechtering van de ratio plaats: in dezelfde periode vond namelijk ook verkorting van de werktijd plaats. De Provinciale Ziekenhuizen liepen hierbij aanvankelijk eenzaam voorop, als gevolg van het feit dat de beampten (ook de verplegenden) als provincieambtenaren werden beschouwd.

In - toen nog - Meerenberg werd al in 1914 de 10-urige werkdag ingevoerd voor het niet-verpleegkundige deel van het personeel. Voor het verpleegkundige personeel werd er een begin mee gemaakt, maar het omzetten van de roosters kostte tijd en voordat alles in kannen en kruiken was, gooide de mobilisatie roet in het eten.³ Een jaar later was het proces nog niet steeds voltooid, omdat men zich plots realiseerde dat er met de invoering van een 10-urige werkdag (plus de bijbehorende vrije zaterdagmiddag) ook veel meer personeel zou komen en dat voor al die mensen ook huisvesting moest worden geregeld. Dat was nogal ingewikkeld, omdat een aantal verpleegkundigen vanwege de mobilisatie afwezig was (wanneer zouden zij weer terugkeren?) en omdat tegelijkertijd werd gewerkt aan de uitbreiding van het externaat (ook ongehuwden moesten buiten het gesticht kunnen wonen). Aan het einde van het jaar was de vrije dag per week geregeld, maar de invoering van de 10-urige werkweek was nog altijd niet rond.⁴ Dit gebeurde uiteindelijk pas in 1916.⁵ Toen kwamen ook de gemobiliseerde verplegenden weer terug.⁶

De inroosterings- en huisvestingsproblemen waren nog maar net overwonnen, toen minister P.J.M. Aalberse van Arbeid een uitgebreid programma voor sociale wetgeving opstelde. Onderdeel van dit programma was de invoering van de 45-urige werkweek voor ambtenaren in 1918.⁷ Eind 1919 trad de Arbeidswet in werking, die de 8-urige werkdag met vrije zaterdagmiddag (45-urige werkweek) verplicht stelde in fabrieken, kantoren en werkplaatsen. Meerenberg, inmiddels Provinciaal Ziekenhuis

¹ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 310.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, Bijlage 5A.

³ Van Walsem 1915, 29.

⁴ Van Walsem 1916, 32.

⁵ Verbeek 1949, 225.

⁶ Stuurman, 1923, 334. Het betreft een mededeling van Van der Scheer.

⁷ Blok 1997a, 125.

nabij Santpoort geheten, kreeg opnieuw te maken met nieuwe personeelsleden, nieuwe roosters en alle problemen van dien. Voor het niet-verplegend personeel verliep de omslag opnieuw vrij soepel, maar voor het verplegend personeel stuitte men op zulke grote bezwaren, dat de invoering bij deze tak van dienst voorlopig onmogelijk bleek. De bezwaren lagen voor de hand. In de eerste plaats moest het aantal verplegenden opnieuw worden uitgebreid, terwijl de daarvoor geschikte personen niet meteen voorhanden waren. Bovendien moesten opnieuw maatregelen getroffen worden om het nieuwe personeel op passende wijze te huisvesten. Ook dat vergde tijd.¹ ‘Op het eerste gezicht staat iedereen verbluft over het enorme aantal verplegenden, dat nodig blijkt om de dienst in ons Ziekenhuis op passende wijze te laten verlopen,’ meldde het jaarverslag in 1920. Voor een gewone dagdienst waren voor elke twee roosterplaatsen vijf verplegenden nodig.² De kosten die met de invoering van de kortere werkdagen en –weken gemoeid waren, lagen dan ook veel hoger dan gepland. Uit de exploitatiecijfers was gebleken dat de rekening van Santpoort in 1919 meer dan een miljoen gulden negatief sloot.

Onnoodig te zeggen, dat daaruit dadelijk mocht worden geconcludeerd, dat zuinigheid zou moeten worden betracht, doch dat tevens onvermijdelijk tot verhooging der verpleeggelden zou moeten worden besloten...³

De pogingen van Santpoort om uit de rode cijfers te komen, vallen verder buiten het bestek van dit hoofdstuk, maar zullen her en der nog wel ter sprake komen.

Intussen werd in de andere gestichten ook nagedacht over verkorting van de werkdag en werkweek. Een commissie van de NVPN concludeerde in 1922 dat de achturige werkdag weliswaar uitvoerbaar was, maar dat niemand er echt op zat te wachten. ‘Voorkeur geeft men aan een 9- of 10-urigen arbeidsdag.’⁴ Zo bleven de Provinciale Ziekenhuizen uiteindelijk uitzonderlijk als het ging om de kortere werktijden. Het Rotterdamse Maasoord had het onderwerp op de agenda gezet, maar was vooralsnog niet veel verder gekomen dan dat. Het verplegend personeel in bijna alle andere gestichten werkte tussen de 54 en 60 uur per week (in sommige gestichten zelfs meer dan 60 uur). Een voorstel van een bezuinigingscommissie van de NVPN om de arbeidstijd naar 60 uur te verhogen kreeg evenwel onvoldoende steun. De NVPN bepleitte wel een verlenging van

¹ Kam [1920], V.

² Geciteerd bij Verbeek 1949, 230.

³ Kam s.a. [1920], 43.

⁴ N.n. 1922b, 406. Geciteerd bij Oosterhuis en Gijswijf-Hofstra 2008, 312.

het uitstel van de invoering der Arbeidswet voor verplegingsinrichtingen vanwege hun ‘moeilijke economische omstandigheden’.¹

Ondertussen was er namelijk een kleine economische depressie gekomen, die allerwegen de roep om bezuinigingen had doen klinken. (Meer hierover in het volgende hoofdstuk.) Pas op 3 september 1928 werd bij het Verplegingsbesluit vastgesteld dat de Arbeidswet ook moest gelden voor werk in ‘verplegingsinrichtingen’. Op 1 januari 1929 werd de wet van kracht en vanaf dat moment was de werkdag maximaal 10 uur, de werkweek 55 uur.² Voor religieuzen gold deze bepaling niet, waardoor de relatief lange werkdagen in katholieke instellingen bleven bestaan, evenals de ‘ongunstige’ verhouding van het aantal patiënten per verplegende.³

Toename van het opleidingsniveau

De lonen waren (enigszins) verbeterd, het aantal verplegenden was (enigszins) toegenomen. Was er nu ook nog een verandering te bespeuren in het (opleidings)niveau van de verplegenden? Tabel III-12 leert dat ook het aantal gediplomeerden in de gestichten en inrichtingen was toegenomen. Volgens Aan de Stegge werden in de periode 1892-1925 in totaal ongeveer 4.800 diploma’s behaald. Dat was gemiddeld zo’n 145 per jaar. Tussen 1926 en 1940 lag het gemiddelde veel hoger: zo’n 400 diploma’s per jaar.⁴

De toename van het aantal gediplomeerden is vermoedelijk mede te danken aan de komst van de Wet tot wettelijke bescherming van het diploma ziekenverpleging in 1921. Aan het begin van de twintigste eeuw bestonden er vele verschillende verpleegdiploma’s naast elkaar. De kwaliteit van de diploma’s verschilde en er was geen overeenstemming in curriculum of examenprocedure. Sinds het begin van de eeuw werd er door de verschillende bonden voor verplegend personeel gelobbyd voor wetgeving op dit gebied, zodat er duidelijkheid zou komen over de status van het diploma en er wellicht meer jongeren aangetrokken zouden worden om de opleiding te gaan volgen. In 1921 werd de Wet tot wettelijke bescherming van het diploma ziekenverpleging aangenomen, die op 1 januari 1924 van kracht werd. De wet bood titelbescherming, geen beroepsbescherming. Iedereen mocht krankzinnigen verplegen, maar iemand mocht zich alleen ‘krankzinnigenverpleegster’ of ‘-verpleger’ noemen als zij of hij een wet-

¹ Van der Scheer en Van der Hoeven Jr. 1924, 301-302, 309, 314-315.

² Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 312.

³ Een groot aantal patiënten per verplegende is derhalve niet zonder meer als een gebrek aan kwaliteit te benoemen en vice versa. De hoeveelheid tijd die een verplegende voor een patiënt beschikbaar heeft, zou wel als een indicator kunnen gelden, maar daarover zijn voor de onderhavige periode geen gegevens beschikbaar.

⁴ Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 308.

telijk erkend diploma voor krankzinnigenverpleging had behaald, in één van de inrichtingen met een opleidingserkenning. Er waren vier opleidingsinstellingen: de NVPN, de twee rijkskrankzinnigengestichten, de VCV en enkele katholieke inrichtingen met een opleidingserkenning.¹ Tegelijk met de erkenning van het diploma, trachtte de rijksoverheid ook meer greep te krijgen op de instellingen die zich bezighielden met opleiden en examineren. In 1929 werd vastgelegd aan welke eisen een particuliere instelling moest voldoen om een erkenning als opleidingsinstituut te verwerven.²

Vershil voor de patiënten

Zo kregen de patiënten in de gestichten uiteindelijk indirect enig voordeel van de veranderde tijdsomstandigheden na de Eerste Wereldoorlog. Na jaren te maken te hebben gehad met vermoeide, slecht betaalde, soms zelfs slecht gevoede en in armoedige omstandigheden levende verplegenden en met artsen die zij soms maar heel even voor een kort gesprek te zien kregen, werd de situatie begin jaren twintig iets beter.

Door de verkorte werkweek kwam er wel meer gedoe met de overdracht van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende ploegen, maar de verplegers en verpleegsters waren misschien wel wat beter uitgerust. Ze waren in elk geval gemiddeld beter opgeleid en ze verdienden ook beter dan voorheen. Dit laatste was echter meer het inhalen van een achterstand dan dat er werkelijk sprake was van een beter salaris. De secundaire voorzieningen, bijvoorbeeld in de vorm van een pensioenregeling, werden wel belangrijker. Of dit ook iets heeft uitgemaakt voor de patiënten, weten we niet. Er is destijds geen onderzoek naar gedaan.

De verschillen in personeelsbezetting tussen de gestichten bleven groot, zo blijkt uit het Verslag van het Staatstoezicht, waarin deze gegevens voor twaalf instellingen waren uitgesplitst. In de meeste van deze twaalf instellingen was de ratio van het aantal verplegenden op het aantal bedden 1 op 4 of 5, maar sommige zaten hier (ver) boven: Endegeest in Oegstgeest met 1 op 8, St. Bavo in Noordwijkerhout met 1 op 12. Beide instellingen waren alleen bedoeld voor de laagste klasse.

Ook binnen de gestichten en inrichtingen waren er nog altijd grote verschillen: tussen de mannen- en de vrouwenzijde, en - als deze voorziening er was - tussen de gestichtafdeling en de open afdeling, en tussen de klassen. Vooral waar het ging om het aantal gediplomeerde verplegenden. Santpoort, dat - zoals bekend - over een omvangrijke verpleegformatie beschikte, zat in 1930 op een gemiddelde ratio van 1 op 4. Beperkte men

¹ Aan de Stegge 2001, 695; Aan de Stegge 2004, 83-85; Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008, 302.

² Aan de Stegge 2001, 696.

zich hier echter tot het aantal *gediplomeerden*, dan was de ratio aan de mannenkant 1 op 6 en aan de vrouwenkant 1 op 9. In de gestichtafdeling was de ratio voor mannen 1 op 5, voor vrouwen 1 op 8. In de aangewezen afdeling was de ratio voor de mannen 1 op 8, voor vrouwen 1 op 13. De vrouwen in de aangewezen afdeling waren dus het minst bedeed met (gediplomeerd) personeel. Dit gold niet alleen voor Santpoort, maar voor alle inrichtingen. Daarbij moet men bedenken dat het gaat om de *gemiddelde* bezetting: in de hoogste klasse was de bezetting vaak 1 op 2, of zelfs 1 op 1; de laagste klasse - die van de armlastige gemeentepatiënten - zat daar v er boven.¹

§ 7. Slotwoord

Door de economische problemen tijdens de Eerste Wereldoorlog waren sommige gestichten bijna bankroet gegaan maar - zoals een Oudhollands spreekwoord luidt - 'elk nadeel heb sijn voordeel'. De zorgen brachten de instellingen - met uitzondering van de katholieke - bij elkaar. De samenwerking leidde tot een oplossing van de financiële problemen in de vorm van het modelcontract en een nieuw tariefstelsel, gebaseerd op de exploitatie. Het nieuwe tariefstelsel vereiste transparantie in zaken, en een uniform boekhoudsysteem, dat ook beter aansloot bij de realiteit. De *Kosten-de prijs*, waarin de aangesloten instellingen hun exploitatiecijfers gingen bundelen, was een eerste stap in die richting, maar het zou nog jaren duren voordat de uniformering van de boekhouding er helemaal door was. Dus bleef het lastig voor de betalende partij de jaarcijfers en dus ook de daarop gebaseerde tarieven onderling te vergelijken. Ook al omdat de katholieken helemaal buiten de organisatie waren gebleven.

Ondertussen was het voor de gestichten wel een stuk gemakkelijker geworden om de exploitatie zonder al te grote verliezen rond te krijgen. Sommige gestichten konden zelfs winst maken. Eindelijk kon achterstallig onderhoud worden verricht. Er was hier en daar ook geld voor nieuwe behandelmethoden, en de invoering van de 'nieuwe koers', oftewel de komst van open afdelingen, kon in verschillende gestichten sijn beslag krijgen.

Het meeste geld ging zitten in zaken waar de patiënten niet direct voordeel van hadden: arbeidsduurverkorting, sociale lasten en pensioenpremies. De relatie tussen dergelijke kostenposten en de kwaliteit van zorg werd destijds wel gelegd - zie bijvoorbeeld het eerder aangehaalde artikel van Verbeek -, maar blijft uiteindelijk wel heel erg indirect.

De kosten voor de gestichten liepen hierdoor nog verder op, maar nu ver-

¹ De Inspectie 1932. Met dank aan G.J. Cecile aan de Stegge voor het beschikbaar stellen van deze gegevens en het bijbehorende rekenwerk.

oorzaakte dat geen gaten meer in de gestichthuishoudingen: de tarieven en de kosten liepen voortaan met elkaar in de pas. De provincies hadden nu ineens wel de mogelijkheid om eisen te stellen aan de manier waarop het geld werd besteed. Dat dit in de jaren twintig echter weinig gebeurde, zal in hoofdstuk IV uitgebreid aan de orde komen. Particuliere gestichten zaten niet altijd te wachten op provinciale bemoeienis met de zorg, gehecht als zij waren aan ‘soevereiniteit in eigen kring’.

Anders dan men zou verwachten, hadden de krankzinnigengestichten op het terrein van de ziekenhuisadministratie nu eens niet het ziekenhuis als het grote voorbeeld voor ogen, maar vervulden zij zelf de rol van voortrekker.¹ Dit is te verklaren als we kijken naar de sociaalmedische constellatie in die tijd. Gestichten waren gemiddeld veel groter dan de algemene ziekenhuizen en ze hadden als gevolg van de financieringssystematiek een beperkt budget. Daardoor waren de problemen als gevolg van de slechter wordende economische omstandigheden nijpender en was uit de aard der zaak de noodzaak groter er iets aan te doen.

Daar de (grote) Provinciale Ziekenhuizen de duurste gestichten waren en daar ook het meest op werden aangesproken, is het geenszins verwonderlijk dat juist uit die hoek de administratieve vernieuwing kwam. Het was Verbeek, de administrateur van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, die tekende voor de meeste stukken over de invoering van zowel de commerciële boekhouding als de organische bedrijfsrekening.

Santpoort liep ook voorop met de invoering van nieuwe therapieën als de malariatherapie en de slaapkuur. De inrichting was tevens relatief vroeg met de introductie van de open afdeling (de ‘nieuwe koers’), en met de instelling van de verkorte werkweek en de extra vrije dagen. Bovendien kende Santpoort verhoudingsgewijs een vrij royale personeelsbezetting. Het personeel was relatief goed opgeleid. Ten slotte werd juist hier in 1919-1920 de commerciële boekhouding ingevoerd, waardoor er voortaan ook een flinke post ‘afschrijvingen’ in de exploitatiecijfers werd opgenomen. Het was al met al allerm minst verwonderlijk dat de verpleegkosten van Santpoort (en die van Duin en Bosch) - en dus ook de sinds begin jaren twintig daarop gebaseerde tarieven - zo veel hoger lagen dan die in de andere instellingen. Toen halverwege de jaren twintig het economische tijdslotte omsloeg en er voor het eerst een ernstige roep weerklonk tot bezuinigen, kregen vooral de medewerkers van de Provinciale Ziekenhuizen daarmee te maken. Een commissie van vooraanstaande personen in het krankzinnigenwezen boog zich over de vraag hoe de in nood verke-

¹ Van Aalst et al. s.a. [ca. 1954].

rende Provinciale Ziekenhuizen het beste zouden kunnen bezuinigen. Een van de aanwezigen, (toen nog) geneesheer Van der Scheer, riep bij deze gelegenheid op om

bij al de genoemde punten als eerste gedachte [te laten] vooropstaan dat slechts de behartiging der belangen van onze krankzinnige en zenuwzieke medemenschen de drijfkracht van al ons handelen mag zijn.¹

De vraag of daar in werkelijkheid ook iets van terecht kwam, gaat echter het bestek van dit hoofdstuk te buiten.

Blijft over de vraag wat dit allemaal betekende voor de patiënten. Zij die de oorlogsjaren hadden doorgebracht in de gestichten, zullen beslist het gevoel hebben gehad dat het daarna allemaal beter werd. Het maakt nogal wat uit of iemand elke dag een variatie van het armeluiseten rijst krijgt voorgeschoteld, of dat er iedere dag iets anders op tafel staat. En het verschilt wel of er gediplomeerde verpleegkundigen aan het bed staan of ongediplomeerden die het vak nog moeten leren. Maar op de vraag hoe een patiënt die veranderingen ervoer op het moment dat ze geleidelijk plaatsvonden, wanneer er in de maatschappij ook het een en ander aan het veranderen was, of als hij of zij zelf in een schemertoestand verkeerde, of met zelfmoordplannen rondliep, moeten wij het antwoord schuldig blijven.

¹ Stuurman 1923, 345.