

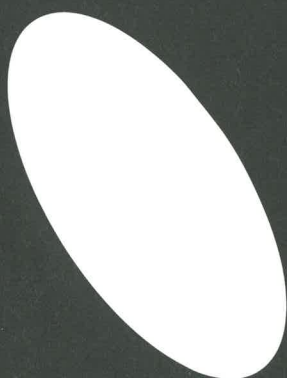
GEDEELDE ZORG: BETERE ZORG

RAPPORT
van de Commissie
modernisering
curatieve zorg



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946



januari 1994

E. NIELSEN B.J.F. 6

vormgeving:

Jos Stoopman, Rotterdam

zetwerk en druk:

Ammerlaan Grafische Groep, Wateringen

produktie:

Centrale Directie Voorlichting, Documentatie
en Bibliotheek van het ministerie van WVC

uitgave:

Commissie modernisering curatieve zorg

Het rapport van de Commissie
modernisering curatieve zorg en
de achtergrondstudies kunt u schriftelijk of
telefonisch bestellen bij

- Hageman bv, Postbus 281
2700 AG Zoetermeer
telefoon 079-61 11 88
fax 079-61 39 27
onder vermelding van het afleveradres en
- Rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg'
ISBN 90-74364-59-4
(prijs f 15,- per exemplaar)
- Achtergrondstudies 'Gedeelde zorg: betere zorg'
ISBN 90-74364-60-8
(prijs f 35,- per exemplaar)

Voorwoord

De gezondheidszorg verkeert in een periode van heroriëntatie. De medische mogelijkheden en wensen nemen toe, maar de middelen blijven schaars. Nieuwe zorgvormen kondigen zich aan, maar de regels staan vaak nog in de weg. Verantwoordelijkheden verschuiven, maar blijven diffuus. De politiek wikt en weegt, maar durft vaak geen definitieve besluiten te nemen.

Tegen deze achtergrond heeft de Commissie modernisering curatieve zorg zich gebogen over de organisatie van de zorgverlening door huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen. Inzet was om praktische voorstellen te doen voor een curatieve zorg die zo goed mogelijk voldoet aan maatschappelijke vereisten.

Essentieel in de commissie-voorstellen is de versterking van de onderlinge samenhang in de curatieve zorg. Het echelon-denken met alle bijbehorende regels moet worden ingeruild voor het denken in de vorm van een continuüm van zorg. Dat betekent onder andere een versterking van de samenwerking tussen huisarts en specialist, meer mogelijkheden voor transmurale zorg en integratie van medisch-specialistische en ziekenhuiszorg. De commissie vat deze veranderingen samen in het credo: gedeelde zorg is betere zorg.

Deze visie op de organisatie van de curatieve zorg vormt voor de commissie de hoofdzaak. De voorstellen voor veranderingen in instrumenten en regelgeving vloeien daar uit voort. Zij vormen geen doel in zichzelf, maar zijn in de visie van de commissie noodzakelijk om de beoogde organisatie van de

curatieve zorg te bereiken. Eerst de zorg en dan het stelsel en niet andersom, zoals het de afgelopen jaren nog wel eens heeft geleken.

Het is naar de mening van de commissie de hoogste tijd dat de betrokken partijen in de gezondheidszorg nu werkelijk meer verantwoordelijkheden op zich gaan nemen en daarop ook worden aangesproken. Dat geldt voor de artsen en zorginstellingen, maar ook voor de zorgverzekeraars en de burgers als gebruikers van de zorg. Zij allen spelen een rol bij het bepalen en beïnvloeden van de ontwikkelingen in de curatieve zorg.

De rol van de overheid is en blijft onmisbaar. De gezondheidszorg is immers voor een belangrijk deel een publiek goed, waarvoor de overheid het kader en de spelregels formuleert. Dat vergt zeker geen gedetailleerde overheidsbemoeienis maar wel het maken van duidelijke keuzen op hoofdpunten. Zo moet ook de overheid haar verantwoordelijkheid nemen.

Heroriëntatie gaat vaak gepaard met nieuwe kansen en bedreigingen. Met dit advies hoopt de commissie een perspectief voor nieuwe kansen te bieden. Heldere politieke besluitvorming over de voorgestelde koers is daarbij een eerste voorwaarde.

Namens de Commissie modernisering curatieve zorg,

mr B.W. Biesheuvel, voorzitter

INHOUDSOPGAVE

	Samenvatting	11
1	Inleiding	17
2	Uitgangspunten en werkwijze	19
2.1	Uitgangspunten	19
2.2	Werkwijze	21
3	Kenschets van de curatieve zorg	22
4	Organisatie van het zorgaanbod	26
4.1	Naar een nieuwe ordening; het zorgcontinuüm	26
4.2	De huisarts als poortwachter	28
4.3	Het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf	31
4.4	Transmurale zorg	37
4.5	De besturing van de curatieve zorg	40

5	Instrumentarium: bekostigingssystematiek	42
5.1	Inleiding	42
5.2	Bekostiging huisartsen	43
5.3	Bekostiging medische specialisten	46
5.4	Bekostiging ziekenhuis	50
6	Instrumentarium: capaciteitsbepaling	54
6.1	Capaciteitsbepaling ziekenhuisvoorzieningen	54
6.2	Capaciteitsbepaling artsen	57
7	Instrumentarium: verzekeringssystematiek	61
7.1	Inleiding	61
7.2	Het verzekerde pakket	61
7.3	De rol van de zorgverzekeraars	62
7.4	Eigen risico's	64
8	Instrumentarium: kwaliteit, inzicht en toetsing	66
8.1	Het belang van informatie	66
8.2	Kwaliteit en verantwoording van het medisch handelen	67
8.3	Landelijk inzicht en toezicht	69
9	De spelers opnieuw in beeld	72
9.1	De patiënt	72
9.2	De huisarts	73
9.3	De medische specialist	73
9.4	Het ziekenhuis	74
9.5	De zorgverzekeraar	75
9.6	De overheid	75

10 Invoering van de voorstellen 78

- 10.1 Aanpak op hoofdlijnen 78
- 10.2 Veranderingen op de korte termijn 79
- 10.3 Veranderingen op de langere termijn 85

Bijlagen 87

- 1 Samenstelling en instellingsbeschikking
Commissie modernisering curatieve zorg 89
- 2 Relatie medische specialist - ziekenhuis 96
- 3 Honoreringsstructuur huisartsen 107
- 4 Honoreringsstructuur medische specialisten 115
- 5 Invoeringstraject 127
- 6 Overzicht van instanties waarmee de
Commissie modernisering curatieve zorg heeft gesproken 141

Achtergrondstudies

In een bij dit rapport horende aparte uitgave is een viertal achtergrondstudies opgenomen, die op verzoek van de commissie zijn uitgevoerd.

Het betreft de volgende studies:

- a Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten; NZi/NIVEL
- b Advies inzake de juridische vormgeving van de relatie medisch specialist - ziekenhuis; Van Benthem & Keulen
- c Een uniform, gedifferentieerd honorarium voor huisartsenzorg; NIVEL
- d Goodwillproblematiek Medische Specialisten 'Van Goodwill naar Pensioen'; Coopers & Lybrand



Samenvatting

Algemeen

De Commissie modernisering curatieve zorg heeft haar aandacht vooral gericht op de organisatie en het functioneren van het curatieve zorgaanbod. De centrale vraag was hoe het geheel van huisartsenzorg, medische specialistische zorg en ziekenhuiszorg kan worden georganiseerd vanuit het streven naar doelmatigheid en kostenbeheersing. Vervolgens is gekeken naar het instrumentarium dat kan worden ingezet om de beoogde organisatie en wijze van functioneren van de curatieve zorg te realiseren.

Tot slot heeft de commissie suggesties gedaan voor de invoering van de voorstellen.

Organisatie van het curatieve zorgaanbod

De commissie vindt van essentieel belang dat de curatieve zorg meer in onderlinge samenhang wordt gezien. Onnodige zorg moet worden voorkomen en voor de wel noodzakelijke zorg moet de toedeling beter plaatsvinden. Van echelons met hun eigen regels en domeinen moet worden overgegaan naar een continuüm van zorg. Nauwere samenwerking en afstemming tussen de verschillende voorzieningen op het terrein van de curatieve zorg is nodig. Pas dan kan zorg op maat worden gerealiseerd.

Binnen het continuüm van zorg besteedt de commissie aandacht aan drie hoofdgebieden: de generalistische zorg, de specialistische zorg en de transmurale zorg.

Generalistische zorg

Bij het beschouwen van de generalistische zorg staat de positie van de huisarts centraal. De huisarts vervult in de ogen van de commissie een cruciale rol op het continuüm van zorg. Als regel is hij het eerste aanspreekpunt voor patiënten. De huisarts beoordeelt of zorg nodig is en zo ja, of hij deze zelf kan verstrekken dan wel of verwijzing naar meer specialistische zorgverlening is vereist. Deze rol van poortwachter verdient nadere versterking. Dit kan onder meer worden bereikt via een verbreding van de uitoefening van het takenpakket en een nauwere samenwerking tussen huisartsen en specialisten.

Vanuit de invalshoek van kwaliteit van zorgverlening vindt de commissie het gewenst dat huisartsen zoveel mogelijk in groepspraktijken samenwerken. Zodoende ontstaat een vanzelfsprekende toetsing van het handelen met de naaste collega's.

Specialistische zorg

Kernvoorzieningen bij de specialistische zorg zijn de medische specialisten en de ziekenhuizen. De zorgverlening door medische specialisten en die door ziekenhuizen zijn vrijwel onlosmakelijk aan elkaar verbonden. In de huidige praktijk valt dan ook een toenemende verwevenheid tussen beide te constateren. De commissie onderschrijft deze ontwikkeling en is van mening dat dit organisatorisch zijn weerslag moet krijgen in het ziekenhuis-nieuwewijl: het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Kenmerkend voor dit bedrijf is dat de ziekenhuisorganisatie en de daarin werkzame artsen, verpleegkundigen en het andere personeel gezamenlijk staan voor het verlenen van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg.

Binnen het medisch-specialistische bedrijf zal sprake moeten zijn van decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar zelfstandig werkende eenheden met eigen budgetten. In deze organisatorische constellatie wordt recht gedaan aan de professionele autonomie van de medische specialist. Dit betekent echter geen absolute autonomie, maar een 'vrijheid in gebondenheid'. Daarbij hoort een toetsbare opstelling van de medische specialist. Voor de commissie is een eenduidige leiding een logisch sluitstuk van deze geïntegreerde benadering van het medisch-specialistische bedrijf.

De commissie pleit voor een heldere juridische relatie tussen specialist en ziekenhuis en geeft daarvoor mogelijkheden aan.

Transmurale zorg

Tussen de generalistische en de specialistische zorg ligt op het continuüm de transmurale zorg. Juist in dit tussengebied ontstaat een toenemende behoefte aan zorg op maat. Deze zorgverlening krijgt gestalte via samenwerkingsverbanden tussen generalistische zorg en specialistische zorg, waarbij de samenhang tussen 'cure' en 'care' van groot belang is. In de visie van de commissie bestaat er geen panklaar recept voor de wijze waarop deze zorgverlening het beste kan worden vormgegeven. Afhankelijk van tijd, plaats en omstandigheden kan de vormgeving van een passend zorgconcept immers variëren. Van essentieel belang is dat aan het domein-denken van eerste en tweede lijn een einde komt en dat er binnen de regelgeving ruimte is om nieuwe zorgvormen te realiseren.

Samenvattend hanteert de commissie het beeld van een zodanige organisatie van het curatieve zorgaanbod, dat sprake is van een soepel lopend raderwerk. Men kent elkaars specialiteiten en zorgt voor een dusdanige afstemming dat de afzonderlijke raderen soepel in elkaar grijpen.

Instrumentarium met betrekking tot het curatieve zorgaanbod

Vertrekpunt voor de commissie is geweest een versterking van de verantwoordelijkheid van partijen zelf. Dit begint bij de vrager van zorg. De patiënt dient een kritische consument te zijn en onnodig gebruik van zorg moet worden afgeremd.

De regelgeving en het instrumentarium dienen de aanbieders van curatieve zorg meer belang te geven bij een doelmatig zorgaanbod en hen daar meer verantwoordelijk voor te maken.

Daarnaast is de rol van verzekeraars van belang. Gekoppeld aan de versterking van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars wordt een toenemende betekenis toegekend aan contractrelaties op regionaal niveau tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit biedt mogelijkheden om op regionaal niveau te komen tot verdere vergroting van de doelmatigheid van zorg en het bieden van zorg op maat. Daarbij is essentieel dat de verzekeraar de plicht heeft ervoor te zorgen dat zijn verzekerden de aanspraken op zorg kunnen waarmaken.

Hoewel het accent ligt op dit lokale krachtenspel, blijft op een aantal essentiële punten een bepalende rol voor de overheid weggelegd. Deze rol is nodig om een voor een ieder toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg te kunnen blijven garanderen.

Vanuit bovenstaande visie op de besturing heeft de commissie aandacht geschonken aan het benodigde instrumentarium ter regulering van het zorgaanbod. De commissie heeft zich gericht op een viertal terreinen van regulering. Dit zijn de bekostiging van de zorg, de capaciteitsbepaling, de verzekeringssystematiek en het kwaliteitsbeleid in combinatie met de informatievoorziening.

Bekostigingssystematiek

Met betrekking tot de honoreringsstructuur van beroepsbeoefenaren bepleit de commissie een globale landelijk uniforme structuur met mogelijkheden om afhankelijk van de lokale situatie tot verfijningen te komen.

Voor de huisarts wordt voor alle verzekerden uitgegaan van een abonnementssysteem. Deze systematiek correspondeert met de langdurige arts-patiënt relatie. Om recht te doen aan verschillen in werkbelasting wordt het abonnementstarief gedifferentieerd naar een drietal leeftijdscategorieën. Aanvullend op deze landelijk uniforme basis wordt ruimte geboden voor lokale specifieke afspraken, afhankelijk van de breedte van de taakuitoefening en de mate waarin doelmatig wordt gewerkt.

In de visie van de commissie zal de bekostiging van medisch-specialistische hulp gaan lopen via het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Daarbij gelden enige landelijke spelregels met betrekking tot de bepaling van het basishonorarium van de medische specialist. Deze honorering zal aan de geleverde inzet zijn gerelateerd in plaats van aan de hoeveelheid verrichtingen. Uitgegaan wordt van een basishonorarium, waarvan de hoogte kan variëren afhankelijk van onder meer de werkdruk. Daarnaast zijn lokale opslagen mogelijk, afhankelijk van de uitoefening van specifieke functies en de mate waarin doelmatig wordt gewerkt.

De commissie stelt voor de goodwillproblematiek op te lossen via een omzetting van goodwill-rechten in pensioen-aanspraken. Financiering van deze operatie is mogelijk via een honoreringssystematiek voor jonge specialisten, die is gebaseerd op een ingroeieregeling.

Voor de bekostiging van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf zal geleidelijk een systematiek van produktprijzen worden ontwikkeld. Hierdoor is een grotere mate van flexibiliteit mogelijk en wordt een betere aansluiting gevonden tussen kostenvergoedingen en prestaties. De commissie gaat er van uit dat met een overzienbaar aantal geïntegreerde produkten het leeuwedeel van de reguliere patiëntenzorg kan worden getypeerd. Prijsvorming en volume-afspraken komen geleidelijk volledig tot stand via overeenkomsten tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

Capaciteitsbepaling

Ook met betrekking tot de capaciteitsbepaling legt de commissie meer verantwoordelijkheid bij partijen zelf. Uiteindelijk dient een situatie tot stand te komen waarin de aard en omvang van de zorgvoorzieningen wordt bepaald in de regionale situatie. Alleen voor majeure bouwbeslissingen en voor de kwaliteitseisen blijft een toets door de overheid bestaan. Daarnaast moeten bepaalde typen hooggespecialiseerde en kostbare voorzieningen apart worden geregeld. Dit geldt bijvoorbeeld voor topklinische en toppreferentiezorg. De regulering hiervan is een taak voor de overheid.

De bepaling van de opleidingscapaciteit voor medische vervolgoopleidingen dient op landelijk niveau door betrokken partijen te gebeuren.

Verzekeringssystematiek

Ten aanzien van de verzekeringssystematiek is de commissie van mening dat samenhang en afstemming tussen de curatieve zorgvoorzieningen het best mogelijk is indien deze voorzieningen zijn opgenomen in één verzekerings- en bekostigingsregime. De overheid dient snel keuzen te maken met betrekking tot de omvang en samenstelling van een basispakket van curatieve zorg.

Gepast gebruik kan worden gestimuleerd door het invoeren van een beperkt eigen risico.

Kwaliteit, inzicht en toetsing

Voor wat betreft de kwaliteit van zorg is het van belang dat artsen hun handelen kunnen baseren op inzichten in effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen. In dit verband zal het ontwikkelen van

standaarden verder moeten worden gestimuleerd; niet alleen binnen de generalistische zorg en de specialistische zorg, maar juist ook ten behoeve van de transmurale zorg. Verlengstuk hiervan is een toetsbare opstelling van beroepsbeoefenaren, waarbij verantwoording van het handelen vanzelfsprekend wordt. Een kritische en onafhankelijke informatievoorziening is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. Voor alle partijen (patiënten, zorgaanbieders en overheid) is een adequate informatievoorziening van groot belang.

In dit verband pleit de commissie voor de instelling van een onafhankelijke Raad voor de medische zorg, die tevens wordt belast met het toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Invoering van de voorstellen

De commissie sluit het advies af met aanbevelingen over de invoering van de voorstellen. Voltooing van de veranderingen in vijf jaar is richtsnoer. Partijen zelf zullen in belangrijke mate voor invoering kunnen zorgdragen. Het merendeel van de voorstellen van de commissie is op korte termijn – binnen het huidige stelsel – in te voeren.

1

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland behoort tot de beste in de wereld. De kwaliteit van de zorg en de toegankelijkheid tot het stelsel hebben internationaal een goede naam. De prijs die we hiervoor moeten betalen – voor 1993 geraamd op ruim 57 mld – is weliswaar aanzienlijk, maar blijkens OECD-cijfers internationaal gezien niet onredelijk. Zeker niet wanneer we kijken naar het brede pakket aan voorzieningen dat hiervoor wordt geboden, op het terrein van de gezondheidszorg en de nauw daarmee verbonden maatschappelijke dienstverlening.

Toch is er reden ons systeem van gezondheidszorg kritisch te volgen. Dat geldt te meer nu de vraag naar zorg de komende jaren steeds verder zal stijgen. Meer dan ooit is dan een doelmatige organisatie van de zorg nodig, om daarmee een bijdrage te leveren aan een beheerste kostenontwikkeling.

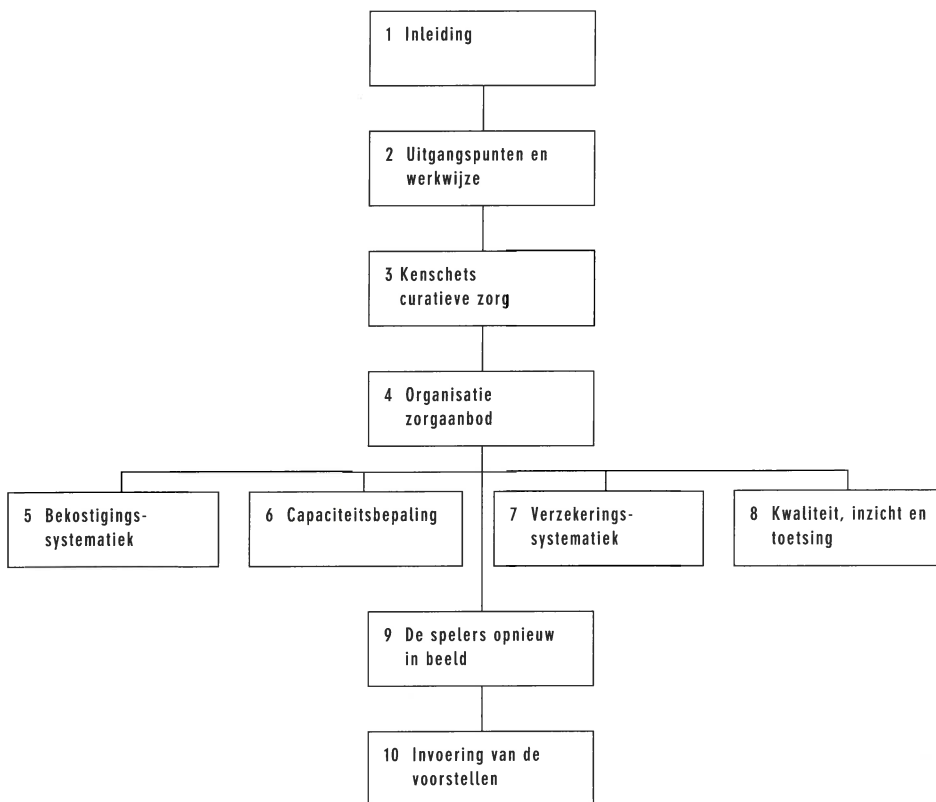
Tegen deze achtergrond heeft de Commissie modernisering curatieve zorg gewerkt, met als leidraad de opdracht zoals vermeld in de instellingsbeschikking van 27 januari 1993: 'De commissie heeft tot taak, in het licht van de modernisering van het zorgstelsel waarin voorzien is in het tot stand komen van een basisverzekering, op hoofdlijnen onderzoek te doen naar de positionering van het totaal aan medische zorg zoals thans geleverd door huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen, en daarover te adviseren.' De volledige tekst van de instellingsbeschikking en de samenstelling van de commissie zijn opgenomen in bijlage 1.

De commissie heeft zich primair gericht de organisatie van het curatieve zorgaanbod. Dat is de kern van haar advisering. Vervolgens is aandacht besteed aan het instrumentarium dat van invloed is op de curatieve zorg.

Daarin zijn veranderingen noodzakelijk om de gewenste organisatie van de curatieve zorg mogelijk te maken. De commissie rondt het advies af met het benoemen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van elk van de betrokken partijen in de zorgsector. Tevens wordt een traject voor de invoering aangegeven. Het is de bedoeling de gewenste situatie binnen 5 jaar vanaf heden te bereiken.

Deze opzet van het rapport is in schema als volgt weer te geven.

Opzet van het rapport



De commissie heeft tijdens haar werk van gedachten gewisseld met vele spelers in en rondom het veld van de curatieve gezondheidszorg. Niet om zo te zoeken naar het kleinste gemene veelvoud, maar wèl om praktijkgericht te kunnen adviseren.

Politiek en zorgsector zijn wederzijds verplicht tot het maken van duidelijke keuzen. Dat is in het belang van ons àllen als gebruikers en betalers van de zorg.

2

Uitgangspunten en werkwijze

2.1 Uitgangspunten

Bij het uitvoeren van haar werkzaamheden heeft de commissie zich laten leiden door een aantal uitgangspunten. Deze geven aan waaraan de curatieve zorg naar de mening van de commissie moet voldoen.

- 1 **Doelmatigheid.** Er moet sprake zijn van een zo groot mogelijke doelmatigheid binnen de curatieve zorg. Daarbij gaat het zowel om de allocatieve als de bedrijfseconomische doelmatigheid. Het eerste wil zeggen dat effectieve zorg – gegeven de budgettaire grenzen – zo goed mogelijk aansluit bij de voorkeuren van de consumenten, voor zover deze betrekking hebben op een reële zorgbehoefte. Dat betekent tegelijkertijd óók, dat geen curatieve zorg moet worden verleend indien deze niet nuttig of noodzakelijk is. Het tweede duidt op het streven een kwalitatief goede zorgproductie te maken tegen zo laag mogelijke kosten. De commissie staat een zodanige organisatie van de curatieve zorg voor ogen, dat de voorwaarden voor doelmatig handelen aanwezig zijn bij de zorgaanbieders.
- 2 **Goede kwaliteit van zorg.** Gegeven het huidige hoge kwaliteitsniveau mogen aanpassingen in het stelsel niet leiden tot aantasting van de kwaliteit van de zorg. Met de beschikbare middelen en mogelijkheden wordt een kwaliteitsbeleid gevoerd waarbij maximale inspanning voor de individuele patiënt wordt vervangen door optimale zorg voor zoveel mogelijk mensen. Dit uitgangspunt van goede kwaliteit van zorg is nauw verbonden aan het uitgangspunt van de doelmatigheid. Doelmatigheid vergt immers ook goede

kwaliteit en effectiviteit van zorg en, omgekeerd, artsen beschouwen doelmatigheid vaak als één van de aspecten van kwaliteit van zorg.

- 3 **Macro-kostenbeheersing.** De commissie is zich ervan bewust dat de overheid streeft naar een beheerste ontwikkeling van het totaal van de aan de curatieve zorg verbonden kosten. Dat komt neer op een beheerste ontwikkeling van de kosten van zorg voorzover deze voortvloeien uit het door de overheid gegarandeerde pakket aan zorg. Dit uitgangspunt vindt zijn grondslag in de noodzaak de collectieve lastenontwikkeling vanwege zijn economische effecten binnen de perken te houden én in het streven een bepaald niveau van curatieve zorg voor alle burgers toegankelijk te houden. Met het oog op dit uitgangspunt draagt uitsluitend de overheid de verantwoordelijkheid voor de omvang en samenstelling van een sober basispakket aan zorg. Voor wat betreft financiering is de rol van de overheid beperkt tot het vaststellen van de omvang van het collectief gefinancierde deel.
- 4 **Patiënt/cliënt-oriëntatie.** Het zorgaanbod is er voor de zorgbehoevende patiënt of cliënt. Daarop moet het – gegeven het vertrekpunt van de allocatieve doelmatigheid – dus ook zoveel mogelijk zijn afgestemd. Van de zijde van de patiënt/cliënt hoort daar bij een kritisch en sober gebruik van de zorg; zeker waar het gaat om de zorg uit het basispakket.
- 5 **Financiële toegankelijkheid van de zorg.** Het systeem van bekostiging van de curatieve zorg (hetzij via rechtstreekse betalingen door de patiënt, hetzij via de premiebetalingen als verzekerde) moet de toegankelijkheid voor de burger niet aantasten.
- 6 **Rol van de overheid.** Een volledige toepassing van het vrije marktmechanisme in de gezondheidszorg leidt noch tot een doelmatige noch tot een rechtvaardige toewijzing van middelen. Ten eerste is er het gevaar van prijsafspraken en monopolievorming onder verzekeraars en aanbieders van zorg. Ten tweede leidt vrije concurrentie op de verzekeringsmarkt tot een premie die afhangt van het risico, zodat minder gezonden moeite hebben zich te verzekeren of een zeer hoge premie moeten betalen. De overheid heeft tot taak een evenwicht te vinden tussen de voordelen van de vrije markt én solidariteit met mensen die zorg nodig hebben.

2.2 Werkwijze

De commissie heeft bij de uitvoering van haar opdracht de organisatie van de curatieve zorg als vertrekpunt gekozen. Het gaat om de vraag hoe het geheel van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg zodanig kan worden georganiseerd dat het zo goed mogelijk voldoet aan de gestelde uitgangspunten. Die aanpak betekent dat de aandacht zich primair richt op het niveau van de werkvloer van de curatieve zorg.

Van daaruit is gekeken naar de beschikbare instrumenten. De voorstellen die de commissie op dat punt doet, zijn gericht op het tot stand brengen van de gewenste organisatie en op het sober en doelmatig gebruik maken van de curatieve zorg.

De commissie heeft een praktisch en operationeel advies willen uitbrengen. Dat betekent dat niet is gekozen voor een blauwdruk van een toekomstige situatie maar voor een perspectief voor de middellange termijn, zeg vijf jaar, dat aansluit bij de huidige situatie. Door middel van een invoeringsvoorstel is dat nader geconcretiseerd.

Overeenkomstig de instellingsbeschikking heeft de commissie zich uitvoerig laten informeren en adviseren door deskundigen in de zorgsector. Met alle direct betrokken koepelorganisaties en de advies- en uitvoeringsorganen in de gezondheidszorg zijn gesprekken gevoerd. Daarnaast zijn ook vele andere verenigingen en organisaties gehoord, evenals individuele deskundigen en betrokkenen van binnen en buiten de gezondheidszorg. Ook schriftelijk ontving de commissie inbreng van vele zijden. In bijlage 6 is een overzicht gegeven van de instanties waarmee de commissie heeft gesproken.

De commissie is allen die op enigerlei wijze hun medewerking verleenden aan de werkzaamheden daarvoor zeer erkentelijk.

3 Kenschets van de curatieve zorg

Over de problemen met betrekking tot het functioneren van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zijn al boekenkasten vol geschreven. Dit zou het beeld kunnen oproepen dat er weinig deugt van de manier waarop de gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd. Dat is ten onrechte.

Uit internationale vergelijkingen komt naar voren dat het Nederlandse systeem de toets der kritiek glansrijk kan doorstaan. Met name op de punten: kwaliteit van zorg, beschikbaarheid van voorzieningen en financiële toegankelijkheid heeft Nederland een goede reputatie en wordt ons land regelmatig als lichtend voorbeeld genoemd.

Door de toenemende vraag naar voorzieningen, demografische ontwikkelingen en ook door de voortschrijdende technologie stijgen jaarlijks de kosten van gezondheidszorg. Naar het oordeel van de commissie is er reden zich zorgen te maken over deze kostenstijgingen en over de betaalbaarheid en de toegankelijkheid in de nabije toekomst, waarin zeer zorgvuldig met de beschikbare collectieve middelen moet worden omgesprongen.

De overheid heeft geprobeerd door middel van omvangrijke wet- en regelgeving de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg zoveel mogelijk te beheersen. Die aanpak berustte op de gedachte dat het mogelijk zou moeten zijn het aanbod van gezondheidszorg zeer sterk vanuit centraal niveau te reguleren. De politiek heeft echter inmiddels ingezien dat de maakbaarheid van de samenleving beperkt is. Uiteindelijk raken alle betrokkenen (ook de overheid) verstrikt in het web van een veel te fijn gesponnen regelgeving.

Daarom wordt al geruime tijd gewerkt aan een nieuwe oriëntatie. Een oriëntatie waarbij meer verantwoordelijkheden bij partijen worden gelegd. Maar eveneens een oriëntatie waarbij partijen in staat worden gesteld – instrumenten hebben – om te komen tot een zo doelmatig mogelijk verlenen van zorg.

Vanuit deze oriëntatie heeft de commissie gekeken naar de huidige wijze waarop de curatieve zorg is georganiseerd. Dat is mede gedaan op basis van een achtergrondstudie die op verzoek van de commissie is uitgevoerd. Deze studie is als achtergrondmateriaal bij het rapport gevoegd.

Een aantal van de meest in het oog springende belemmeringen met het oog op een beheerste kostenontwikkeling en maximale doelmatigheid in de curatieve zorg, wordt hieronder kort getypeerd.

Een schier onbegrensde vraag naar zorg

De vraag naar gezondheidszorg neemt gestaag toe. Dit wordt veroorzaakt door autonome ontwikkelingen, maar het vloeit ook voort uit de wijze waarop ons gezondheidszorgsysteem thans functioneert. Van de autonome ontwikkelingen zijn vooral de effecten van vergrijzing van de bevolking en met name van de groep hoogbejaarden (dubbele vergrijzing) in het oog springend. Deze demografische ontwikkelingen leiden tot een toenemend beroep op voorzieningen.¹ Daarnaast leiden technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen er toe dat ook de mogelijkheden van de gezondheidszorg steeds groter worden. Dit heeft belangrijke verworvenheden met zich mee gebracht. Ziektes kunnen beter worden bestreden, waardoor de gemiddelde levensverwachting gestaag is toegenomen.

Het Nederlandse verzekeringssysteem functioneert zodanig dat de hier aan de orde zijnde vormen van curatieve zorg een verzekeringsgraad van bijna 100% kennen. Daarmee is de financiële toegankelijkheid op individueel niveau gewaarborgd via het verzekeringssysteem. Dat is een belangrijk pluspunt. Keerzijde van deze medaille is dat voor verzekerden – zodra de verzekeringspremie is betaald – de prijs van medische zorg bij gebruik sterk wordt gereduceerd of zelfs nul wordt. Kosten-batenafwegingen spelen – op het moment van gebruik van voorzieningen – dan nauwelijks meer een rol.

¹ Zie onder andere: Centraal Planbureau: Zorg op lange termijn, nr. 93, Rapport commissie Van der Zwan: Gezondheidszorg in tel, RIVM: Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

De vraag van de patiënt wordt vooral ingegeven door de ervaren gezondheidssituatie en het streven naar het verminderen van onzekerheid. Het gevolg is een aanzienlijke – op maximale zorg gerichte – druk van de patiënt op de medische beroepsbeoefenaren.

Daarnaast gaat van het aanbod van zorg ook een stimulerend effect uit op de vraag. Patiënten bevinden zich nu eenmaal in een afhankelijkheidsrelatie, waarbij in hoge mate door de experts (de zorgaanbieders zelf) de omvang en wijze van zorgverlening wordt bepaald.

Gebrekkige informatievoorziening en het niet altijd beschikbaar zijn van standaarden en protocollen verhogen de onzekerheid voor zowel zorgvrager als zorgaanbieder.

In een tijd waarin de beschikbare collectieve middelen moeten worden afgewogen tegen andere prioriteiten resulteren de beschreven mechanismen in een steeds groter wordende druk op zorgaanbieders.

Gescheiden werelden van eerste en tweede lijn

De echelonnering van de eerste- en tweedelijnszorg heeft bijgedragen aan het verminderen van onnodig gebruik van voorzieningen. Dit is een belangrijke verworvenheid. Tegelijkertijd is de echelonnering in effect doorgeschooten, doordat een te scherpe scheiding in het curatieve zorgaanbod is ontstaan. Deze scheiding wordt mede ingegeven door sterk uiteenlopende organisatorische, plannings- en financieringskaders en honoreringssystemen voor de eerste en de tweede lijn. Hierdoor wordt een optimale allocatie van de beschikbare middelen belemmerd.

De functionele en organisatorische scheidslijn tussen generalisten en specialisten werkt door in de onderlinge relaties. Er is te vaak sprake van een gebrekkige samenwerking tussen huisartsen en specialisten: grote cultuurverschillen, onduidelijke taakafbakeningen en beperkte onderlinge communicatie zijn daar uitingen van.

Deze factoren belemmeren een soepele overgang en substitutie tussen de verschillende vormen van zorg en daardoor het leveren van optimale 'zorg op maat'.

Gescheiden werelden binnen de tweede lijn

De organisatorische en financiële constellaties van ziekenhuizen en van medische specialisten lopen sterk uiteen. Toch zijn de producten die wor-

den geleverd onlosmakelijk aan elkaar verbonden. De specialisten kunnen voor hun beroepsuitoefening meestal niet buiten het ziekenhuis; de centrale taak van het ziekenhuis is het bieden van medisch-specialistische hulp en daarbij horende verpleegkundige zorg.

De sterk gescheiden organisatorische en financiële kaders roepen echter het beeld op van maatschappen die als losse ondernemingen in het ziekenhuis werken. Binnen de context van de ziekenhuisorganisatie brengt de onafhankelijke positie van de medische specialisten met zich mee dat zij in belangrijke mate de produktie-beslissingen nemen, met vergaande kostenconsequenties, terwijl de leiding van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de financiële gevolgen. Dit stelt de ziekenhuisorganisaties in een tijd van gefixeerde budgetten voor steeds grotere problemen.

Gescheiden werelden binnen de eerste lijn

Niet alleen binnen de tweede lijn, ook binnen de eerste lijn is sprake van gescheiden werelden. Kruiswerk, gezinszorg en huisartsenhulp worden langs separate kanalen bekostigd en georganiseerd. Dit leidt tot ondoorzichtigheden in het thuiszorgcircuit. Daardoor wordt het verlenen van integrale zorg buiten het ziekenhuis en van transmurale zorg belemmerd.

4

Organisatie van het zorgaanbod

4.1 Naar een nieuwe ordening; het zorgcontinuüm

De samenhang in de zorg en de vereiste soepele overgang tussen uiteenlopende zorgvormen hebben te lijden gehad onder de strakke verdeling in echelons. Vooral als patiënten een beroep doen op meer dan één hulpverlener tegelijk, blijkt het moeilijk te zijn om de zorg in eerste en tweede lijn, maar ook binnen de afzonderlijke lijnen af te stemmen. Dit probleem wordt vergroot nu er steeds meer naar wordt gestreefd patiënten zo lang mogelijk thuis te helpen, dan wel zo snel mogelijk weer uit het ziekenhuis te ontslaan. De medisch-technologische ontwikkelingen geven daarbij een belangrijk versterkend effect te zien. Door deze ontwikkelingen zijn opnames in het ziekenhuis strikt genomen minder vaak nodig. Dit betekent tegelijkertijd dat aan de thuiszorg zwaardere eisen worden gesteld.

De patiënt verlangt zorg op maat. Daarvoor is in de visie van de commissie een zodanige organisatie van het zorgaanbod nodig dat passende zorg kan worden geleverd over de grenzen van de bestaande voorzieningen heen. Afstemming en samenwerking zijn daarbij de sleutelbegrippen. Dit kan gestalte krijgen in regionaal samenhangende zorg. De betrokken zorgaanbieders vormen in die opzet een netwerk, waarin de eigen zelfstandigheid en autonomie gegarandeerd blijft. Door het maken van onderlinge afspraken en samenwerkingsverbanden kan de meest passende zorg worden gerealiseerd.

De curatieve zorgverlening zal daarom als een continuüm worden beschouwd.



Op dit continuüm van zorg onderscheidt de commissie drie hoofdgebieden:

1 **Generalistische zorg**²

Daarbij gaat het om medische zorg die noch zeer specifieke medisch-specialistische kennis vergt noch uitgebreide medisch-technische voorzieningen en faciliteiten. Het gaat om zorgverlening, zoals deze wordt verstrekt door huisartsen, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten.

2 **Specialistische zorg**

Dit type zorg kenmerkt zich door de specifieke deskundigheid en vaak ook de beschikbaarheid van medisch-technische voorzieningen. De zorg die binnen ziekenhuizen door medische specialisten, verpleegkundigen en anderen wordt verleend, bevindt zich aan deze kant van het continuüm.

3 **Transmurale zorg**

Dit type zorg omvat het tussengebied waarbij sprake is van zorgverlening via samenwerkingsverbanden tussen de generalistische en specialistische zorg. Voorbeelden zijn ziekenhuiszorg die buiten de ziekenhuismuren wordt geleverd en complexe thuiszorg. Bij deze transmurale zorgvormen is de focus gericht op het leveren van zorg op maat. Dit impliceert dat afhankelijk van tijd, plaats en omstandigheden de vormgeving van een passend zorg-concept kan variëren.

In de taakopdracht aan de commissie is het curatieve speelveld beperkt tot de zorgverlening zoals die wordt verstrekt door huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen. De commissie heeft zich met name daarop gericht.

De bovenstaande rubricering is bedoeld als kapstok voor de commissie. Nadrukkelijk is het niet de bedoeling een nieuwe indeling met bijbehorende schotten te introduceren. Essentieel is juist dat de commissie beoogt meer

2 Met de term generalistische zorg wordt bedoeld algemene curatieve zorgverlening, gericht op het volledige functioneren van de patiënt. Vanzelfsprekend is voor het uitoefenen van de huisartsgeneeskunde een specifiek medische opleiding nodig. Centraal bij de generalistische zorg staat het behandelen van mensen vanuit algemene medische kennis.

samenwerking en betere afstemming tussen de bestaande zorgvoorzieningen tot stand te brengen. Het instrumentarium dat hieraan kan bijdragen wordt beschreven in de hoofdstukken vijf tot en met acht.

4.2 De huisarts als poortwachter

De huisarts is binnen het huidige aanbod van curatieve zorg degene die generalistische zorg verleent. De huisarts biedt aan een vaste patiëntenpopulatie zorg vanuit een continue en integrale benadering. Daarbij past een vaste inschrijving op naam bij een huisarts.

De huisarts is in de regel het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsklachten. De huisarts handelt het leeuwedeel van de klachten zelf af en selecteert wie wel en wie niet worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders en naar welke zorgaanbieder. De commissie acht het vervullen van de poortwachtersfunctie door de huisarts van groot belang. Dit impliceert voor de commissie dat in het geschetste zorgcontinuüm geen vergoeding mogelijk is van behandeling door andere zorgaanbieders zonder verwijzing van de huisarts. Indien verwijzing naar meer specialistische zorg nodig is zorgt de huisarts als gids er voor dat de patiënten op het juiste moment op de juiste plaats terecht komen.

Het vervullen van de poortwachtersfunctie betekent voor de commissie dat de huisarts zicht moet houden op beide richtingen in de patiëntenstroom. Niet alleen richting specialistische zorg, maar ook juist weer terug. Vanuit zijn specifieke kennis omtrent de gezinssituatie en de leef- en woonomstandigheden van de patiënt kan de huisarts adviseren omtrent het juiste moment voor terugverwijzing. Zo kan worden bevorderd dat alleen strikt noodzakelijke specialistische zorg wordt verleend.

De huisarts vervult daarom in de ogen van de commissie een cruciale rol binnen het curatieve zorgaanbod. Om de huisarts in staat te stellen deze belangrijke rol volwaardig te vervullen verdient een aantal aspecten nadere aandacht.

Stroomlijning verwijsgedrag

Het verwijspatroon van huisartsen kan aanzienlijk verschillen. Met name artsgebonden factoren, zoals taakopvatting van en de onzekerheid bij de

huisarts met betrekking tot de diagnose dan wel het effect van de therapie, zijn belangrijke bepalende factoren voor verwijsgedrag.

De huisartsenorganisatie voert het kwaliteitsbeleid hoog in het vaandel. Er wordt veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van standaarden, visitatie van praktijken gekoppeld aan herregistratie en aan nascholing. De commissie acht dit van groot belang.

De communicatie tussen huisarts en specialist behoeft evenwel verbetering. Aan de kant van de huisarts is een duidelijke vraagstelling vereist bij verwijzing. Van de kant van de specialist is gerichte terugkoppeling nodig over de resultaten van de verwijzing.

Juist deze zaken kunnen een bijdrage leveren aan het verminderen van de inter-dokter variatie.³ Voor artsen vormen standaarden tevens een richtsnoer bij patiënten die sterke druk uitoefenen om te worden verwezen. Daarnaast kunnen standaarden bescherming bieden tegen tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheden.

Groepspraktijken

Ruim de helft van de huisartsen oefent het vak uit in een solo-praktijk. Professionals – ook medische – hebben behoefte aan een collegiale werkomgeving, waarin toetsing van gedachten en handelen kan plaatsvinden.

Het systematisch evalueren en bespreken van uitkomsten van eigen handelen met collega's is een voorwaarde om te komen tot verdere kwaliteitsverbetering en vergroting van doelmatigheid. Dit dient in de visie van de commissie niet in een vrijblijvende sfeer te gebeuren, maar in geformaliseerde en gestructureerde samenwerkingsverbanden, bij voorkeur onder één dak. Dit betekent dat – met uitzondering van waar dit uit een oogpunt van regionale spreiding niet mogelijk is – in de visie van de commissie huisartsen meer vanuit groepspraktijken zullen gaan werken. Voor de patiënt dient uiteraard een vast aanspreekpunt onder de huisartsen te worden gewaarborgd.

³ Hieronder wordt verstaan verschillen in verwijfs- en voorschrijfgedrag bij huisartsen, maar ook verschillen in de mate waarin bepaalde verrichtingen door medische specialisten worden toegepast. Kortom verschillen in het medisch handelen.

Ondersteuning vanuit specialistische zorg

De huisarts dient in staat te worden gesteld patiënten zo lang als mogelijk en verantwoord is onder zijn hoede te houden. De commissie denkt daarbij aan het volgende:

– **De advieskaart**

De huisarts krijgt de mogelijkheid advies aan de specialist te vragen, terwijl de patiënt onder verantwoordelijkheid van de huisarts blijft. De huisarts wordt door de specialist ondersteund en geadviseerd, met het doel de behandeling zelf voort te zetten. Daarbij dient de specialist wel de mogelijkheid te hebben de huisarts te adviseren de patiënt over te dragen naar het specialistische circuit. De specialist is derhalve alleen voor het advies verantwoordelijk en daarop aanspreekbaar.

Deze advieskaart heeft in de visie van de commissie met betrekking tot de honoreringsstructuur een administratieve functie en vertegenwoordigt geen afzonderlijke financiële beloning (zie hoofdstuk 5).

– **Diagnostische mogelijkheden**

De huisarts krijgt meer mogelijkheden tot het zelf aanvragen van diagnostiek, bijvoorbeeld via een diagnostisch centrum dat is gekoppeld aan een ziekenhuis. Hiervan zijn reeds goed werkende voorbeelden in de praktijk te constateren. Een goede standaard-ontwikkeling en terugkoppeling op de aangevraagde diagnostiek door een aan het centrum verbonden specialist zijn daarbij van groot belang om overbodige diagnostiek te voorkomen.

– **Gezamenlijk consult huisarts - specialist**

De specialist wordt gestimuleerd periodiek gezamenlijk met diverse huisartsen spreekuur te houden. Uit experimenten zijn vruchtbare resultaten naar voren gekomen. Niet alleen leert men elkaar en elkaars handelingen beter kennen en begrijpen, de huisarts leert een aantal praktische vaardigheden. Gevolg: minder patiënten behoeven uiteindelijk te worden doorgestuurd naar de specialistische zorg. De specialist krijgt meer kennis van de invalshoek van waaruit verwijzingen tot stand komen en zal daardoor beter in staat zijn gericht te antwoorden en te reageren op vragen van de huisarts.

– **Gezamenlijke standaardontwikkeling**

De samenwerking kan worden verbeterd door huisartsen en specialisten gezamenlijk standaarden te laten ontwikkelen rond bepaalde patiëntengroepen. Bij diverse projecten is gebleken dat de kwaliteit van de zorg hierdoor wordt vergroot en dat huisartsen en specialisten beter weten wat zij van elkaar mogen verwachten. Ook in de opleidingen dient over en weer meer aandacht te worden besteed aan standaarden.

Het belang van het ontwikkelen en hanteren van standaarden wordt onderstreept door de commissie, juist daar waar de verantwoordelijkheidsverdeling niet zonder meer helder is. Deze standaarden hoeven niet beperkt te worden tot diagnose gerelateerde problematiek, maar eveneens kunnen betrekking hebben op verplegingsgerichte behandelprocessen.

De mate waarin bovengenoemde zaken gerealiseerd worden is mede afhankelijk van gerichte aansporingen. In hoofdstuk 5 wordt een aantal financiële prikkels beschreven die hieraan een bijdrage kunnen leveren.

4.3 Het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf

Kernvoorzieningen binnen het gebied van de specialistische zorg zijn de medische specialisten en de ziekenhuizen. Meestal zijn bij de specialistische zorgverlening beide voorzieningen betrokken. Het overgrote deel van de specialisten werkt immers binnen het ziekenhuis en maakt gebruik van de faciliteiten van het ziekenhuis. Ook kan de specialistische zorgverlening vaak niet zonder de verpleegkundige zorg zoals die in het ziekenhuis beschikbaar is. Zo bezien heeft de specialist het ziekenhuis nodig. Maar ook omgekeerd kan een ziekenhuis vanzelfsprekend niet zonder de medische specialisten. Deze zijn immers een centrale schakel in het primaire proces van het ziekenhuisbedrijf.

De commissie is van mening dat deze wederzijdse afhankelijkheid tussen medische specialisten en ziekenhuis ook organisatorisch vorm moet krijgen. Daarom moeten het ziekenhuisbedrijf en de binnen dat ziekenhuis werkzame specialisten organisatorisch verbonden worden in een geïntegreerd bedrijf voor medisch-specialistische zorg.

Kenmerkend voor dit geïntegreerde bedrijf is dat de ziekenhuisorganisatie en de daarin werkzame artsen, verpleegkundigen en ander personeel gezamenlijk staan voor het verlenen van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. De verschillende aspecten die aan medisch-specialistische zorgverlening zijn verbonden (professionele voorwaarden, budgettaire mogelijkheden, logistieke en organisatorische processen etc.) moeten niet worden opgedeeld naar verschillende geledingen, maar als één geheel worden beschouwd. In plaats van een klassieke 'wij-zij benadering' is het zaak om een gemeenschappelijke aanpak te kiezen. De keuze voor een geïntegreerde organisatie is dan het logische vervolg op een geïntegreerde zorgverlening.

Deze keuze voor een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf sluit nauw aan bij de ontwikkelingen die zich ook al in de huidige praktijk voordoen. Op allerlei wijzen en niveaus is er immers ook nu al sprake van een toenemende verwevenheid tussen medische specialisten en de ziekenhuisorganisatie. De meeste specialisten zijn zowel qua fysieke huisvesting als feitelijke werkwijze al lang niet meer 'vrijgevestigd'.

Tegen deze achtergrond is de keuze van de commissie voor een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf een organisatorische vertaling van lopende integratieprocessen.

Het totstandbrengen van een dergelijk geïntegreerd ziekenhuisbedrijf vergt veranderingen aan de kant van de huidige ziekenhuisorganisatie én aan de kant van de medische specialisten.

Veranderingen ziekenhuisorganisatie

Essentieel punt in de organisatie van het geïntegreerde ziekenhuis is de decentralisatie. Zoveel mogelijk zullen bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten worden overgedragen aan werkeenheden (clusters, divisies, afdelingen) binnen het ziekenhuisbedrijf. Deze ontwikkeling is op vele plaatsen ook nu al gaande, maar wordt nog belangrijker als ziekenhuis en medische specialist organisatorisch samengaan.

Door per werkeenheden afspraken te maken over zaken als beschikbare middelen en mensen, ontstaat een gemeenschappelijke inzet van de binnen die werkeenheden werkzame artsen, verpleegkundigen en ander personeel om tot een optimaal resultaat te komen. Resultaatgebonden prikkels kunnen dat nog versterken. Dit geldt voor alle betrokkenen.

De werkeenheden kunnen onder leiding staan van bijvoorbeeld een daarvoor door betrokkenen aangewezen medische specialist en verpleegkundige, zonodig bijgestaan door een beheerder.

Een dergelijke vorm van vergaande decentralisatie past bij het karakter van een professionele organisatie en de professionele autonomie van de medische specialisten. Vanzelfsprekend is een goede interne informatievoorziening hierbij van essentieel belang.

De heroriëntatie in de ziekenhuisorganisatie heeft ook belangrijke gevolgen voor de positie van het verplegend personeel. Het ziekenhuis zal zich steeds meer concentreren op het bieden van hoogwaardige specialistische zorg

binnen een medisch-technologisch kader en in een complexe organisatie. Naast het medisch-specialistische werk vormt daarom het verpleegkundige werk een tweede kernactiviteit van het medisch-specialistische bedrijf. Voor het functioneren van het ziekenhuis is het van groot belang te beschikken over voldoende uitvoerend verpleegkundigen, die algemeen inzetbaar en professioneel hoog geschoold zijn. Daarmee ontstaat tevens een betere aansluiting bij het medisch-specialistische werk. Verpleegkundigen worden een volwaardige gesprekspartner voor de medische specialisten en dat geeft mogelijkheden tot een meer evenwichtige taakverdeling tussen de medisch-specialistische en verplegende kernactiviteit. Participatie van de verpleegkundige in de leiding van de werkeenheid is een logisch sluitstuk van deze benadering.

Het geïntegreerde ziekenhuisbedrijf moet in staat worden gesteld zoveel mogelijk 'ondernemend' te functioneren. Dat betekent dat met verzekeraars jaarlijks te voren overeenkomsten worden gesloten over te leveren productie en het daarvoor beschikbare integrale budget, dat wil zeggen met inbegrip van de kosten van de medisch-specialistische zorg. Dit budget dient in een juiste verhouding te staan tot de daarvoor te leveren zorg. Binnen de gemaakte afspraken is de ziekenhuisorganisatie verantwoordelijk voor de wijze van zorgverlening en de inzet van de daarvoor benodigde middelen en mankracht.

Wanneer de ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, kunnen verzekeraar en ziekenhuis besluiten in de loop van het jaar de productie-afspraken en het erbij horende budget te herzien.

Veranderingen medische specialist

De integratie van de medische specialisten in het ziekenhuisbedrijf brengt ook voor de medische specialist veranderingen met zich mee.

Een belangrijke verandering betreft de binding aan binnen het ziekenhuisbedrijf gemaakte afspraken. Deze hebben betrekking op uiteenlopende zaken als afgesproken budgetten, kwaliteitsbeleid, informatievoorziening, inzet van middelen, productie-afspraken, bestemming van budgetoverschotten enz. De specialist is evenals anderen in het ziekenhuisbedrijf gehouden deze afspraken na te leven en verantwoording af te leggen over zijn handelen.

Zoals al aangegeven zal zoveel mogelijk sprake zijn van decentralisatie in de

organisatie. Er moet dus niet meer centraal worden geregeld dan strikt noodzakelijk. Dat moet ruimte en verantwoordelijkheden bieden op uitvoerende niveaus van werkeenheden in de organisatie. Hier staan artsen, verpleegkundigen en anderen voor het zo goed mogelijk klaren van de klus. De commissie hoopt dat dit tot een betere integratie op de werkvloer zal leiden.

In de individuele arts-patiëntrelatie beschikt de arts over een grote mate van professionele autonomie. De arts beslist wat er medisch gezien wel of niet moet gebeuren. Dat is echter geen absolute autonomie; het is een 'vrijheid in gebondenheid'. De arts kent het algemene bedrijfskader waaraan de werkeenheden gebonden is en kent ook de professionele spelregels (standaarden, protocollen etc.). Dit betekent dat de arts zich in ieder geval moet kunnen verantwoorden voor de wijze waarop in de arts-patiëntrelatie wordt gehandeld. Dat geldt zowel intern (collega's, leiding van de werkeenheden en directie van het medisch-specialistische bedrijf) als extern (wetenschappelijke verenigingen, Inspectie, verzekeraars).

Tenslotte heeft de integratie van de medische specialist in het ziekenhuisbedrijf ook gevolgen voor de wijze van bekostiging van de medische specialist. Deze zal onderdeel gaan uitmaken van de bekostiging van het ziekenhuis. Op de systematiek van de honorering van de medische specialist wordt verder ingegaan in hoofdstuk 5.

De commissie acht het mogelijk dat er naast de specialisten die werkzaam zijn ten behoeve van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf ook nog daadwerkelijk vrijgevestigde specialisten zullen zijn. Dat betreft specialisten die geheel zelfstandig buiten het ziekenhuis werkzaam zijn. In de praktijk zal dit niet veel voorkomen, omdat specialistische zorg vaak niet kan worden verleend zonder te beschikken over ziekenhuisfaciliteiten. Voor zover de aan het ziekenhuis verbonden specialisten ook deels een eigen vrije praktijk zouden wensen, is het de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om daarover in overleg met de betrokken specialisten afspraken te maken. Vanwege de integrale zorgverlening zullen zorgverzekeraars er een voorkeur voor hebben dat de medisch-specialistische zorg zoveel mogelijk wordt geleverd door of via het medisch-specialistische bedrijf. Een vrijgevestigde specialist zal dan alleen via een contractuele relatie met het medisch-specialistische bedrijf zorg kunnen leveren.

Kenmerken van het medisch-specialistische bedrijf

Met de veranderingen in de huidige ziekenhuisorganisatie en de huidige positionering van de medische specialist ontstaat een medisch-specialistisch bedrijf dat zich als professionele organisatie kenmerkt door:

- gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening binnen de beschikbare mogelijkheden;
- sterk accent op decentrale organisatie, teneinde op het niveau van werkeenheden daadwerkelijke integratie en gemeenschappelijke resultaatverantwoordelijkheid tot stand te brengen.

Logisch sluitstuk van deze geïntegreerde benadering – en onmisbaar in elke organisatie – is een eenduidige leiding, in de vorm van de directie/raad van bestuur van het medisch-specialistische bedrijf. Deze draagt de eindverantwoordelijkheid voor het medisch-specialistische bedrijf, zowel intern als naar derden. Het spreekt vanzelf dat de leiding van het medisch-specialistische bedrijf qua kennis en stijl van leidinggeven toegerust moet zijn voor de professionele organisatie. Dat stelt hoge eisen aan de bestuurs- en beheersvaardigheden van de leiding (directie/raad van bestuur). De directie dient ruimte te scheppen voor de autonomie en creativiteit van de professionals en tegelijkertijd zorg te dragen voor het vaststellen en bewaken van de doelstellingen en de continuïteit van het medisch-specialistische bedrijf.

De commissie is geen voorstander van een samenstelling van de directie via directe vertegenwoordiging van de verschillende geledingen binnen het bedrijf. De leiding dient in handen te zijn van professioneel management, waarbij er waarborgen moeten zijn dat er voldoende inbreng is vanuit de professionele geledingen. Dat kan bijvoorbeeld via de vertegenwoordigers van de werkeenheden of via een medische respectievelijke verpleegkundige staf als adviserend orgaan ten behoeve van de directie/raad van bestuur van het ziekenhuisbedrijf. Waar het om gaat is dat op het niveau van de leiding van het geïntegreerde bedrijf de verschillende (soms onderling botsende) belangen aan de orde komen. Dáár moeten in laatste instantie de afwegingen worden gemaakt die nodig zijn om de medische zorg zo goed mogelijk te verlenen binnen de beschikbare middelen en mogelijkheden. De leiding van het medisch-specialistische bedrijf is in formele zin tevens eerstverantwoordelijk voor het voeren van overleg met derden, onder wie vertegenwoordigers van overheid en verzekeraars.

Deze profilering van de directie (of raad van bestuur) van de ziekenhuisinstellingen heeft ook gevolgen voor de positie die het bestuur van de instelling traditioneel inneemt. Het primaat komt te liggen bij de directie en het bestuur moet zich dienovereenkomstig terugtrekken in een toezichhoudende en adviserende rol. Een dergelijke raad van toezicht – die onder andere de directie benoemt en ontslaat – moet evenwichtig en deskundig zijn samengesteld. Voor de leden geldt een beperkte zittingsduur. De leden van de raad van toezicht moeten voor hun werkzaamheden passend worden beloond. Er moeten voorzieningen worden getroffen voor het afleggen van publieke verantwoording door de leiding van het ziekenhuis.

De commissie is van mening dat dit concept van het ziekenhuis als een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf past in de lijn van de samenhang en samenwerking die er ook nu al vaak in de ziekenhuizen is. De 'spanning' tussen beschikbare middelen en vraag naar zorg is hiermee niet opgelost. Maar wel is deze gebracht op de plaats waar ze in laatste instantie thuis hoort: de leiding van het geïntegreerde bedrijf. Daarmee is de basis gelegd voor een meer gemeenschappelijke in plaats van antagonistische benadering van deze spanning. Dat is uiteindelijk in het belang van zowel het ziekenhuis en de artsen, alsook van de patiënten.

Juridische vormgeving relatie specialist - ziekenhuis

Voor de commissie vormt de integratie van medische specialist en ziekenhuis overeenkomstig de hierboven geschetste lijnen de hoofdzaak. De juridische vormgeving is daarvan een afgeleide en als zodanig voor de commissie een meer praktische dan principiële zaak.

Op grond van juridische verkenningen ziet de commissie verschillende modaliteiten voor de juridische verankering van de integratie van specialist en ziekenhuis. Deze zijn te herleiden tot een tweetal hoofdvarianten: een arbeidsovereenkomst of een op zichzelf staande overeenkomst. In het eerste geval is sprake van een dienstverband, in het tweede geval zal de medische specialist in formele zin zelfstandig blijven maar worden er via een speciaal daarvoor opgestelde zorgverleningsovereenkomst met het ziekenhuisbedrijf wederzijdse afspraken gemaakt. In bijlage 2 wordt verder op deze beide varianten en de mogelijke uitwerkingen binnen het ziekenhuisbedrijf ingegaan. Daarbij komen ook de fiscale en sociale verzekeringsaspecten aan de orde.

Op grond van juridische inzichten acht de commissie de beoogde integratie het meest eenvoudig te regelen via een arbeidsovereenkomst. Zoals aangegeven, zijn er echter ook andere juridische vormen mogelijk om de positionering van medische specialist en ziekenhuis te regelen. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de leiding van het ziekenhuisbedrijf en de daar werkzame medische specialisten om de juridische vorm te bepalen voor de integratie van de medische specialist in dat betreffende ziekenhuis. Dat geeft ook de beste garanties om de in die situatie meest passende vorm te kiezen.

4.4 Transmurale zorg

Op de hiervoor beschreven twee uitersten van het continuüm liggen de verantwoordelijkheden helder. Aan de linkerkant van het continuüm (generalistische zorg) ligt de verantwoordelijkheid bij de huisarts en aan de rechterkant van het continuüm (specialistische zorg) ligt de verantwoordelijkheid bij het medisch-specialistische bedrijf.

De toenemende behoefte van de patiënt aan zorg op maat is vooral gelegen in het tussengebied, een tot nu toe braakliggend terrein. Vanuit de specialistische én de generalistische invalshoek worden thans eerste pogingen ondernomen om samenwerking tot stand te brengen. Het gaat om allerlei vormen van samenwerking/afstemming met als doel de patiënt zo lang mogelijk buiten het klassieke ziekenhuis te houden dan wel de patiënt zo snel mogelijk weer uit het ziekenhuis te krijgen.

Juist met het oog op de toenemende vergrijzing zal de behoefte aan allerlei transmurale zorgvormen gaan toenemen. Bij ouderen is meer sprake van verschillende aandoeningen tegelijkertijd, waardoor een zorgvuldige afstemming is vereist. Daarnaast leidt de vergrijzing er toe dat er meer patiënten zullen komen die zijn uitbehandeld en die er juist aan hechten terug te komen naar de thuisomgeving.

De kansrijkheid van dergelijke initiatieven staat of valt met het stoppen van bestaand domeindenken van eerste lijn en tweede lijn. Het zorgaanbod dient meer in samenhang te worden gezien.

Het vertrekpunt is niet de vraag hoe de terreinafbakening tussen de diverse hulpverleners zo goed mogelijk kan worden gedefinieerd. Vertrekpunt is de vraag hoe – gezien vanuit de positie van de patiënt – transmurale zorg door

de binnen de curatieve zorg werkzame personen en instanties het best gezamenlijk kan worden vervuld.

Daarbij dient de aandacht niet beperkt te blijven tot de geneeskundige behandelingen, maar is ook de organisatie van de verzorging van groot belang. Daarbij gaat het met name om de aansluiting met de medisch-geïndiceerde thuiszorg. Voorkomen moet worden dat er in plaats van schotten tussen de eerste en tweede lijn, schotten tussen curatieve zorg en thuiszorg gaan ontstaan. Immers, bij het bezien van de mogelijkheden tot het leveren van zorg op maat zijn juist de samenhang tussen cure en care, dan wel de naadloze aansluiting tussen cure en care doorslaggevende succesfactoren.⁴ De verpleegkundige zal een belangrijke rol kunnen vervullen als verbindende factor tussen de medische en de verzorgende discipline. Dit kan leiden tot een taakverbreding voor de verpleegkundige in deze sector van zorg. Vanuit de ziekenhuisorganisatie kan de verpleegkundige zorgdragen voor een zorgvuldige overdracht van de patiënt naar de verpleegkundige in de thuissituatie.

Vanuit de gemeenschappelijke benadering is een aantal vormen van samenwerking denkbaar:

- het ziekenhuis biedt specialistische zorg en behandeling thuis ('ziekenhuis-verplaatste zorg'). Het gaat om thuisbehandeling van patiënten die zonder specifieke voorzieningen thuis, in een ziekenhuis zouden zijn opgenomen. De Gezondheidsraad heeft de mogelijkheden onderzocht van thuiszorg voor patiënten met kanker. Daarbij blijkt dat deze thuiszorg goed mogelijk is indien een aantal essentiële aspecten van de ziekenhuiszorg behouden blijven (permanente bereikbaarheid, terugval op het ziekenhuis, voldoende hulpmiddelen);
- het ziekenhuis en de eerste lijn bieden de zorg gezamenlijk. Vooral bij kortdurende complexe thuiszorg kan het gewenst zijn dat de zorg gezamenlijk door de diverse disciplines wordt geleverd; er is dan sprake van gemeenschappelijke taken;
- het ziekenhuis ondersteunt de eerste lijn bij het verlenen van zorg (consultatie); het primaat van de zorg ligt dan in de eerste lijn, maar vanuit de specialistische zorg wordt een consultatiefunctie vervuld;

⁴ Omdat de voorzieningen die zich vooral richten op de 'care' (bijvoorbeeld verpleeghuizen, thuiszorg) buiten het directe aandachtsgebied van de commissie vallen, wordt hierop niet nader ingegaan.

- de eerste lijn biedt zorg en behandeling; patiënten hoeven niet te worden verwezen naar de specialistische zorg, of kunnen vroegtijdig weer worden ontslagen.

Uit het bovenstaande blijkt dat er verschillende verschijningsvormen zijn van transmurale zorg. Dit brengt met zich mee dat een optimale organisatie en het benodigde instrumentarium op het vlak van de transmurale zorg niet eenduidig zijn te typeren. Steeds moet worden gezocht naar een structuur die goed aansluit bij de aard van de te verlenen zorg. Daarbij is het ook goed denkbaar dat zorgaanbieders zelf onderling zorg gaan inkopen die goed aansluit bij waar de eigen zorgverlening ophoudt, dan wel zelf bepaalde zorgvormen gaan uitbesteden. Maximale flexibiliteit moet mogelijk zijn. Door dit als vertrekpunt te kiezen, wordt voorkomen dat een soort territoriumstrijd tussen de verschillende aanbieders ontstaat.

De commissie gelooft niet in een formele coördinatietaak bijvoorbeeld door introductie van een nieuwe bestuurslaag, waardoor een op elkaar afgestemd zorgaanbod gestalte zal moeten krijgen. Naar haar mening werkt dit eerder verstarrend.

Vanzelfsprekend zijn wel duidelijke afspraken nodig over de verantwoordelijkheden bij de organisatie van transmurale zorg. Die kunnen worden gemaakt op basis van de gezamenlijke standaarden over de patiëntenbehandelingen. Daarnaast is van belang dat de huisarts het overzicht houdt over de situatie van een individuele patiënt. Als een soort 'man met de oliekan' zorgt hij er voor dat de verschillende onderdelen van de verzorgingsmachine goed blijven lopen.

De commissie is van mening dat de kansen voor transmurale zorg worden vergroot door het wegnemen van regulerende en financiële schotten tussen eerste en tweede lijn en binnen de eerste lijn en het introduceren van mechanismen die samenwerking bevorderen. In lokaal overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars kunnen dan naar tijd en plaats passende afspraken worden gemaakt. In de volgende hoofdstukken wordt dit nader uitgewerkt.

4.5 De besturing van de curatieve zorg

De hiervoor weergegeven visie van de commissie op de organisatie van de zorg richt zich op het primaire proces. Het gaat er in essentie om hoe het totaal aan zorgverleningsactiviteiten binnen de curatieve zorg zodanig kan worden georganiseerd dat zo goed mogelijk wordt voldaan aan de in hoofdstuk 2 gestelde uitgangspunten. Trefwoorden zijn: versterking van de onderlinge samenwerking binnen de curatieve zorg, een verdere integratie van specialist en ziekenhuis en grotere flexibiliteit in organisatie en wijze van zorgverlening.

Deze aanpak betekent dat aan de artsen en instanties binnen de curatieve zorg een belangrijke eigen verantwoordelijkheid wordt toegekend. Het zelfsturend vermogen binnen het zorgaanbod moet worden versterkt. Dat geldt niet alleen voor het professioneel handelen maar ook voor de organisatie van de zorg. Die eigen verantwoordelijkheid stelt het zorgaanbod zelf in de gelegenheid zo goed mogelijk recht te doen aan vereisten van kwaliteit en doelmatigheid. Het spreekt dan vervolgens vanzelf dat de artsen en instanties binnen de curatieve zorg ook aanspreekbaar moeten zijn op hun handelen. Versterking van de eigen verantwoordelijkheid betekent onlosmakelijk ook versterking van de verantwoordingsplicht.

De curatieve zorg functioneert niet in het luchtledige. Op allerlei wijzen zijn er relaties met omringende instanties in de zorg (thuiszorg, ouderenzorg enz.), met patiënten/consumenten van zorg en zeker ook met de overheid en de verzekeraars. Het zijn vooral deze laatste twee instanties die een belangrijke rol spelen in de regulering van het zorgaanbod.

De commissie heeft uitvoerig aandacht geschonken aan de vraag wat haar visie op de organisatie van de curatieve zorg moet betekenen voor de huidige regulering van het zorgaanbod. Daarbij zijn een viertal terreinen van regelgeving onderscheiden:

- de bekostiging van de zorg;
- de capaciteitsbepaling;
- de verzekeringssystematiek;
- het kwaliteitsbeleid en de informatievoorziening.

Het werkzame instrumentarium op deze vier terreinen van regelgeving is van grote invloed op organisatie en functioneren van de curatieve zorg. Om de beoogde veranderingen in de curatieve zorg te realiseren is het nodig

nader in te gaan op deze vier terreinen. Dat gebeurt in de hierna volgende hoofdstukken.

Het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van partijen is bij het uitwerken van deze regelgeving voor het zorgaanbod leidraad geweest. In eerste instantie gaat het daarbij om de zorgaanbieders zelf. Gekoppeld aan de versterking van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars wordt in tweede instantie een toenemende betekenis toegekend aan de contractrelaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij die relaties speelt de samenhang met voorgenomen veranderingen van het verzekeringsstelsel een belangrijke rol.

Een volledige verschuiving van verantwoordelijkheden naar partijen zelf wijst de commissie af. Daar waar het gaat om zorg die behoort tot het voor ieder toegankelijke, van overheidswege gedefinieerde en gegarandeerde pakket blijft de overheid een bepalende rol vervullen. Die rol is nodig om essentiële regels te stellen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg. De overheid kan weliswaar partijen met de uitvoering van de basisverzekering belasten, maar uiteindelijk is het de overheid die de verantwoordelijkheid voor de inhoud en de kostenontwikkeling draagt.

Om die reden heeft de commissie hierna voor een uitwerking gekozen die in belangrijke mate verantwoordelijkheden versterkt bij partijen zelf, maar op een aantal essentiële punten een blijvende taak aan de overheid toeschrijft.

5 Instrumentarium: bekostigings- systematiek

5.1 Inleiding

Honoreringsstructuur en bekostigingsmethodiek vormen instrumenten die de beoogde wijze van (samen)werken tussen zorgaanbieders, zoals in hoofdstuk 4 is beschreven, bevorderen.

De commissie onderscheidt de volgende uitgangspunten voor een passende honoreringsstructuur voor medische beroepsbeoefenaren:

- de honoreringsstructuur dient prikkels te bevatten die zijn gericht op het op de meest efficiënte wijze en plaats verlenen van zorg;
- de honoreringsstructuur dient het streven naar verdere kwaliteitsverbetering, professionalisering en beroepsmatige samenwerking te ondersteunen;
- de honoreringsstructuur dient dusdanig te zijn ingericht, dat zowel 'doen' als 'luisteren' adequaat worden beloond en dat er – naast direct patiënt-gebonden zorg – ook ruimte overblijft voor niet rechtstreeks patiënt-gebonden activiteiten;
- verschillen in werkbelasting, onregelmatige diensten en dergelijke dienen in de honoreringsstructuur tot uitdrukking te worden gebracht; dit betekent dat er loon naar werken moet zijn;
- het systeem dient administratief eenvoudig te zijn;
- er dienen geen verschillen in de honorering voor het behandelen van patiënten te zijn, afhankelijk van de wijze van verzekering.

Met betrekking tot de bekostigingssystematiek van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf hanteert de commissie de volgende uitgangspunten:

- de bekostigingssystematiek dient zodanig te zijn dat er voldoende flexibiliteit bestaat in de wijze waarop de zorg wordt verleend;
- de eigen verantwoordelijkheid van de leiding voor de bedrijfsvoering moet in de bekostigingssystematiek tot uitdrukking komen;
- de bekostigingssystematiek dient ondersteunend te zijn voor een beheerste ontwikkeling van de kosten;
- de bekostigingssystematiek dient voldoende dynamiek te hebben om wijzigingen in de omvang van de zorgverlening te kunnen volgen.

Voor alle duidelijkheid: het gaat hier om de bekostigingssystematiek van het ziekenhuisbedrijf ten behoeve van het basispakket. Daarnaast zijn allerlei overeenkomsten denkbaar tussen ziekenhuis en verzekeraar op het punt van de uitvoering van aanvullende verzekeringen.

De commissie bepleit ten aanzien van de honoreringsstructuur voor beroepsbeoefenaren voor een globale landelijk uniforme structuur, waarbinnen – afhankelijk van de specifieke situatie – in de regio nadere verfijningen met de verzekeraar kunnen worden overeengekomen.

Ter concretisering wordt gedacht aan landelijk uniforme regelingen voor de beroepsbeoefenaren, die circa 80% van de huidige totale bekostiging beslaan. Dit betreft dan zowel een globale uniforme structuur als een uniforme prijsstelling. Daarmee wordt voor de medische beroepsbeoefenaren ook een belangrijke mate van inkomenszekerheid op landelijk niveau gegarandeerd. Daar bovenop kunnen individuele verfijningen worden overeengekomen, afhankelijk van de specifieke situatie. In het volgende wordt dit onderscheid uitgewerkt in een basis en een opslag.

5.2 Bekostiging huisartsen

De basis

Als basissystematiek is de commissie voorstander van een voor alle verzekerden geldend abonnementssysteem. Deze systematiek correspondeert met de langdurige arts - patiënt relatie, waarbij een inschrijving op naam (van een huisarts) past voor die verzekerden.

Tegen het thans geldende abonnementssysteem wordt vaak als kritiek aangevoerd dat een dergelijke systematiek geen recht doet aan verschillen in werkbelasting. De commissie onderkent dat en komt hieraan langs verschillende wegen tegemoet.

Het is bekend dat het gebruik van gezondheidsvoorzieningen toeneemt naarmate men ouder wordt. Oudere patiënten betekenen om die reden voor de huisarts een zwaardere werkbelasting. Daarom stelt de commissie een differentiatie van het abonnementstarief voor naar een beperkt aantal leeftijdscategorieën. Een extern onderzoeksbureau heeft voor de commissie uitgezocht dat op basis van verschil in bewerkelijkheid van patiëntencategorieën, bij het hanteren van drie leeftijdscategorieën (0-65, 65-74, boven de 74) een onderlinge verhouding van 3:6:10 in de tariefstelling billijk is (zie bijlage 3 en achtergrondstudies).

De opslag

Naast het landelijk uniforme abonnementssysteem, kunnen afhankelijk van de specifieke lokale situatie aanvullende afspraken worden gemaakt tussen verzekeraars en huisartsen. De vormgeving van deze afspraken is zowel qua structuur als qua prijs volledig open.

Ter bevordering van zoveel mogelijk patiëntenbehandeling door de generalistische zorgaanbieders, kunnen opslagen op het basishonorarium worden gegeven indien de huisarts specifieke functies uitoefent. Ter illustratie kunnen de volgende functies als voorbeeld worden genoemd:

- EHBO-functie;
- audiometrie;
- oogheeskundige verrichtingen;
- kleine chirurgie.

Voor deze specifieke vormen van zorg moet de huisarts gecertificeerd zijn. Dat is een noodzakelijke voorwaarde voor het in aanmerking komen voor deze certificaatgebonden opslagen. Daarnaast moet de verzekeraar de meerwaarde ervan inzien dat de huisarts een specifieke functie uitoefent. Zo is denkbaar dat de huisarts in de grote stad geen afspraak maakt over het uitoefenen van de EHBO-functie (voldoende ziekenhuizen in de buurt) en dat de verzekeraar dit in een plattelandssituatie juist wel een cruciale functie vindt voor de huisarts.

Tevens is het mogelijk binnen de lokale context afspraken te maken omtrent bonussen die de huisarts kan verkrijgen bij doelmatig verwijsgedrag, doelmatig prescriptiegedrag en efficiënte diagnostieaanvraag.

Vanzelfsprekend dient de huisarts wel verantwoording over het handelen af te leggen, onder meer omtrent het feitelijk uitoefenen van de overeengekomen specifieke functies.

Groepspraktijken

De commissie is van mening dat de vorming van groepspraktijken (onder één dak) verdient te worden gestimuleerd. Zij heeft overwogen of hiervoor een afzonderlijke financiële stimulans nodig is. De commissie meent echter dat de beschreven honoreringssystematiek al in het voordeel zal werken van groepspraktijken. In de eerste plaats is men in groepspraktijken op basis van enige functiedifferentiatie in staat meer bijzondere functies uit te oefenen. In de tweede plaats is uit onderzoek gebleken dat groepspraktijken gemiddeld een doelmatiger verwijspatroon hebben dan solo-praktijken. Deze factoren bieden groepspraktijken meer mogelijkheden met verzekeraars afspraken te maken over de specifieke opslagen. Desgewenst kunnen verzekeraars ook separate afspraken maken ter stimulering van groepspraktijken.

Problematiek in de grote steden

Daarnaast vereist de 'grote stad'-problematiek afzonderlijke aandacht. De huisarts in grote binnensteden heeft te maken met een relatief ongezonde patiëntenpopulatie. De arts in de grote stad wordt met name met meer sociale problemen geconfronteerd. Door het type problemen waarvoor deze arts zich geplaatst ziet, ervaart hij subjectief een zwaardere werklust. Uit het externe onderzoek blijkt echter dat dit niet eenvoudig in geobjectiveerde maatstaven valt te ondervangen.

Daarom beveelt de commissie ook met name voor de kernen in de grote steden het werken in groepspraktijken aan.

Tot slot

Het beschreven systeem van een gedifferentieerd abonnementssysteem met functiegebonden opslagen heeft een all-in karakter: uit deze opbrengsten dienen alle kosten die nodig zijn voor een goede praktijkuitoefening te worden bestreden.

De commissie is van mening dat bovenstaande honoreringssystematiek voor huisartsen bijdraagt aan de beoogde wijze van functioneren van de huisarts. In de eerste plaats wordt de vaste band tussen huisarts en patiënt benadrukt met het abonnementssysteem. In de tweede plaats wordt de huisarts via het opslagensysteem gestimuleerd zoveel als verantwoord is zelf te doen. Dit betekent dat het ook meer van belang wordt specialisten te consulteren en standaarden beschikbaar het hebben om te bezien of behandeling vanuit de generalistische zorg kan worden gecontinueerd.

Tot slot wordt doelmatig werken van de huisarts gestimuleerd via specifieke bonussen voor doelmatig verwijsgedrag, prescriptiegedrag en efficiënte diagnostieaanvraag. Deze honoreringssystematiek zet de huisarts aan om meer in overleg met anderen te treden over de optimale wijze van zorgverlening.

5.3 Bekostiging medische specialisten

De visie die de commissie heeft op het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf, waarvan de specialisten in organisatorisch opzicht deel uitmaken, verhoudt zich slecht met de huidige honoreringsstructuur van medische specialisten. De thans geldende systematiek past ook slecht bij de door de commissie geformuleerde uitgangspunten met betrekking tot een passende honoreringsstructuur en veroorzaakt onevenwichtige honoreringsverhoudingen binnen de beroepsgroep. In bijlage 4 wordt hierop nader ingegaan.

De commissie staat niet alleen in haar visie dat de honoreringsstructuur voor medische specialisten aan herziening toe is. Ter illustratie, het onderstaande citaat van de overkoepelende artsorganisatie KNMG:⁵

'Bij de betaling van individuele zorgaanbiedende personen is betaling per verrichting een veelvoorkomend verschijnsel. Dit systeem van betaling per verrichting heeft voor- en nadelen. Bekend is dat de totstandkoming van de tarieven, de controle en de uitvoering ervan tot enorme bureaucratische rompslomp leiden. Tevens kan gesproken worden van 'administratieve tarieven', die nauwelijks gerelateerd zijn aan de reële kosten.'

5 Standpunt KNMG en Beroepsverenigingen inzake een duurzaam zorgbestel met instrumenten voor een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod en een beheersbare vraag, juni 1993.

De commissie stelt voor de middenstroom naar het medisch-specialistische bedrijf te integreren. De thans nog gescheiden bekostigingskanalen vanuit de verzekeraar naar ziekenhuis en medische specialisten moeten worden samengevoegd.

De basis

De commissie gaat uit van de situatie waarin medische specialisten aan een ziekenhuis verbonden zijn. Tussen medische specialist en ziekenhuis wordt een overeenkomst gesloten, waarin onder andere het honorarium van de specialist is geregeld. Tenminste voor zover dit nodig is; een belangrijk deel van de medische specialisten wordt reeds via een dienstverband gehonoreerd.

In dit basishonorarium zijn eveneens de kosten van pensioenopbouw begrepen. Indien een arbeidsovereenkomst wordt overeengekomen, draagt de werkgever vanzelfsprekend een deel van de pensioenkosten en andere sociale lasten. Praktijkkosten, kosten van secretariële ondersteuning en administratielasten komen rechtstreeks voor rekening van het ziekenhuis.

Met betrekking tot de hoogte van de honorering is de commissie van mening dat deze recht moet doen aan de zwaarte van het vak en passend moet zijn in de maatschappelijke verhoudingen.

De commissie onderkent dat er tussen specialisten verschillen zijn in werkdruk, onregelmatige werktijden, opleidingsduur etc. Deze verschillen moeten tot uitdrukking komen in het basishonorarium.

Daarbij kan niet op voorhand worden gesteld dat het ene specialisme een zwaarder vak is dan het andere specialisme. Veel hangt af van de lokale omstandigheden.

Om toch enige richting te duiden hanteert de commissie de benadering van de 'maat-specialist', dat wil zeggen dat naar een ijkpunt is gezocht.

Daarbij is zij uitgegaan van een internist-functie, die qua werkdruk, onregelmatige werktijden, opleidingsduur, aard van het werk een afspiegeling vormt van het gemiddelde specialistenwerk. Rond deze modale specialist kunnen andere specialisten worden getypeerd met behulp van de genoemde criteria.

Aan de hand van de weging van de criteria werkdruk en onregelmatige werktijden komt het principe van loon naar werk tot uitdrukking.

Ontwikkelingen in de vraag naar zorg dienen tot uitdrukking te komen in de jaarlijkse onderhandelingen met verzekeraars. De commissie is geïnformeerd omtrent lokale experimenten waarin meer modelmatig rekening wordt gehouden met ontwikkelingen in de vraag naar zorg, bijvoorbeeld met behulp van adherentiegegevens. Aan het gebruik van dergelijke gegevens per specialisme kleven veel (technische) complicaties, maar de commissie acht het de moeite waard mogelijkheden verder te onderzoeken met behulp van een aantal experimenten. Een suggestie van de commissie daarbij is om de adherentiecijfers te baseren op verwijzingen door de huisarts, gerelateerd aan de patiëntenpopulatie van die huisarts. Daarmee wordt dan tegelijkertijd meer nadrukkelijk een band gelegd tussen huisarts en specialist.

In bijlage 4 wordt nader ingegaan op de beoogde honoreringssystematiek en is een indicatie opgenomen van de hoogte van het honorarium voor de maat-specialist.

De opslag

Ook met betrekking tot het specialistenhonorarium maakt de commissie onderscheid tussen een landelijk uniforme structuur en de mogelijkheid om lokaal, dat wil zeggen per instelling, tot aanvullende afspraken te komen. Afhankelijk van afspraken die ziekenhuizen met medische specialisten en verzekeraars overeenkomen kunnen gerichte bonussen in het vooruitzicht worden gesteld.

Daarbij kan net als bij de huisartsen worden gedacht aan opslagen voor extra functies die naast de reguliere patiëntenzorg worden uitgeoefend (bijvoorbeeld opleidingsfunctie, managementtaken en ondersteuning huisarts). Tevens moeten afspraken worden gemaakt over de wijze waarop – als onderdeel van de beoogde decentralisatie en autonomie van de afdelingen – het instrument van de interne budgettering van de afdelingen wordt ingezet. Belangrijk onderdeel daarvan betreft afspraken vooraf over de bestemming van budgetoverschotten. Wanneer deze een vorm krijgen van bonusuitkeringen gelden deze uiteraard niet alleen voor de medische specialisten, maar ook voor bijvoorbeeld de verpleegkundigen.

Niet vrij-gevestigde specialisten

De vrijgevestigde specialisten maken meer dan de helft uit van het totaal van de in de curatieve zorg werkzame specialisten. De overigen hebben een dienstverband. Bijvoorbeeld bij de overheid, bij categorale ziekenhuizen of in academische ziekenhuizen. Voor wat betreft de honorering gelden daarvoor enerzijds functiewaarderingssystemen (perifere ziekenhuizen) en anderzijds ambtelijke schalen (gemeente- en academische ziekenhuizen). De honorering van specialisten in academische ziekenhuizen is ingewikkeld en ondoorzichtig. De aanstelling geschiedt in het wetenschappelijk rangenstelsel waarbij het relatief lage inkomen wordt aangevuld door toeslagen vanwege het ziekenhuis, opbrengsten van particuliere praktijk of andere fondsen met een zeer wisselende, onduidelijke en ongelijke toedeling.

De commissie is van mening dat aan deze ondoorzichtigheid een einde moet komen en dat de honorering qua hoogte en structuur op dezelfde leest moet worden geschoeid als voor de overige specialisten.

Goodwill

De commissie is van mening dat het betalen van goodwill bij het toetreden tot praktijkuitoefening weliswaar een ingeburgerd systeem is binnen de beroepsgroep, maar objectief gezien niet goed valt te motiveren. Dit geldt te meer in de visie van de commissie waarin sprake is van een geïntegreerde wijze van zorgverlening vanuit het medisch-specialistische bedrijf. Daarom heeft de commissie onderzoek laten doen naar de wijze waarop deze goodwill-problematiek kan worden opgelost. De resultaten van dit onderzoek worden op hoofdlijnen weergegeven in bijlage 4 en het onderzoek zelf is als achtergrondstudie bij het rapport gevoegd.

De commissie heeft als vertrekpunt gekozen dat er compensatie moet komen voor de zittende vrijgevestigde specialisten, die in de toekomst geen goodwill-uitkering meer zullen ontvangen.

Uitgaande van de huidige praktijk waarbij de goodwill veelal wordt gebruikt als oudedagsvoorziening, stelt de commissie een systematiek voor waarin de volledige goodwill bedragen worden omgezet in pensioenaanspraken. Dit kan via een zogenaamd huisartsen-plus systeem, een oplossingsvariant die lijkt op de wijze waarop de huisartsen de beëindiging van de goodwill hebben geregeld, maar waarin een betere bescherming wordt geboden tegen geldontwaarding.

Voor een dergelijke fondsconstructie is in totaliteit naar verwachting circa f 1 miljard nodig. Ten opzichte van de huisartsensystematiek treedt een kostenverlagend effect op door de langere bestaansduur van het fonds, waardoor meer rendement kan worden verkregen. Uitgaande van een looptijd van dertig jaar zal jaarlijks circa f 80 mln nodig zijn ten behoeve van het fonds.

De ruimte kan worden gevonden in een ingroei-regeling voor jonge specialisten. Jonge specialisten starten op een lager niveau en groeien in vijf jaar naar een volledige specialistenhonorering. Aangezien voor jonge specialisten in de nieuwe situatie de financieringslast voor de goodwill wegvalt, is een dergelijke ingroei-regeling alleszins te rechtvaardigen. Bovendien wordt hierdoor enig carrièreperspectief ingebouwd, hetgeen de commissie ook wenselijk acht.

Tot slot

Met deze honoreringssystematiek worden gerichte prikkels geboden voor de beoogde wijze van functioneren van de medische specialisten. De specialisten worden in belangrijke mate inkomenszekerheid geboden met het landelijk bepaalde basishonorarium. Daarin zal worden gedifferentieerd naar de mate van inzet van de betrokken specialist. Daarnaast zal een bijzondere wijze van functie-uitoefening separaat worden beloond. Daarmee worden bijvoorbeeld activiteiten gericht op versterking van de samenwerking met de huisarts, dan wel gericht op verbetering van de doelmatigheid gestimuleerd.

5.4 Bekostiging ziekenhuis

De huidige systematiek van functionele budgettering is gebaseerd op een (semi-) vaste component (adherentie en op basis van capaciteit en functies) en een variabele component (op basis van lokale productie-afspraken). Deze systematiek leidt op zichzelf tot een rechtvaardige verdeling van middelen over de ziekenhuizen, maar er kleven toch enige bezwaren aan.

In de eerste plaats zijn aantallen bedden en aantallen specialisteneenheden belangrijke capaciteitsparameters. Wijzigingen in deze parameters kunnen slechts na langdurige procedures tot stand worden gebracht.

Door de wijze waarop het onderhandelingsproces op lokaal niveau tussen ziekenhuis en verzekeraar verloopt, wordt in feite via de wijze van bekosti-

ging tevens de wijze waarop de zorg wordt verstrekt, bepaald. Immers, de hoeveelheid (dag)opnames, polikliniekbezoeken, verpleegdagen zijn bepalend voor de hoogte van het budget.

Bovendien ligt bij het ontbreken van een goede maat voor de poliklinische functie en een relatief lage vergoeding voor dagverpleging ten opzichte van opnamen, het zwaartepunt op de klinische functie.

Alhoewel ziekenhuisdirecties vrij zijn in de aanwending van het overeengekomen budget, worden de ziekenhuizen langs deze 'financiële koorden' toch gestimuleerd zorg op de klassieke wijze te leveren. Immers voor de afspraken in het nieuwe jaar, is de werkelijk geleverde productie richtinggevend.

Een ander bezwaar vormt het overheidsbeleid met betrekking tot kostenbeheersing. Het door de overheid gevoerde kostenbeheersingsbeleid komt tot uitdrukking in het verstrekken van een beschikbaar macro-budget voor de ziekenhuiszorg. De optelsom van de individuele ziekenhuisbudgetten (mede beïnvloed door de lokale productie-afspraken) wordt afgezet tegen dit macro-budget en bij overschrijding worden de individuele budgetten getroffen door een generieke korting. In termen van bedrijfsvoering is dit zeer onbevredigend. Bovendien kan dit leiden tot ongewenst strategisch gedrag bij het maken van productie-afspraken.

In de visie van de commissie zal er geen erkenningenbeleid meer zijn voor specialistenplaatsen (zie § 6.2) en aantallen bedden. Het wordt een zaak van het medisch-specialistische bedrijf zelf om te bepalen hoeveel specialisten van een bepaalde discipline nodig zijn en hoe omvangrijk de bedden capaciteit moet zijn. Natuurlijk zal dit in nauw overleg gaan met de intern (de specialisten) en extern (de verzekeraars) betrokkenen. In deze visie is het niet passend dat de hoeveelheid specialistenplaatsen en het aantal bedden bepalende variabelen zijn in de systematiek van functionele budgettering.

De commissie stelt voor het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf een bekostigingssystematiek voor waarbij een grotere mate van flexibiliteit mogelijk is en waarmee een betere aansluiting wordt gevonden tussen kostenvergoedingen en geleverde prestaties.

Voor de reguliere patiëntenzorg kan dit het beste worden gerealiseerd via een systeem van produktprijzen. Individuele handelingen kunnen worden geclusterd tot volledige behandelprocessen, waarin voor- en nabehandeling zijn verdisconteerd. Uitgaande van behandelingen met en zonder operatie

en een beperkt aantal zwaartecategorieën zullen uiteindelijk per specialisme vijf tot acht categorieën van geclusterde patiëntenbehandelingen worden onderscheiden. In totaliteit resulteren naar verwachting zo'n tachtig producten die door het ziekenhuis worden geleverd. Deze vormen een goede afspiegeling van het merendeel van het werk binnen het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf.

De commissie gaat in deze systematiek uit van all-in prijzen voor de reguliere zorg derhalve inclusief de gebouwkosten. Dit betekent dat via landelijke richtlijnen genormeerde bedragen voor instandhouding en onderhoud van de gebouwen en infrastructuur zijn opgenomen. Op deze wijze is een meer zuivere prijsvergelijking tussen diverse zorgaanbieders mogelijk. Kosten voortvloeiend uit omvangrijke capaciteitsbeslissingen, zullen via een opslag op de prijzen worden versleuteld.

Topklinische zorg en topreferentiezorg dienen in de visie van de commissie separaat van de reguliere zorgverlening te worden bekostigd. Voor dit type zorgverlening zullen separate prijzen gehanteerd moeten worden, gelet op het hoog gespecialiseerde karakter van deze zorg. Het verdient aanbeveling voor deze typen zorgverlening landelijk uniforme prijzen te hanteren.

Partijen maken in lokaal overleg niet alleen afspraken over prijzen, maar ook over de hoeveelheden te leveren zorg door het ziekenhuis. Partijen zijn vrij in de wijze waarop deze afspraken gestalte krijgen. Dat impliceert dat hierdoor ook ruimte wordt gecreëerd voor het maken van afspraken over vernieuwende vormen van zorgverlening. Daarnaast staat het partijen vrij om te bepalen of er gezamenlijk dan wel afzonderlijk afspraken worden gemaakt. Zo is denkbaar dat een ziekenhuis met verschillende verzekeraars uiteenlopende afspraken maakt.

Uit de overeenkomsten, waarin afspraken zijn gemaakt over prijzen en volumes vloeit het totale budget van het ziekenhuis voort. Het ziekenhuis krijgt vervolgens van de verzekeraars 'carte blanche' om het werk zo effectief mogelijk te verrichten. Het ziekenhuis kan derhalve zelf bepalen welke capaciteit aan bedden, verplegend personeel, specialisten etc. nodig is om de overeengekomen productie te leveren.

Indien blijkt dat de gemaakte produktie-afspraken ontoereikend zijn om aan de zorgbehoefte te voldoen, zullen gedurende het jaar aanvullende overeenkomsten tussen verzekeraars en ziekenhuis kunnen worden afgesloten. Het is immers de verzekeraar die de plicht heeft ervoor te zorgen dat zijn verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Deze zorgplicht is door de overheid gedelegeerd aan verzekeraars.

Het is eveneens denkbaar dat verzekeraars en ziekenhuis tot een soort all-in afspraak komen: het ziekenhuis verplicht zich de benodigde zorg te verstrekken voor een vooraf gesproken budget. Dit kan men een 'aanneemsombenadering' noemen. In feite delegeert de verzekeraar dan zijn zorgplicht aan het ziekenhuis met een daarbij passende budgetafpraak.

Het beoogde stelsel van overeenkomsten tussen verzekeraars en ziekenhuis vormt een krachtige stimulans te komen tot het vaststellen van de werkelijke kostprijzen in de output van de instellingen. Kostentoe rekening (costaccounting) en financiële beheersing (controlling) zijn onmisbare instrumenten om de continuïteit in de instellingen te waarborgen.

De rol van het COTG wordt met deze aanpak van produktprijzen beperkt. Wel is een landelijke richtlijn nodig omtrent de normering van instandhoudings- en onderhoudskosten. Tevens zullen landelijk uniforme afspraken gaan gelden voor de prijsstelling van topklinische zorg en topreferentiezorg. Voor het overige zal geen goedkeuringsregime door het COTG van tarieven meer gelden. Dat is overgelaten aan het lokale krachten spel.

Tot slot

Met deze bekostigingssystematiek ontstaat enerzijds zekerheid voor het geïntegreerde medische bedrijf, omdat men via de genormeerde prijscomponenten verzekerd is van continuïteit van de bekostigingsstroom van capaciteitsgerelateerde kosten. Anderzijds ontstaat een grote mate van flexibiliteit waarin men in hoge mate vrijheid heeft om zelf optimalisatie van de zorgverlening te kunnen bewerkstelligen. Hierdoor worden ook mogelijkheden gecreëerd tot het verlenen van transmurale zorg of andere wijzen van zorgverlening (bijvoorbeeld via zorginkoop bij andere zorgaanbieders). De commissie meent dat met deze bekostigingssystematiek meer verantwoordelijkheid bij partijen zelf wordt gelegd om binnen budgettaire grenzen tot optimale zorgverlening te kunnen komen.

6 Instrumentarium: capaciteitsbepaling

Dit hoofdstuk gaat over de vraag hoe het aanbod aan curatieve zorg moet worden bepaald. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt in een tweetal terreinen:

- capaciteitsbepaling van ziekenhuisvoorzieningen;
- de bepaling van het aantal werkzame artsen.

6.1 Capaciteitsbepaling ziekenhuisvoorzieningen

De gewenste veranderingen in de organisatie van de curatieve zorg hebben ook gevolgen voor het beleid op het terrein van de planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen. Daarbij gaat het vooral om de vraag hoe het aanbod aan ziekenhuisvoorzieningen wordt bepaald en wie verantwoordelijk is voor de bouw.

De commissie geeft hierna op hoofdlijnen de richting weer voor een veranderend planning- en bouwbeleid. Zij heeft de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de verantwoordelijkheid voor (de ontwikkeling van) het zorgaanbod ligt bij de zorgaanbieders, binnen de door de overheid respectievelijk de zorgverzekeraars gestelde kaders;
- de instelling is zelf verantwoordelijk voor bouwactiviteiten;
- ziekenhuisvoorzieningen moeten redelijk over het land gespreid zijn;
- er moeten wettelijke waarborgen komen waardoor de bouw voldoet aan vanuit de gezondheidszorg te stellen kwaliteitseisen;

- voor wat de zorg binnen het basispakket betreft moet het capaciteitsbeleid zijn afgestemd op de noodzaak tot macro-kostenbeheersing.

Hiermee is de veranderingsrichting gegeven: meer verantwoordelijkheid voor partijen zelf, minder omvangrijke overheidsturing via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

De commissie beseft zeer goed dat deze veranderingen de nodige tijd zullen vergen. Niet alleen is er op bepaalde punten een samenhang met de ontwikkelingen in het verzekeringsstelsel, ook vergen de veranderingen de nodige technische zorgvuldigheid bij de invoering.

Mede om die reden zal de verschuiving van de verantwoordelijkheden op het terrein van de bouw en capaciteitsbepaling in de ziekenhuisvoorzieningen in een aantal stappen moeten gebeuren.

Instandhouding

Een eerste stap is het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de instandhoudingsbouw naar het ziekenhuis. Dat betreft al die verbouwingen (groot onderhoud, functionele aanpassingen etc.) die niet gepaard gaan met een wijziging in de capaciteit van het ziekenhuis. Deze benadering past bij 'goed huisvaderschap' en het vergroten van de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de (continuïteit van de) bedrijfsvoering. In beginsel zou ook vervangende nieuwbouw hieronder vallen, maar de commissie beseft dat daarbij op korte termijn wellicht praktische wettelijke belemmeringen optreden.

Met het aldus overdragen van de verantwoordelijkheid aan het ziekenhuis moet tegelijkertijd in de bekostiging ook rekening worden gehouden met die nieuwe situatie. Het ziekenhuis dient voor de met de instandhoudingsbouw gepaard gaande kosten een normatief bedrag in het ziekenhuisbudget te ontvangen. Daarbij zal zeker in de beginfase een inlooperperiode noodzakelijk zijn om uiteindelijk alle instellingen in een gelijke positie te brengen. Voor zover bepaalde activiteiten op het terrein van de instandhoudingsbouw dermate instellingsspecifiek zijn dat die niet via de generieke normatieve versleuteling van het ziekenhuisbudget zijn te bekostigen, zal er de mogelijkheid moeten zijn tot het toekennen van een specifieke aanvulling op het budget van het ziekenhuis.

Uitbreiding

Een tweede stap heeft betrekking op de zogenaamde uitbreidingsinvesteringen. Het gaat dan om bouw die leidt tot een uitbreiding van de ziekenhuis-capaciteit. Gekoppeld aan de veranderende rol van de verzekeraar acht de commissie ook hier veranderingen noodzakelijk. Er moet voor wat betreft de zorgverlening binnen het basispakket worden toegewerkt naar een situatie waarin de aard en de omvang van de ziekenhuisvoorziening wordt bepaald in de lokale of regionale situatie. Daar is beter dan op het niveau van de rijksoverheid aan te geven wat nodig en gewenst is. Natuurlijk moet daarbij wel voortdurend worden gelet op de financiële gevolgen. Een kostenbewakende rol van de zorgverzekeraar is noodzakelijk. De overheid speelt daar op de achtergrond een belangrijke rol, via het genormeerd toedelen van middelen aan de verzekeraars en via het bieden van inzicht in de volgens haar gewenste capaciteitsontwikkeling.

De commissie verwacht dat partijen (verzekeraars en aanbieders van zorg) op dit punt gezamenlijk tot afspraken kunnen komen over de gewenste capaciteitsontwikkeling. Daarbij gaat het vanzelfsprekend niet alleen om eventuele uitbreidingen van de capaciteit, maar kunnen ook verminderingen in de capaciteit aan de orde komen. Op het niveau van de individuele instelling vormen een medisch beleidsplan en in het verlengde daarvan een meerjareninvesteringsplan bij uitstek de instrumenten om tot afspraken met de zorgverzekeraars te komen. De kosten die aan capaciteitsuitbreidingen zijn verbonden (rente en afschrijving) moeten in deze benadering onderdeel vormen van de budgetafspraken tussen instelling en verzekeraars. Mocht dat de externe financiering vergemakkelijken, dan kunnen de instellingen gezamenlijk besluiten een waarborgfonds op te richten.

Rol van de overheid

Zoveel mogelijk is via bovenstaande stappen de eigen verantwoordelijkheid voor planning en bouw in handen gelegd van partijen zelf. De commissie is van mening dat voor grote beslissingen op het terrein van de bouw een rol voor de overheid noodzakelijk blijft. Het gaat dan om beslissingen tot nage-noeg algehele (ver)nieuwbouw of zeer omvangrijke uitbreidingen. Voor deze bouwactiviteiten is een vergunning van de overheid vereist waarbij wordt getoetst op de financiële gevolgen en in verband met de toegankelijkheid op de spreiding. De reikwijdte van een dergelijke regeling moet nader worden bepaald.

Langs deze weg is de overheid in staat het aantal ziekenhuisvoorzieningen te reguleren. Een ziekenhuis dient immers in het kader van de basisverzekering door de overheid te zijn toegelaten. Het toegelaten ziekenhuis is vervolgens binnen bovengenoemde grenzen vrij in het bepalen van haar omvang en de organisatorische vorm. Zo kan het ziekenhuis zelf bepalen om bijvoorbeeld buitenpoli's of dagbehandelingscentra op te zetten als (geografisch) apart staande onderdelen van het ziekenhuis.

Ook heeft de overheid tot taak duidelijke kwaliteitseisen te stellen ten aanzien van de bouw. Dat kan bijvoorbeeld via gezondheidszorgspecifieke eisen in het kader van het Bouwbesluit en via bepalingen in de aanstaande Wet op de kwaliteit van zorg verleend vanuit instellingen.

Als aanvulling op dit algemene beleid ten aanzien van de capaciteitsbepaling van ziekenhuizen zal er specifieke regulering nodig zijn voor bijzondere functies. Dat wil zeggen functies die uitgaan boven het reguliere pakket aan patiëntenzorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om de topzorg, de topreferentiezorg en specifiek voor de academische ziekenhuizen de zogenaamde werkplaatsfunctie. Voor dergelijke specifieke functies zal om reden van concentratie en beheersing van kosten en kwaliteit een afzonderlijke toewijzing door de overheid moeten worden afgesproken.

Ziekenhuizen die van de overheid één of meer van deze bijzondere functies toegewezen hebben gekregen, verwerven op grond daarvan recht op de daarmee samenhangende middelen voor het uitvoeren van die functie(s).

Medisch-specialistische activiteiten buiten het basispakket kunnen vrij worden ondernomen. De daarmee samenhangende bouw is puur een zaak ter beslissing van het ziekenhuis, dat daarvoor ook zelf de financiële dekking moet verzorgen. Dit zal meestal om praktische redenen alleen lukken als daarvoor eveneens meerjarencontracten met de zorgverzekeraars of andere opdrachtgevers kunnen worden afgesloten.

6.2 Capaciteitsbepaling artsen

Naast de besluitvorming over infrastructurele voorzieningen, heeft de commissie zich ook de vraag gesteld hoe het aantal in de curatieve zorg werkzame artsen moet worden bepaald.

Hierbij zijn twee stappen van belang:

- besluitvorming over het opleidingstraject;
- contractering als feitelijk werkzame arts.

Opleidingstraject

In dit verband richt de commissie zich op het beroepsgerichte deel van de opleiding (de vervolgopleiding). De algemene opleiding tot basisarts (initiële opleiding) komt hier verder niet aan de orde. De commissie is van mening dat de opleidingsfunctie zeer belangrijk is voor het op een hoog niveau houden van de gezondheidszorg. Om die reden is een goede regeling van deze functie, zowel voor wat betreft inhoud en kwaliteit als capaciteitsbepaling en bekostiging, in het belang van alle betrokkenen bij de zorg. Dit heeft geleid tot de volgende uitwerking.

Bij de inhoud van de vervolgopleiding dient rekening te worden gehouden met de veranderende omstandigheden waarin de arts gaat werken. Dit betekent onder andere dat er ruime aandacht moet zijn voor samenwerking tussen de verschillende disciplines en voor het functioneren in een geïntegreerde organisatie. Bij de huisarts is het van belang al in de opleidingen rekening te houden met mogelijke uitbreidingen van het takenpakket van de huisarts. Binnen de opleidingen is ook aandacht te besteden aan standaarden en standaard-ontwikkeling binnen de zorg, zowel op het eigen terrein als dat van aanpalende disciplines.

Het is primair de verantwoordelijkheid van de medische professie om de inhoud van de opleiding te bepalen. Ook moet de beroepsgroep via visitatie toezicht houden op de kwaliteit van de opleiding.

Het ramen van de toekomstige behoefte aan artsen, onderverdeeld naar de verschillende disciplines, is verre van eenvoudig. Vele onzekerheden en de lange tijdsperiode van het opleidingstraject maken het zeer moeilijk om te bepalen hoeveel artsen er vandaag zouden moeten worden opgeleid voor de gezondheidszorg van morgen. Toch moeten die beslissingen worden genomen, op basis van beschikbare inzichten en verwachte ontwikkelingen. De commissie is van mening dat de instroom voor vervolgoopleidingen op landelijk niveau moet worden bepaald. Het gaat immers om een functie van algemeen belang. Daarbij dienen naast de artsenorganisaties ook externe deskundigen en betrokken partijen in de gezondheidszorg (ziekenhuizen,

verzekeraars) een stem te hebben in de bepaling van de opleidingscapaciteit. Hoe partijen deze landelijke vaststelling van de opleidingsbehoefte organiseren, is hun eigen verantwoordelijkheid.

De opleidingsfuncties worden vervolgens uitgevoerd door daarvoor aange-
wezen opleiders respectievelijk opleidende instanties. Bij de specialisten-
vervolgopleiding gaat het om de academische en een aantal algemene zieken-
huizen; bij de huisartsen-vervolgopleiding om de universitaire huisartsenin-
stituten en individuele huisartsen die een assistent begeleiden. Hierbij gel-
den kwaliteitseisen en een systeem van visitatie.

De bekostiging van de vervolgopleiding gebeurt met middelen die door
zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld. Hiertoe wordt een landelijk
opleidingsfonds ingesteld, beheerd door een aparte stichting waarin belang-
hebbenden (artsen, ziekenhuizen, verzekeraars) zitting hebben. Deze stich-
ting draagt vervolgens zorg voor het – op basis van contracten – uitvoeren
van de financiële vergoedingsregelingen voor de vervolgopleiding. Voor de
opleidende instanties/personen gaat het om een vergoeding voor de meer-
kosten die aan de opleidingsfunctie zijn verbonden. Ook de assistent ont-
vangt een vergoeding, ofwel rechtstreeks via de opleidingsinstantie, ofwel
via de stichting.

De commissie ziet als belangrijke voordelen van dit systeem: landelijke
besluitvorming over een functie die een gezamenlijk belang heeft, zuiverder
toedeling van de middelen voor een opleidingsfunctie aan de instellingen/
personen die het betreft en beëindiging van de financiële band tussen oplei-
der en assistent, zoals die nu veelal bestaat in de algemene ziekenhuizen.

Contractering van de artsen

Na een afgeronde opleiding zal de arts vervolgens moeten beschikken over
een feitelijke werkplek.

Voor de huisarts geldt in de visie van de commissie een vrije vestiging,
evenals nu het geval is. Om daadwerkelijk zorg te kunnen leveren binnen de
basisverzekering moet de huisarts beschikken over een contract met de
zorgverzekeraars.

Voor wat betreft de medische specialist is de feitelijke toetreding afhankelijk van waar wordt gewerkt. Er van uitgaande dat het overgrote deel van de medische specialisten zal werken binnen de constellatie van het geïntegreerde ziekenhuisbedrijf, zal de leiding van het ziekenhuisbedrijf – na advies van de medische staf – moeten beslissen. Het is haar verantwoordelijkheid vast te stellen hoeveel specialisten aan de instellingen verbonden moeten zijn. In samenhang met de wijzigingen in de bekostiging van het ziekenhuis is er geen reden meer voor het reguleren van de aantallen specialistenplaatsen in het ziekenhuis via een erkenningenbeleid door de overheid.

Voor specialisten die niet verbonden zijn aan een ziekenhuisvoorziening (de 'echte vrijgevestigden') is de toelating vrij. Het is – evenals bij de huisarts – in dat geval een zaak van de zorgverzekeraar om vast te stellen of een contract wordt gesloten.

7

Instrumentarium: verzekerings- systematiek

7.1 Inleiding

Het verzekeringssysteem vormt een belangrijk onderdeel van het instrumentarium voor doelmatigheid en kostenbeheersing in de zorg. Zowel via de band van de verzekerde als via de verzekeraar is door middel van het verzekeringssysteem invloed uit te oefenen op vraag naar en aanbod van curatieve zorg. Tegen die achtergrond komt hierna een aantal essentiële elementen van het verzekeringssysteem aan de orde. Het gaat de commissie niet om een volledig op zichzelf staande beschouwing over het verzekeringsstelsel maar om het adviseren op die punten die relevant zijn vanuit het oogpunt van de curatieve zorg.

7.2 Het verzekerde pakket

De commissie is van mening dat het hier aan de orde zijnde complex van curatieve zorg onderdeel moet zijn van één verzekeringssysteem. Daarbij moet worden toegewerkt naar één uniforme verplichte verzekering ter dekking van de noodzakelijke curatieve zorg. Dat betekent het samenvoegen van de huidige ziekenfondsverzekering, particuliere verzekering en publiekrechtelijke regelingen in een uniforme verzekering voor een basispakket van curatieve zorg, dat door de overheid is gedefinieerd en wordt uitgevoerd door toegelaten verzekeraars. De commissie sluit niet uit dat onderdelen van zorg die nu vallen onder de AWBZ vanwege hun aard en samenhang met de curatieve zorg ook in dit basispakket van curatieve zorg moeten worden opgenomen (bijvoorbeeld geneesmiddelen).

De keuze voor een basispakket aan curatieve zorg berust op de volgende redenen:

- samenhang en afstemming tussen de curatieve zorgvoorzieningen is het best mogelijk indien deze voorzieningen ook in één verzekerings- en financieringsregime zijn opgenomen. Zou bijvoorbeeld de huisartsenzorg niet in het verplichte basispakket worden opgenomen, dan bestaat de kans dat er van patiënten-zijde een versterkte druk ontstaat tot het zo snel mogelijk doorverwijzen naar wel in het basispakket opgenomen zorg (in casu: specialistische zorg);⁶
- de verschillen in tariefstelling, contractering van zorg etc. tussen de huidige verzekeringssystemen zijn administratief inefficiënt en niet geobjectiveerd te onderbouwen;
- de verzekeraars moeten meer kritische tegenspelers van het zorgaanbod worden. Dit vergt een ander type verzekeraar dan het klassieke ziekenfonds en de klassieke particuliere verzekeraar en de bestaande uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.

Omvang en samenstelling van het basispakket worden bepaald door de overheid. Dat past bij de overheidsverantwoordelijkheid voor belangrijke doelstellingen als toegankelijkheid en kostenbeheersing. De overheid moet op dit punt nadrukkelijk haar verantwoordelijkheid nemen en op korte termijn ten aanzien van het basispakket de noodzakelijke keuzen maken.

De commissie beperkt zich hier tot het basispakket aan curatieve zorg. Zij gaat er van uit dat er naast dit basispakket nog sprake zal zijn van een aparte voorziening voor de zogenaamde 'klassieke AWBZ'-zorg (bijvoorbeeld gehandicaptenzorg, delen van de ouderenzorg) en van vrijwillig af te sluiten aanvullende verzekeringen.

7.3 De rol van de zorgverzekeraars

De uitvoering van de basisverzekering voor curatieve zorg vindt plaats door toegelaten zorgverzekeraars. De commissie benadrukt de belangrijke rol die de zorgverzekeraars moeten vervullen in het contracteren van zorg. Langs die weg zijn, meer dan nu het geval is, mogelijkheden te scheppen tot het

⁶ Overigens staan ook internationale verdragen het niet in het basispakket opnemen van de huisartsenzorg op dit moment in de weg.

regionaal toezien op doelmatigheid van zorg en het bieden van zorg op maat. Dit stelt echter wel de nodige voorwaarden aan het functioneren van de zorgverzekeraars. De twee belangrijkste voorwaarden zijn in de visie van de commissie een duidelijke kosten-verantwoordelijkheid van de verzekeraar en een regionale werkwijze.

Kosten-verantwoordelijkheid

Om de zorgverzekeraars voldoende belang te geven bij het beheersen van vraag naar en aanbod van curatieve zorg is het nodig de zorgverzekeraars ook zelf kostenbewust te maken. In plaats van declaratie of nacalculatie op basis van gemaakte kosten, moeten de verzekeraars vooraf gebonden worden aan beschikbare middelen. Dat geeft de verzekeraars een duidelijke verantwoordelijkheid voor de kosten. De commissie gaat daarbij uit van een stelsel van normuitkeringen via welke de uit inkomensafhankelijke premies vergaarde middelen worden toebedeeld aan de zorgverzekeraars. Via nader onderzoek zal de opzet en specificatie van dit verdeelsysteem verder moeten worden uitgewerkt. Verzekeraars kunnen ook zelf op basis van hun (actuariële) kennis en ervaring een belangrijke inbreng leveren. Indien nodig, zou in beperkte mate een pooling tussen verzekeraars kunnen worden opgezet om uitzonderlijke kosten onderling te verevenen. Zeker als de voorzieningen uit de 'klassieke AWBZ' niet tot het basispakket behoren, is de commissie van mening dat onder deze voorwaarden een normuitkeringstelsel technisch mogelijk en praktisch hanteerbaar moet kunnen zijn. De commissie beschouwt het als een essentiële voorwaarde voor het verantwoord kunnen toekennen van een belangrijke rol aan de zorgverzekeraars.

Als aanvulling op deze normuitkering hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid via een nominale premieheffing bij hun verzekerden extra middelen te verwerven. Hoe groter het gat tussen de totale kosten van het basispakket en aan de zorgverzekeraar toegekende normuitkering, des te hoger de nominale (inkomensonafhankelijke) premie die de zorgverzekeraar genoodzaakt zal zijn aan zijn verzekerden in rekening te brengen. Het is duidelijk dat het hier in essentie gaat om een vraagstuk van inkomenspolitiek en lastenverdeling. Daarnaast zal de hoogte van de nominale premie ook afhankelijk zijn van de door de verzekeraar bereikte doelmatige zorgcontractering.

Zorgcontractering

De verzekeraars moeten niet alleen een belang hebben bij het beheersen van de kosten in de zorg, maar ook beschikken over mogelijkheden om hun rol als 'kritische tegenspeler' van het zorgaanbod daadwerkelijk kunnen vervullen. Dat betekent dat er vrijheid moet zijn in de contractrelatie met het zorgaanbod, inclusief de mogelijkheid om géén contract te sluiten (contracteervrijheid). De huidige centrale aanbodregulering van capaciteiten en prijzen moet dus aanzienlijk afnemen om partijen de ruimte te geven in de lokale of regionale onderhandelingen. Landelijke regulering – hetzij door de overheid, hetzij door partijen zelf – zal zich moeten beperken tot kwaliteitseisen, opleidingscapaciteit, grote infrastructurele beslissingen en specifieke topzorg en de basiscomponent in de bekostiging van artsen. Voor deze zaken is een gemeenschappelijke aanpak te prefereren boven een individuele aanpak per verzekeraar.

Binnen deze hoofdlijnen zijn de individuele verzekeraars vrij in het met de te contracteren zorgaanbieders maken van afspraken over aard en omvang van de te leveren zorg en de daarvoor geldende prijs respectievelijk het budget.

De commissie pleit er voor dat zorgverzekeraars deze rol ten aanzien van het zorgaanbod zoveel mogelijk vorm geven in regionaal verband, om zo tot goede afspraken met het regionale zorgaanbod te komen. De commissie beschouwt het als een zaak voor de zorgverzekeraars om hier passende vormen voor te vinden of onderlinge werkafspraken te maken.

7.4 Eigen risico's

Het opnemen van zorgvoorzieningen in een verzekeringssysteem geeft de mogelijkheid om individuele risico's te spreiden en de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Het kan echter ook leiden tot een minder zorgvuldige afweging van het gebruik van zorg (verzekeringseffecten).

De commissie is daarom van mening dat binnen het basispakket aan curatieve zorg naast de op het zorgaanbod gerichte veranderingen, ook voor de individuele burger financiële prikkels moeten worden ontworpen voor doelmatig en beheerst gebruik. Dat kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld via eigen risico's, eigen bijdragen of no-claim kortingen.

De commissie bepleit in ieder geval de invoering van een verplicht eigen risico in de basisverzekering. De vormgeving daarvan moet zodanig zijn dat het niet leidt tot een onverantwoorde inperking van de toegankelijkheid van de zorg. Dat stelt beperkingen aan de hoogte van het verplichte eigen risico. Om risico-selectie tegen te gaan is de commissie geen voorstander van de mogelijkheid om binnen het basispakket vrijwillig te kiezen voor een hóger eigen risico. Dat zou al gauw kunnen leiden tot een aantasting van de binnen de basisverzekering gewenste solidariteit. In de aanvullende verzekering heeft de verzekerde deze keuzemogelijkheid uiteraard wel.

8

Instrumentarium: kwaliteit, inzicht en toetsing

8.1 Het belang van informatie

In de gezondheidszorg worden zeer veel gegevens geregistreerd en verzameld. En toch blijken basale inzichten soms te ontbreken, staat vaak de kwaliteit van de gegevens ter discussie en wordt lang niet altijd met de gegevens wat gedaan.

Informatie is niet alleen een noodzaak voor het maken van keuzen, maar ook voor een gedegen systeem van verantwoording. De omvang van de sector en de grotendeels collectieve financiering rechtvaardigen publiek inzicht, controle en verantwoording. De gezondheidszorg is een 'glazen huis' waarbinnen voortdurend zichtbare aandacht moet zijn voor de kwaliteit van zorg en de doelmatige verdeling en aanwending van de schaarse middelen.

De noodzaak van een kritische en objectieve informatievoorziening speelt op alle niveaus van de bedrijfskolom: van de individuele dokter in de spreekkamer tot de politici op het Binnenhof. De zorgaanbieders, dat wil zeggen de artsen en de ziekenhuizen, hebben goede informatie nodig om hun handelen op te baseren. De zorgverzekeraars hebben informatie nodig in verband met hun rol als contractant van het zorgaanbod. De burger heeft als patiënt of verzekerde belang bij onafhankelijke en kritische informatie voor het maken van keuzen. De overheid heeft als eindverantwoordelijke voor het stelsel van zorg tot taak erop toe te zien dat in de curatieve zorg sprake is van doelmatig handelen en van een verantwoorde besteding van de middelen.

Van de overheid mag ook worden verwacht dat zij haar beleid baseert op goede informatie. Beleid dat berust op onvolledige of onjuiste informatie leidt uiteindelijk tot aantasting van de legitimiteit van het overheidshandelen. De overheid dient er daarom voor te zorgen dat zij beschikt over de (wettelijke) instrumenten om de benodigde informatie te krijgen. Nu schort het daar nogal eens aan; informatie ontbreekt, is te laat, niet eenduidig of van onvoldoende kwaliteit.

8.2 Kwaliteit en verantwoording van het medisch handelen

Van de artsen mag worden verwacht dat hun medisch handelen voldoet aan eisen van kwaliteit en doelmatigheid; dat is een wezenlijk onderdeel van hun professionele verantwoordelijkheid.

Om een professionele werkwijze te kunnen hanteren is ook voor artsen goede informatie over de effectiviteit en doelmatigheid van het medisch handelen een absolute noodzaak. Dat maakt het de arts mogelijk beter onderbouwd zijn individuele medisch handelen te bepalen ('evidence based medicine'). Ook het via spiegelinformatie vergelijken van het eigen medisch handelen met dat van collega's stimuleert het zelfinzicht van de arts. Door deze inzichten van de arts te verbeteren wordt het mogelijk ineffectieve en ondoelmatige zorgverlening terug te dringen en bijvoorbeeld de bestaande inter-dokter variatie te verkleinen.

Standaarden

In dit verband is ook het ontwikkelen van standaarden⁷ van groot belang. Voorop gesteld dat niet terwille van de zekerheid wordt gekozen voor een maximale invulling van de standaarden, vormen deze een nuttig instrument bij het verder rationaliseren van het medisch handelen. Dat betreft zowel het handelen van de individuele dokter als de samenwerking en afstemming tussen de verschillende bij het zorgproces betrokken personen en instanties. Standaarden kunnen voor de arts ook een hulpmiddel vormen bij het zich weren tegen onnodige zorgvragen van de patiënt en bij juridische procedures. Dat is van toenemend belang nu het fenomeen van defensieve genees-

⁷ De term standaard wordt hier gehanteerd als verzamelnaam voor standaarden, protocollen of meer in het algemeen richtlijnen voor het medisch handelen.

geneeskunde ook in ons land de kop dreigt op te steken. Via de visitatie en herregistratie van de arts kan ook worden toegezien op het daadwerkelijk gebruik dat de arts van de standaarden maakt.

De commissie bepleit om deze redenen dat de ontwikkeling van standaarden met kracht wordt voortgezet, zowel op landelijk niveau als via de aanpak op uitvoerend praktijkniveau. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor de medici zelf, met inbegrip van de bijbehorende landelijke organisaties. Deze standaarden dienen openbaar en toetsbaar te zijn. Dat stelt ook anderen (patiënt, ziekenhuis, verzekeraar, overheid) in staat er kennis van te nemen en er in de relatie tot de arts rekening mee te houden. De ontwikkeling van deze standaarden verdient financiële ondersteuning van verzekeraars.

Inzicht en verantwoording

Van de arts mag verantwoording van zijn handelen worden verlangd. Ook hierbij speelt goede informatie een cruciale rol. Wanneer de arts zijn medisch handelen juist en volledig registreert, kan op grond daarvan verantwoording worden afgelegd. Standaarden en andere vooraf gemaakte afspraken over de wijze van zorgverlening kunnen daarbij als referentiekader dienen. Primair wordt deze verantwoording afgelegd binnen de kring van beroepsgenoten (kwaliteitssystemen, intercollegiale toetsing, visitatie, herregistratie) en voor wat betreft de medische specialist binnen het verband van het medisch-specialistische bedrijf. Secundair dient deze verantwoording ook te gebeuren tegenover andere betrokkenen: de patiënt, de zorgverzekeraar en de overheid c.q. de namens de overheid toezichthoudende instanties.

Het medisch-specialistische bedrijf is eveneens zeer gebaat bij een goed inzicht in de interne zorgverlenings- en bedrijfsprocessen. In het medisch-specialistische bedrijf is het zaak het kwaliteitsbeleid en de daarvoor benodigde informatiesystemen te integreren. Nu staan deze vaak nog los van elkaar of ontbreken ze gedeeltelijk. Dit inzicht is niet alleen nodig ten behoeve van de interne sturing maar ook voor de verantwoording ten opzichte van derden. De verzekeraar (en bij de noodzaak tot kapitaalverschaffing: de externe financier) zal immers over informatie willen beschikken over productie, kwaliteit en kosten. Dat zal een rol spelen bij het afsluiten of aanpassen van de zorgverleningscontracten.

Juist in het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf dient het kwaliteitsbeleid bij uitstek een gemeenschappelijke activiteit te zijn van specialisten en ziekenhuis.

Voor hun externe verantwoording is het een goede ontwikkeling dat een (onafhankelijk) systeem van certificatie van ziekenhuizen wordt opgezet. Tevens dient van overheidswege de publieke rapportageplicht van de instellingen te worden aangescherpt; de rapportage dient sneller beschikbaar en vollediger te zijn. Zij zal moeten voldoen aan door de overheid nader op te stellen voorschriften. Ziekenhuizen moeten niet alleen via een tijdige jaarrekening de relevante financiële cijfers publiceren, maar ook in het jaarverslag rapporteren over produktie en prestaties. Daarin kan onder andere aandacht worden geschonken aan wachtlijsten, produktiecijfers, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsindicatoren.

De zorgverzekeraar zal informatie over het zorgaanbod willen hebben in verband met het doelmatig contracteren en de verantwoording door de zorgaanbieder over de geleverde zorg. Het is zaak dat partijen hier onderling afspraken over maken.

De verzekerde zal informatie willen hebben over de kwaliteit van de door de verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders teneinde op basis van prijs en kwaliteit een verantwoorde keuze van zorgverzekering en zorgaanbod te kunnen maken.

De patiënt moet in de gelegenheid zijn via een klachtencommissie zijn eventuele klachten over het ziekenhuis naar voren te brengen.

8.3 Landelijk inzicht en toezicht

De verbetering van het kwantitatieve inzicht en de verantwoording in de gezondheidszorg is een forse operatie. Het stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de informatie (juistheid, volledigheid, vergelijkbaarheid) en aan het ook daadwerkelijk handelen op basis van die informatie.

Weliswaar is inzicht en verantwoording in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de medische sector zelf, maar de commissie meent dat daarmee niet kan worden volstaan.

De noodzaak tot een publieke verantwoording van wat er in de curatieve zorg gaande is, vergt ook een rol van de overheid. De overheid moet

beschikken over een goed inzicht in de zorg om te kunnen beoordelen of deze voldoet aan de te stellen eisen van toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en kostenbeheersing.

Een belangrijk document in dit verband is het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Aanvankelijk opgezet als een overzicht van de kostenontwikkelingen, is het steeds meer een beleidsdocument geworden waarin de overheid de gewenste kostenontwikkeling aangeeft. Wanneer blijkt dat de feitelijke kostenontwikkelingen hoger zijn, dan vormt dat op dit moment voor de overheid vaak reden om via de beschikbare wettelijke instrumenten (bijvoorbeeld aanwijzingen in het kader van de WTG) ombuigingen op te leggen. Het FOZ is daarmee steeds bepalender geworden voor het financiële beleid van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg.

Vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid voor de macro-kostenontwikkeling, is ook de commissie van mening dat een financieel overzicht noodzakelijk is. Dat dient dan wel te berusten op objectieve en realistische informatie. Op die wijze is een zo betrouwbaar mogelijk beeld te geven van de feitelijke en te verwachten kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het is vervolgens aan de overheid om voor het basispakket die zo realistisch mogelijke (onafhankelijke) raming af te zetten tegenover de gewenste kostenontwikkeling en zonodig beleidskeuzen te maken.

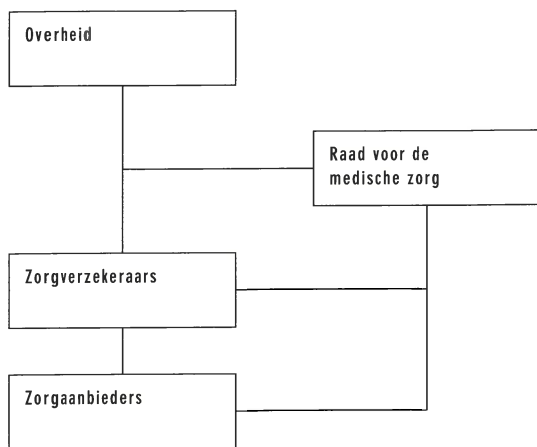
Raad voor de medische zorg

De commissie pleit voor de instelling van een kleine, onafhankelijke Raad voor de medische zorg. De taken en bevoegdheden van deze raad moeten bij wet worden geregeld. De belangrijkste taken zijn het houden van toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders, het verwerven van een onafhankelijk inzicht in de ontwikkelingen in de zorgsector en het kritisch volgen en analyseren van ontwikkelingen in de zorg. Het gaat daarbij onder andere om onderzoek naar kostenontwikkelingen, kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg. Om deze taken te kunnen uitoefenen moet de raad ook over de bevoegdheid beschikken om voor te schrijven welke informatie door zorgaanbieders en -verzekeraars moet worden vastgelegd en beschikbaar gesteld en over de bevoegdheid om deze informatie te controleren.

Tenslotte heeft de raad tot taak het Ministerie van WVC te voorzien van voor het beleid noodzakelijke informatie over de zorgsector. Daarmee kan de raad een bijdrage leveren aan een meer geobjectiveerde grondslag van het beleid van de overheid. De commissie acht het mogelijk deze Raad voor de medische zorg voor een belangrijk deel in de plaats te laten treden van bestaande bestuurs- en uitvoeringsorganen.

In schema is de plaats van de Raad voor de medische zorg als volgt weer te geven.

Raad voor de medische zorg



9

De spelers opnieuw in beeld

9.1 De patiënt

De patiënt is de vrager van zorg. Essentieel is dat de patiënt de zorg krijgt die nodig is en geen zorg krijgt indien dat niet nodig is, dan wel geen effect zal sorteren. Daarvoor rust niet alleen de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders, maar ook bij de patiënten zelf.

Teveel heeft het accent gelegen op de patiënt als consument van zorg, die mede via door de media geëtaleerde technologische vernieuwingen te zeer de verwachting heeft dat de dokter alles kan verhelpen. De commissie is van mening dat de patiënt ook een duidelijke eigen verantwoordelijkheid heeft in de gezondheidszorg. Van belang is terughoudendheid in het beroep doen op een arts. Ook is het belangrijk dat patiënten kritische gesprekspartners worden van artsen. Uit recente uitlatingen van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie blijkt dat deze visie wordt gesteund.

De commissie wil de eigen verantwoordelijkheid versterken door ook richting patiënt heldere voorlichting te verschaffen en prikkels te hanteren. Het is verdedigbaar om kosten van gebruik van zorg – vallend onder het basispakket – voor een beperkt deel direct voor rekening van de patiënt te brengen. Dit betekent onder meer eigen risico's. De omvang van de eigen risico's moet voor het basispakket beperkt zijn om de toegankelijkheid niet in gevaar brengen. Voor de aanvullende verzekeringen geldt deze beperking vanzelfsprekend niet.

9.2 De huisarts

De rol van de huisarts binnen het curatieve zorgaanbod moet worden versterkt. Als poortwachter is hij een zeer belangrijke 'beslisser' over kosten die al dan niet 'verderop' in het gezondheidszorgsysteem worden gemaakt.

De huisarts moet nog beter worden toegerust om deze taak optimaal te kunnen uitoefenen. Een belangrijke steun in de rug daarbij vormt het verder ontwikkelen van standaarden. Niet alleen voor de generalistische zorg zelf maar juist ook voor de samenwerking en het verwijsgedrag tussen huisartsen en specialisten. Een andere stimulans is dat huisartsen meer in groepspraktijken gaan werken, zodat een logische toetsing van het handelen met de directe collega's ontstaat.

Daarnaast moeten huisartsen in de gelegenheid worden gesteld een volwaardig pakket generalistische zorg te kunnen leveren. Via certificaatgebonden opslagen voor specifiek door de huisarts uit te oefenen functies worden hiervoor mogelijkheden geboden.

Tot slot is ondersteuning vanuit de specialistische invalshoek gewenst. Via gerichte aanvragen van diagnostiek, gezamenlijke spreekuren en de introductie van een advieskaart wordt de huisarts beter in staat gesteld zo lang als verantwoord is patiënten onder zijn eigen behandeling te houden.

9.3 De medische specialist

In de huidige praktijk is sprake van een toenemende verwevenheid tussen medische specialisten en ziekenhuisorganisatie. De commissie ondersteunt deze ontwikkeling en is van mening dat dit uiteindelijk organisatorisch zijn weerslag moet krijgen in een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf is het logische organisatorische spiegelbeeld van het primaire proces, de geïntegreerde zorgverlening. Beide partijen kunnen niet zonder elkaar en moeten de handen ineenslaan om binnen de beschikbare middelen een zo goed mogelijk zorgproduct te leveren.

Vanzelfsprekend heeft de specialist in de individuele arts – patiënt relatie professionele autonomie. Hij bepaalt de diagnostiek en behandeling en is daarvoor verantwoordelijk. Dit is echter geen absolute autonomie, maar 'vrijheid in gebondenheid'. Er gelden spelregels van de organisatie en ook

professionele spelregels van de betreffende beroepsgroep. De specialist zal zich toetsbaar moeten opstellen en zich moeten kunnen verantwoorden tegenover patiënt, ziekenhuis en beroepsgroep.

Daarnaast moet de medische specialist betrokken zijn, ja zelfs mede gestalte geven aan het ziekenhuisbeleid, de organisatie van de patiëntenzorg en een efficiënte benutting van middelen en mankracht. Deze betrokkenheid komt op diverse niveaus tot uitdrukking. De medische staf vormt in dit opzicht een belangrijk advies- en overlegorgaan op het managementniveau van de instelling.

9.4 Het ziekenhuis

Zoals hierboven al is aangegeven staat de commissie een integratie voor ogen van medische specialisten en ziekenhuis in het medisch-specialistische bedrijf, met het oog op optimalisatie van het primaire zorgverleningsproces.

Deze geïntegreerde organisatie moet zodanig functioneren (in organisatorische opzet en structurering van werkprocessen) dat het karakter van een professionele organisatie duidelijk tot uitdrukking komt.

Een essentieel punt daarbij is decentralisatie naar zo veel mogelijk zelfstandig werkende eenheden. Bevoegdheden en (financiële) verantwoordelijkheden worden toebedeeld aan werkeenheden, waarin naast het werk van de medische specialist het verpleegkundig werk een tweede kernactiviteit is. Binnen vooraf gemaakte afspraken bestaat vervolgens een grote mate van zelfstandigheid met betrekking tot het inrichten van het zorgverleningsproces op de werkvloer. Betrokkenen in een afdeling kunnen hieraan in onderling overleg gestalte geven. Op deze wijze kan daadwerkelijk integratie tot stand worden gebracht.

Het besluitvormingsproces in de organisatie moet zodanig zijn georganiseerd dat daarbij de diverse geledingen (specialisten, verpleegkundigen) aan bod komen. In laatste instantie betekent dit dat de topleiding van het ziekenhuis zijn besluiten pas neemt nadat mogelijk verschillende gezichtspunten voldoende tegen elkaar zijn afgewogen.

Tot slot is de leiding van het medisch-specialistische bedrijf de aangewezen partij voor het voeren van overleg met derden, zoals verzekeraars of vertegenwoordigers van de overheid.

9.5 De zorgverzekeraar

De commissie kiest voor de zorgverzekeraar die in de lokale setting als partij tot zaken komt met het zorgaanbod. Het regionaal werken van verzekeraars is van belang. Daarbij gelden enige landelijke globale spelregels op het terrein van de capaciteitsplanning en bekostigingssystematieken van de zorgaanbieders. Deze spelregels bieden voldoende ruimte om – afhankelijk van de specifieke lokale situatie – tot maatgesneden afspraken te komen. De rol van de verzekeraar is om onderhandelingen te voeren en contracten met het zorgaanbod te sluiten. Bij de huisarts gaat het om afspraken over de lokale tariefdifferentiaties bovenop het basisabonnement. Bij het geïntegreerde ziekenhuis gaat het om overleg over het produktieniveau en de produktprijzen. Partijen spreken een totaalbudget af en wat daarvoor moet worden geleverd. Als de omstandigheden dat meebrengen, kan er gedurende het jaar bijgesteld worden.

Essentieel hierbij is dat de verzekeraar de plicht heeft ervoor te zorgen dat zijn verzekerden de aanspraken op zorg kunnen waarmaken. Ook moet de verzekeraar risico lopen voor de door hem te contracteren zorg. Dit vergt een normuitkeringensysteem en een mogelijke uitloop in de nominale premie.

9.6 De overheid

De eerste en zeer cruciale verantwoordelijkheid van de overheid is het maken van keuzen met betrekking tot de omvang en samenstelling van het collectief te verzekeren basispakket. Het is bij uitstek de overheid die gestalte moet geven aan een sober pakket van verzekeringsaanspraken, waarmee de toegankelijkheid van de zorg voldoende wordt gewaarborgd. In het verlengde daarvan is het ook de overheid die de inkomensafhankelijke premiestelling bepaalt.

In dat verband is de commissie van mening dat in het Financieel Overzicht Zorg een duidelijke scheiding moet worden gehanteerd in realistische ramingen omtrent de kostenontwikkeling en de daaruit voortvloeiende beleidskeuzen.

De gedetailleerde regulering van het curatieve zorgaanbod door de overheid via plannings- en bekostigingsregelgeving kan in belangrijke mate ver-

dwijnen. Op een beperkt aantal cruciale punten blijft in laatste instantie wel het woord aan de overheid. Het gaat dan om grote capaciteitsbeslissingen, de globale bekostigingsstructuur en – vanzelfsprekend – de kwaliteit.

Op het terrein van de capaciteitsbepaling wordt in belangrijke mate de verantwoordelijkheid bij partijen gelegd. Alleen voor zeer ingrijpende bouwbeslissingen blijft een toetsende rol voor de overheid bestaan.

Daarnaast moeten bepaalde typen voorzieningen worden beheerst die concentratie en beperking in hoeveelheid vergen. Dat geldt onder meer voor topklinische zorg en nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde. Hierin heeft de overheid een bepalende taak.

Op het terrein van de bekostiging zal de overheid via globale landelijke regels voldoende inkomenszekerheid garanderen voor medische beroepsbeoefenaren. Voor de huisartsen krijgt dit vorm door het bepalen van het basis-abonnementsbedrag. Voor de specialisten krijgt dit gestalte in het bepalen van een basishonorarium met een bandbreedte op basis van een aantal geobjectiveerde factoren.

Met betrekking tot de bekostiging van ziekenhuizen zullen uiteindelijk slechts landelijke regels resteren met betrekking tot normering voor onderhoud en instandhouding en voor specifieke vormen van zorg (topzorg etc.).

Tenslotte spreekt het vanzelf dat de overheid kwaliteitsregelgeving hanteert. Ook de informatievoorziening vergt regelgeving. In het verlengde daarvan pleit de commissie voor de instelling van een onafhankelijk instituut ten behoeve van de informatievoorziening en toezicht op verzekeraars en zorgaanbieders.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de curatieve zorg

	verantwoordelijkheden/plichten	bevoegdheden/rechten
patiënt	<ul style="list-style-type: none"> - gepast gebruik van zorg - eigen risico's 	<ul style="list-style-type: none"> - vrije artsenkeuze - verkrijgen van kwalitatief goede zorg
huisarts	<ul style="list-style-type: none"> - poortwachter - gids voor patiënten bij verwijzing - verlenen doelmatige en kostenbewuste zorg - werken in groepspraktijk - toetsbare opstelling 	<ul style="list-style-type: none"> - vaststellen van inhoud van zorg - definiëren van de kwaliteit van zorg - gepaste honorering
specialist	<ul style="list-style-type: none"> - verlenen doelmatige en kostenbewuste zorg - medeverantwoordelijkheid voor (delen van) ziekenhuisorganisatie - toetsbare opstelling 	<ul style="list-style-type: none"> - vaststellen van inhoud van zorg - definiëren van de kwaliteit van zorg - gepaste honorering - professionele autonomie
ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> - doelmatige en efficiënte organisatie ziekenhuisbedrijf; - eenheid van leiding - handhaven professionele autonomie specialisten 	<ul style="list-style-type: none"> - beheersbare organisatie - capaciteitsbepaling
zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> - bijdrage aan beheerste kostenontwikkeling - zorgplicht voor verzekerden - acceptatieplicht verzekerden 	<ul style="list-style-type: none"> - contracteervrijheid - onderhandelingen over prijzen en volume van zorg
overheid/Raad voor de medische zorg	<ul style="list-style-type: none"> - vaststellen inhoud en omvang verzekerde pakket - vaststellen inkomensafhankelijke premie voor het basispakket - zorgdragen voor kwaliteit - toezicht en informatie 	

10

Invoering van de voorstellen

10.1 Aanpak op hoofdlijnen

De voorstellen van de commissie leiden tot veel veranderingen in besturing en uitvoerende praktijk van de gezondheidszorg. Dat heeft gevolgen voor overheid en partijen in de gezondheidszorg. Aan de kant van de overheid vergen de commissie-voorstellen veranderingen in wet- en regelgeving. Aan de kant van de partijen in de gezondheidszorg (de artsen en instellingen van zorg, de verzekeraars en de burgers als gebruikers van zorg) komt het er op aan de toegekende verantwoordelijkheden waar te maken. Ook dat vergt concrete veranderingen in organisatie en werkwijze.

Dit slothoofdstuk geeft aan wat er nodig is om de commissie-voorstellen in te voeren. Richtsnoer is voltooiing van de veranderingen binnen vijf jaar na nu. Die tijdsperiode moet voldoende zijn om de veranderingen goed voor te bereiden, maar ook het tempo er goed in te houden.

Voor een deel van de commissie-voorstellen is de snelheid van invoering mede afhankelijk van spoedige en duidelijke politieke besluitvorming over de verdere inrichting van het stelsel van zorg. De commissie kan het belang daarvan niet genoeg onderstrepen.

Dit slothoofdstuk is geen 'spoorboekje', waarin gedetailleerd de invoering van de voorstellen is aangegeven. Voor de commissie is essentieel waar het met de organisatie en regulering van de curatieve zorg naar toe moet. De precieze weg waarlangs dat moet worden bereikt is daarvan een afgeleide, die mede afhankelijk is van de technische en praktische mogelijkheden en omstandigheden.

De commissie volstaat daarom met het op hoofdlijnen aangeven van de stappen die nodig zijn om de gewenste situatie te bereiken. Daarbij maakt zij een onderscheid tussen veranderingen die op de korte termijn mogelijk zijn (dat wil zeggen binnen het huidige stelsel van gezondheidszorg) en veranderingen die wat meer tijd zullen vergen, vanwege de samenhang met wijzigingen in het stelsel van zorg. In bijlage 5 wordt een verdere uitwerking gegeven van met name de veranderingen op de korte termijn.

Zoals uit het hierna volgende overzicht zal blijken, is een zeer aanzienlijk deel van de voorstellen uit te voeren binnen het bestaande stelsel en met de huidige wet- en regelgeving. Het is dan ook zaak die veranderingen snel ter hand te nemen. Partijen zelf dienen daar ook het initiatief toe te nemen, waar nodig gestimuleerd en gefaciliteerd door de overheid.

10.2 Veranderingen op de korte termijn

Veel van de voorstellen van de commissie zijn te realiseren binnen het huidige stelsel van zorg. Deze voorstellen zijn samen te vatten onder de noemer van het versterken van het zelfsturend vermogen van het zorgaanbod. Artsen en instellingen moeten in eerste instantie zelf worden aangezet tot een meer doelmatige organisatie van de zorg.

Hierna staan puntsgewijs de veranderingen die in de visie van de commissie op de korte termijn mogelijk zijn. De punten zijn onderverdeeld in de drie onderscheiden hoofdgebieden binnen het continuüm van curatieve zorg.

Generalistische zorg: de huisarts

De commissie stelt op korte termijn de volgende veranderingen ten aanzien van de huisarts voor.

1 Gedifferentieerd abonnementsstelsel huisartsen

Voor alle verzekerden gebeurt bekostiging van de huisarts op basis van een abonnementsstelsel. Aanvullend op een landelijk bepaald uniform abonnement – gedifferentieerd naar drie leeftijdscategorieën – kan de huisarts op basis van lokale afspraken met de verzekeraar een opslag ontvangen als vergoeding voor bepaalde specifieke functies of voor doelmatig werken. Dit nieuwe honoreringssysteem wordt ingevoerd via wijzigingen in de WTG-

richtlijnen. In samenhang met deze verandering in de bekostiging nemen particuliere verzekeraars de huisartsenzorg in de verzekeringspolissen op en dragen zij zorg voor inschrijving van elke verzekerde op naam van een huisarts.

Actie: landelijke partijen via het COTG, eventueel na een aanwijzing door de overheid. Particuliere verzekeraars passen hun polissen aan en regelen inschrijving op naam.

2 Opzet certificatiesysteem

De beroepsgroep draagt zorg voor een gedegen systeem van certificatie. Dat moet het mogelijk maken om periodiek te kunnen vaststellen of een huisarts voldoende gekwalificeerd is om bepaalde specifieke taken te kunnen uitvoeren.

Actie: beroepsgroep.

3 Ontwikkeling en toepassing van standaarden

Het standaardenbeleid op het terrein van de huisartsgeneeskunde wordt voorgezet. Waar relevant, vindt de standaardontwikkeling plaats samen met de medische specialisten. Via visitatie en herregistratie wordt toegezien op het hanteren en naleven van de standaarden.

Actie: beroepsgroep

4 Samenwerking huisarts - specialist

Tussen huisartsen en medische specialisten worden afspraken gemaakt over onderlinge samenwerking. Dat krijgt onder andere vorm in het gebruik van een advieskaart, afspraken over gezamenlijke consulten en over wederzijdse informatie-overdracht.

Actie: beroepsgroepen huisarts en specialist.

5 Werken in groepspraktijken

Zoveel mogelijk gaan de huisartsen hun praktijk uitoefenen in groepsverband (onder één dak). Waar om praktische redenen een gezamenlijke groepspraktijk nog niet mogelijk is, werkt men zo veel mogelijk samen via huisartsengroepen.

Actie: stimuleringsbeleid van de beroepsgroep.

6 Huisarts als poortwachter

Voor alle verzekerden wordt de huisarts de rol van poortwachter toegekend.

In de ziekenfondsverzekering is al geregeld dat behandeling bij de specialist alleen mogelijk is via verwijzing door de huisarts. In de particuliere verzekering is dat lang nog niet altijd vastgelegd.

Actie: particuliere verzekeraars leggen de rol van de huisarts als poortwachter vast in de verzekeringspolis.

Specialistische zorg: het medisch-specialistische bedrijf

De commissie meent dat het mogelijk moet zijn op korte termijn te komen tot het medisch-specialistische bedrijf zoals hiervoor omschreven. Dat vergt de nodige veranderingen in de driehoek specialist - ziekenhuis - verzekeraar. De precieze volgorde en invulling van deze veranderingen kan verschillen. Voor de commissie is hoofdzaak dat er uiteindelijk een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf ontstaat. Dat betekent in de sfeer van de bekostiging dat het ziekenhuisbudget en het budget voor de medisch-specialistische zorg uiteindelijk samenvloeien in één budget ten behoeve van het medisch-specialistische bedrijf. Dat zal voor een steeds groter deel bekostigd worden op basis van afspraken met de verzekeraar over volume en prijzen van zorg. De specialist ontvangt in het medisch-specialistische bedrijf een basishonorarium met de mogelijkheid van individuele opslagen. Hierna staan de veranderingen genoemd die noodzakelijk zijn om tot het beoogde medisch-specialistische bedrijf te komen.

7 Beëindiging contractrelatie verzekeraar - specialist

De nu bestaande directe relatie tussen verzekeraar en specialist wordt beëindigd voor wat betreft de specialisten die verbonden zijn aan het ziekenhuis. Dat geldt zowel voor de overeenkomsten in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen als voor het declaratieverkeer tussen specialist en verzekeraar respectievelijk patiënt.

Actie: de overheid past het verstrekkingenbesluit ex ZFW en (voor zover relevant) AWBZ aan en legt via de WTG vast dat specialisten via het ziekenhuis declareren.

8 Aanpassing contractrelatie verzekeraar - ziekenhuis

In deze contractrelatie gaat het niet langer alleen om het ziekenhuis maar om het totale medisch-specialistische bedrijf. De overeenkomsten tussen verzekeraar en ziekenhuis moeten aan deze nieuwe situatie worden aangepast. In dat verband worden ook afspraken gemaakt over de leveringsplicht van het ziekenhuis.

Actie: partijen stellen nieuwe overeenkomsten op, zowel op landelijk niveau (Uitkomst van Overleg) als in de individuele relatie ziekenhuis - verzekeraar.

9 Organisatie-aanpassingen in het ziekenhuis

Om tot het medisch-specialistische bedrijf te komen, zullen in vele gevallen aanpassingen nodig zijn in de huidige organisatie van het ziekenhuis. Dit betreft onder andere de interne organisatiestructuur, de besluitvorming op leidinggevend niveau binnen het medisch-specialistische bedrijf en de interne informatievoorziening.

Actie: ziekenhuisleiding met direct betrokkenen.

10 Aanpassingen in de contractrelatie specialist - ziekenhuis

De binding van de specialist aan het geïntegreerde bedrijf vergt een hechtere contractrelatie dan op dit moment bij de zogenaamde vrijgevestigde specialisten het geval is. Het zal daarom noodzakelijk zijn tot nieuwe, hechtere contractrelaties te komen. Daarbij is van belang ook aandacht te schenken aan de professionele autonomie van de specialist, bijvoorbeeld door het opstellen van een professioneel statuut. Deze contractafspraken dienen uiteindelijk op ziekenhuisniveau te worden vastgesteld. Landelijke afspraken tussen betrokken partijen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Actie: (organisaties van) ziekenhuizen en medische specialisten.

11 Wijziging bekostigingssystematiek ziekenhuis

Het huidige systeem van de functiegerichte budgettering wordt beëindigd. Op korte termijn wordt overgegaan naar een bekostiging van het ziekenhuis op basis van een historisch budget. Dit historisch budget vormt de overgang naar een meer output-gerichte bekostiging. Zo spoedig mogelijk ontwikkelen partijen productprijzen – aanvankelijk grofmazig, later meer verfijnd – en worden de budgetonderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuis steeds meer gevoerd op basis van volume en prijs van te leveren producten van het medisch-specialistische bedrijf, uitmondend in een budgetafpraak.

Actie: in eerste instantie overheid/COTG: wijziging van de bekostigingssystematiek. Vervolgens partijen zelf voor wat betreft de ontwikkeling van productprijzen.

12 Wijziging bekostigingssystematiek medische specialist

De huidige honorering van de medische specialist op basis van verrichtingen wordt omgezet in een honorering volgens de systematiek van een

(gedifferentieerd) basishonorarium met een variabele opslag. De wijze van bepaling van het basishonorarium wordt vastgelegd in COTG-richtlijnen en is daarmee voor de specialist gegarandeerd. De toekenning van de individuele opslag is een zaak van direct betrokkenen in het ziekenhuis zelf. Ter overbrugging van eventuele verschillen tussen huidig honorarium en het honorarium volgens de nieuwe systematiek wordt een overgangsregeling opgesteld met een looptijd van 5 jaar.

Gelijktijdig met de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek wordt een compensatie-regeling getroffen voor eerder door zittende specialisten betaalde goodwill.

Actie: overheid bepaalt hoofdlijnen nieuwe honoreringssystematiek, COTG legt dit voor wat betreft het basishonorarium vast in richtlijnen. Partijen voeren dit verder uit. Via een door het COTG vastgestelde ingroeieregeling voor nieuwe specialisten worden partijen (specialisten, ziekenhuizen) in de gelegenheid gesteld een financiële regeling te treffen voor een goodwill-fonds.

13 **Wijziging capaciteitsbeleid**

Op korte termijn wordt de verantwoordelijkheid voor de instandhoudingsbouw geheel overgedragen aan het ziekenhuis, uitgezonderd de vervangende nieuwbouw en zeer omvangrijke renovaties. In de bekostiging van het ziekenhuis wordt een normatief bedrag opgenomen ter dekking van de met deze bouw gepaard gaande kosten. In een overgangsperiode wordt gecompenseerd voor historisch ontstane verschillen.

De bepaling van het aantal specialisten binnen een ziekenhuis wordt aan ziekenhuizen zelf overgelaten. Het aantal specialisten vormt, evenals het aantal bedden, geen parameter meer in de budgetsystematiek van het ziekenhuis.

Actie: de overheid wijzigt de hiermee verband houdende regelgeving binnen de WZV en schaft het erkenningenbeleid voor bedden en specialisteneenheden af.

14 **Wijziging opleidingsbeleid**

Arts-assistenten komen in dienst van het ziekenhuis. Ziekenhuizen die een opleidingstaak vervullen ontvangen daarvoor een specifieke opslag binnen het budget. Partijen bepalen in onderling overleg een procedure voor het vaststellen van de opleidingscapaciteit voor de vervolgoopleidingen voor medische specialisten.

In eerste instantie zijn specialisten en ziekenhuis (te zamen met eventueel deskundigen) hier partij. De verzekeraar zal er een rol bij vervullen op het moment dat deze een duidelijke kostenverantwoordelijkheid en zorgplicht heeft.

Actie: (landelijke) organisaties van specialisten en ziekenhuizen.

Transmurale zorg

15 Initiatieven transmurale zorg

Voor het versterken van transmurale zorgvormen valt geen invoeringstraject te schetsen. Waar het om gaat is dat zorgaanbieders zoeken naar betere mogelijkheden tot samenwerking en een nauwere aansluiting tussen de diverse zorgvoorzieningen. Van belang is dat aan de hand van gezamenlijk ontwikkelde standaarden afspraken worden gemaakt omtrent wie welke zorgtaken voor zijn rekening neemt. Dit kan bij de uiteenlopende vormen van transmurale zorg zeer verschillend uitpakken.

De overheid kan in enige mate voor facilitering zorgen via wijzigingen in de regelgeving van de bekostiging en de capaciteitsbepaling. Dit is hiervoor aangegeven.

Actie: zorgaanbieders, met een stimulerende rol van verzekeraars.

Algemeen

16 Kwaliteitsbeleid

Artsen en instellingen van zorg werken actief aan een goed kwaliteitsbeleid. Belangrijke elementen daarin zijn het opstellen van standaarden, nascholing van artsen, visitatie en herregistratie, spiegeling van resultaten van de zorgverlening aan landelijke gemiddelden en registratie van relevante gegevens.

Actie: beroepsgroepen.

17 Verbetering inzicht en toezicht

Ter vergroting van het inzicht en het beter kunnen afleggen van verantwoording wordt de informatievoorziening in de gezondheidszorg verbeterd. Partijen treffen in eerste instantie hiervoor zelf voorzieningen. De overheid stelt algemene regels op ten aanzien van inzicht en verantwoording (rapportageplicht, jaarverslag, registreren van gegevens).

Actie: alle betrokkenen.

10.3 Veranderingen op de langere termijn

De voorstellen van de commissie kennen uiteindelijk een belangrijke rol toe aan het lokale overleg tussen aanbieder en verzekeraar van zorg. De directe overheidsregelgeving ten aanzien van het aanbod van zorg (vooral via de WZV en WTG) neemt af. Daarentegen neemt de op de verzekeraar gerichte regelgeving toe, met als belangrijke elementen de zorgplicht en acceptatieplicht. Essentiële voorwaarden voor het toekennen van een substantieel grotere rol aan de zorgverzekeraar in de lokale onderhandelingen zijn kostenverantwoordelijkheid en regionale oriëntatie van de verzekeraar. Het eerste vergt een adequaat stelsel van normuitkeringen; het tweede een op de regio georiënteerde werkwijze van de verzekeraar. Voor het totstandbrengen van deze veranderingen is de invoering van een basisverzekering voor curatieve zorg noodzakelijk.

In deze situatie zijn ook de laatste onderdelen van de commissie-voorstellen ten aanzien van het zorgaanbod in te voeren. Dat betreft de volgende punten.

1 **Vrije budgetbepaling medisch-specialistisch bedrijf**

In de situatie van gebudgetteerde zorgverzekeraars en contracteervrijheid is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar om tot budgetafspraken te komen met het medisch-specialistische bedrijf. Van centrale richtlijnen voor de budgetopbouw is dan slechts nog in beperkte mate sprake. Naar verwachting zal bij de budgetonderhandelingen worden uitgegaan van een beperkt aantal producten, waarvoor afspraken over prijs, kwaliteit en te leveren volume worden gemaakt.

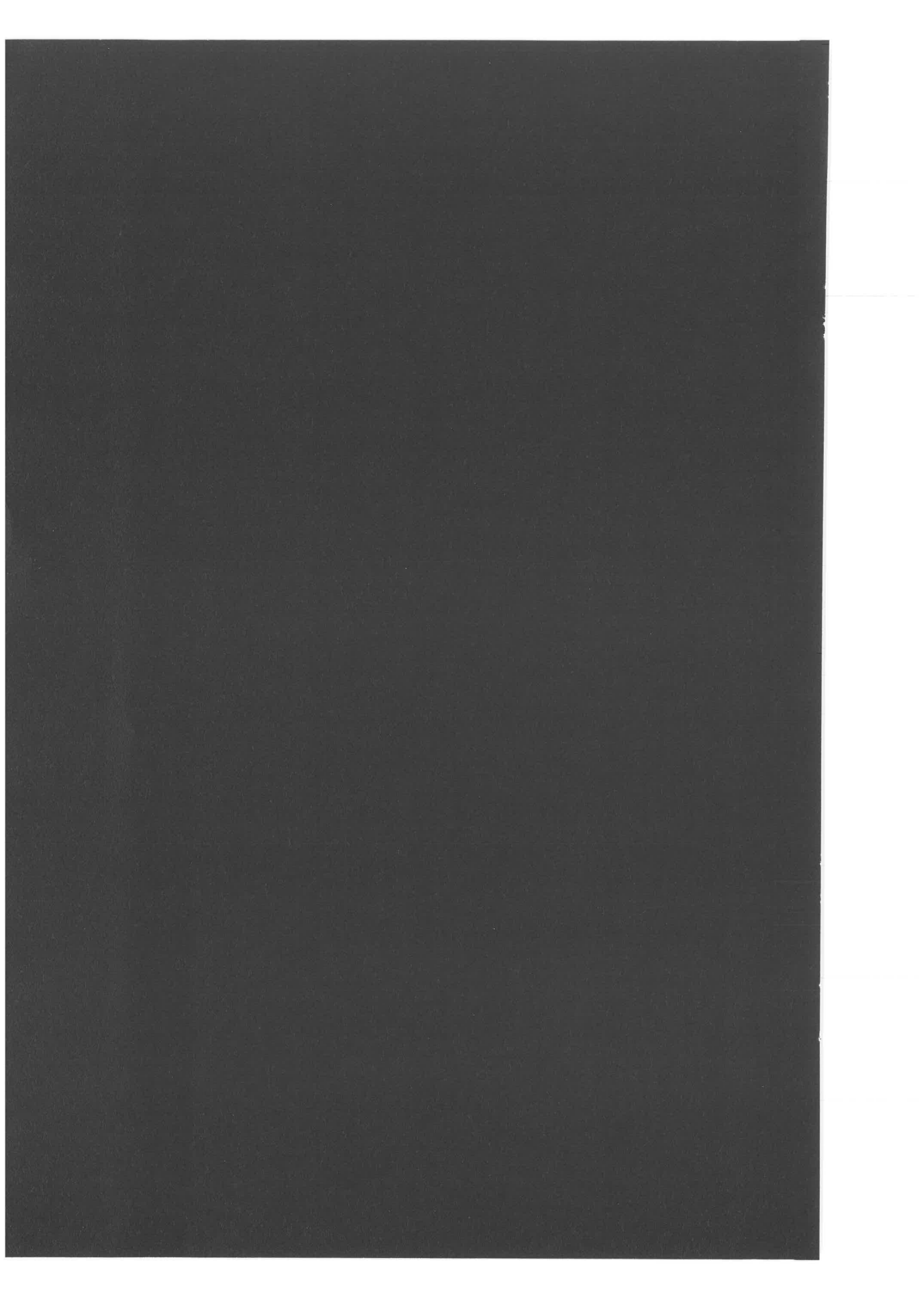
2 **Meer eigen verantwoordelijkheid voor uitbreidingsinvesteringen**

Niet alleen de instandhouding maar ook de uitbreiding van de capaciteit wordt een zaak van partijen zelf. Dit vormt onderdeel van de afspraken over het leveren van zorg zoals die tussen verzekeraar en instelling worden gemaakt. Op grond van die afspraken zal de instelling de capaciteit van de zorgvoorziening moeten bepalen. De bekostiging gebeurt vanuit het met de zorgverzekeraar overeengekomen budget.

3 Opleidingsfonds

Verzekeraars vormen een landelijk fonds van waaruit de opleidingskosten van ziekenhuizen en huisartsen worden betaald. Zij worden ook betrokken bij de procedure ter bepaling van de opleidingscapaciteit.

Bijlagen



1 Samenstelling en instellingsbeschikking

Samenstelling Commissie Modernisering Curatieve Zorg

mr B.W. Biesheuvel, voorzitter, tevens lid

dr G.P.L.A. van den Broek, lid

prof. dr A.J. Dunning, lid

prof. dr L. Koopmans, lid

prof. dr F. van der Ploeg, lid

prof. dr D. Post, lid

prof. dr P.J. Vinken, lid

dr E. Elsinga, secretaris

drs L.M.C. Ongerling, secretaris

C.M. Visser, secretaresse

Instelling commissie Modernisering positie huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Overwegende dat het in het kader van de in gang gezette herziening van het stelsel van zorg van het grootste belang is dat tijdig en adequaat wordt onderzocht wanneer en onder welke condities het geheel van huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg onderdeel kan gaan uitmaken van een gemoderniseerde zorgverzekering;

Van mening dat een dergelijk onderzoek het best kan worden verricht door een daartoe speciaal in te stellen onafhankelijke commissie;

Overwegende dat het vanuit een oogpunt van zorgvuldigheid aangewezen is om de koepelorganisaties van aanbieders en verzekeraars van de betreffende vormen van zorg, alsmede een vertegenwoordiging van de patiënten/consumenten, te betrekken bij dit onderzoek;

Gezien de mededeling hierover aan de Voorzitters van de Eerste en van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (brief d.d. 5 juni 1992, Kamerstuk 22393, nr. 20);

besluit:

Artikel 1

Er is een commissie modernisering positie huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg, genaamd 'de Commissie modernisering curatieve zorg'.

Artikel 2

De commissie heeft tot taak, in het licht van de modernisering van het zorgstelsel waarin voorzien is in het tot stand komen van een basisverzekering, op hoofdlijnen onderzoek te doen naar de positionering van het totaal aan medische zorg zoals thans geleverd door huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen, en daarover te adviseren. Het advies zal met name zijn gericht op de volgende onderwerpen:

- a de samenwerking tussen specialist en ziekenhuis;
- b de samenwerking tussen specialist en huisarts;
- c de kostentoedelingen en de declaratiesystemen van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen;
- d de rol van de verzekeraars bij het functioneren van huisarts, specialist en ziekenhuis.

Artikel 3

De commissie zal zich bij haar werkzaamheden laten adviseren door deskundigen uit de kringen van de koepelorganisaties van aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten van de genoemde vormen van zorg.

Artikel 4

1 De commissie is als volgt samengesteld.

a voorzitter, tevens lid:

- mr B.W. Biesheuvel te Aerdenhout

b leden:

- dr G.P.L.A. van den Broek, directeur Catharina Ziekenhuis, Eindhoven;
- prof. dr A.J. Dunning, hoogleraar in de cardiologie, Amsterdam;
- prof. dr L. Koopmans, directeur TBI Holdings B.V., Rotterdam;
- prof. dr F. van der Ploeg, hoogleraar in de staathuishoudkunde, Amsterdam;
- prof. dr D. Post, hoogleraar in de sociale geneeskunde, Groningen;
- prof. dr P.J. Vinken, voorzitter Raad van Bestuur
Reed Elsevier plc, Amsterdam.

2 De commissie wordt in haar werkzaamheden bijgestaan door een secretariaat, bestaande uit de heer dr E. Elsinga, mevrouw drs. L.M.C. Ongering en mevrouw C.M. Visser, allen werkzaam bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk.

Artikel 5

Ter uitvoering van haar werkzaamheden kan de commissie externe deskundigen raadplegen.

Artikel 6

De commissie regelt zelf haar werkzaamheden.

Artikel 7

Mede met het oog op de gewenste voortgang en de af te leggen trajecten brengt de commissie binnen een jaar na aanvang van haar werkzaamheden haar eindadvies uit aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Zo nodig zal de commissie een interim-advies uitbrengen.

Artikel 8

- 1 De leden van de commissie ontvangen vacatiegelden alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelingen, voor zover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's-Rijks kas.
- 2 De overige uit de uitvoering van dit besluit voortvloeiende kosten worden vergoed op basis van een vooraf ingediende en door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur goedgekeurde begroting.

Artikel 9

Het beheer van de bescheiden betreffende de werkzaamheden van de commissie geschiedt met inachtneming van de bepalingen van het Besluit algemene secretarie-aangelegenheden rijksadministratie (Stb. 1980, 182) op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De bescheiden worden bij opheffing van de commissie in het Centraal oud archief van het ministerie opgenomen.

Artikel 10

- 1 Dit besluit wordt bekend gemaakt in de Staatscourant.
- 2 Afschrift van dit besluit wordt gezonden aan de Algemene Rekenkamer.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
Hans J. Simons

Toelichting

In de d.d. 5 juni 1992 (kamerstuk 22393, nr. 20) aan de Voorzitters van de Eerste en van de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden nota inzake de modernisering van de zorgsector is de volgende passage opgenomen.

'Niet vanwege principiële redenen, maar vanwege de wens tot een geleidelijke invoering is de volgende benaderingswijze voor de cure-sector afgesproken. Juist teneinde reeds nu de maximale zorgvuldigheid te betrachten bij het hoe en wanneer van de afronding van de zorgverzekering is het kabinet voornemens zeer binnenkort in een gemengde werkgroep van verzekeraars en aanbieders te laten nagaan onder welke condities en wanneer het geheel van huisartsenhulp, specialistische zorg en ziekenhuizen onderdeel kan gaan uitmaken van de zorgverzekering. Zo is het van belang goed na te gaan hoe overheveling gepaard moet gaan met eisen van doelmatigheid (geen onnodige medicalisering) en kostenbeheersing.'

Met de instelling van de commissie modernisering curatieve zorg wordt uitwerking aan dit voornemen gegeven. In plaats van een 'gemengde werkgroep' is daarbij gekozen voor een onafhankelijke commissie waarin ook enkele deskundigen van de zijde van het zorgaanbod zitting hebben. Zoals in de instellingsbeschikking is verwoord, zal de commissie zich in haar werkzaamheden ook nauw verstaan met betrokkenen in de zorgsector (zorgverzekering, zorgaanbod, patiënten/consumenten).

De beoogde modernisering van de zorgsector houdt onder meer in het geleidelijk verleggen van de kostenbeheersing aan voornamelijk de aanbodzijde naar voornamelijk de vraagzijde. Om die reden zullen parallel daaraan de kosten van de ziektekostenverzekeraars worden beheerst door een systeem van normuitkeringen. Verzekeraars dienen dan uiteraard ook meer mogelijkheden te krijgen om de betalingen uit die normuitkeringen te beheersen. Dat gebeurt onder meer door het opheffen van de contracteerplicht met zorgaanbieders en door het introduceren van meer mogelijkheden tot substitutie in de te leveren zorg.

De modernisering van de medische zorg zoals thans geleverd door huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen, vormt een zeer belangrijk onderdeel van de beoogde herziening van het stelsel van zorg. Gelet op de onderlinge samenhang van deze vormen van zorg en op de mogelijkheden tot substitutie is een gelijktijdige, gezamenlijke en geïntegreerde modernisering aangewezen. Deze modernisering dient gepaard te gaan met bevordering van de doelmatigheid, uitgaande van medisch effectief en kwalitatief verantwoord handelen. Tevens dient met de modernisering, nog afgezien

van de financiële effecten van het bevorderen van de doelmatigheid, kostenbeheersing te worden gerealiseerd. De commissie dient ten behoeve van het realiseren van de modernisering aangaande de toekomstige positionering van de huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen voorstellen te doen en condities aan te geven waaraan voldaan moet zijn om de genoemde onderdelen van de gezondheidszorg op te nemen in een tot stand te brengen gemoderniseerde zorgverzekering. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de commissie voorstellen doet over de modernisering als zodanig van deze onderdelen van de gezondheidszorg.

In het licht van bovenstaande taakomschrijving zal de commissie met name aandacht moeten schenken aan de volgende onderwerpen.

- De wijze waarop veranderingen en verbeteringen kunnen worden aangebracht in de samenwerking tussen specialist en ziekenhuis. Gezien de taak van de commissie gaat het daarbij primair om de organisatorische aspecten, waarbij in de uitwerking technische, financiële en juridische kenmerken een belangrijke rol spelen. De vraag is dan vooral wie welke verantwoordelijkheid draagt. Tevens komt in dit verband aan de orde de vraag wat de positie is van extramurale praktijken van specialisten. Uiteraard zal de commissie niet voorbij kunnen gaan aan de medisch-inhoudelijke kant van de hulpverlening. Ten principale zal dit onderwerp evenwel elders nader worden uitgewerkt.
- De mogelijkheden van verbetering van de samenwerking tussen specialisten en huisartsen. De commissie zal dienen te adviseren over de meest wenselijke vorm van samenwerking. In dat verband zal zij ook een oordeel geven over de vraag of de huidige strikte scheiding van de werkerreinen gehandhaafd moet blijven, en of de wijze van consultatie van de huisarts bij de specialist bijstelling behoeft. De met de modernisering van de zorg beoogde vergroting van de substitutiemogelijkheden zal daarbij de leidraad zijn.
- De toedeling van middelen aan en de declaratiesystemen van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen.

Hierbij gaat het om de wijze waarop kosten en tarieven voor medische en andere handelingen van de drie genoemde categorieën van zorgaanbod worden bepaald. In dat verband is vooral van belang na te gaan welke kostprijscalculatie en tariefstructuur voor huisartsen, specialisten en ziekenhuizen de beste ondersteuning is voor gepast gedrag van de betrokken actoren en gepast gebruik door hen van de middelen. Zo zal de commissie onder meer kunnen adviseren over de vraag of de tarieven dienen te zijn gerelateerd aan de verrichtingen, of dat een abonnementstarief c.q. een budget de voorkeur verdient. Wellicht zijn ook tussenvormen denkbaar. Van de commissie wordt een oordeel gevraagd over het belang van het al dan niet gescheiden houden van de kosten en de declaraties van ziekenhuis, specialist en huisarts. Vervolgens komt de

vraag aan de orde hoe binnen zo'n tariefstructuur over de individuele tarieven kan worden onderhandeld tussen enerzijds de ziektekostenverzekeraars en anderzijds de huisartsen, medische specialisten en ziekenhuizen, danwel een combinatie van deze aanbieders. Ook zal de commissie aandacht moeten schenken aan de wijze waarop in de tariefstelling met technische ontwikkelingen moet worden omgegaan.

De commissie zal de tariefproblematiek beschouwen als een afgeleide van het hoofdelement van haar advisering, te weten de organisatievraagstukken.

- De vraag welke invloed verzekeraars kunnen uitoefenen op de praktijkvoering van aanbieders van zorg. Hierbij is met name de vormgeving van de contractuele relatie tussen beide partijen aan de orde. In samenhang daarmee zal ook aandacht worden geschonken aan de positie van de patiënt/consument in relatie tot genoemde vormen van zorg.

De commissie is onafhankelijk, maar zal zich in haar werkzaamheden intensief verstaan met betrokkenen en deskundigen in het veld van de zorg. Het gaat daarbij om in ieder geval personen en instanties in de sfeer van het zorgaanbod en de zorgverzekering alsmede vertegenwoordigers van patiënten en consumenten van zorg.

Achtergrond hiervan is de gedachte dat het juist de aanbieders en verzekeraars zijn die de beoogde modernisering in de praktijk moeten realiseren. Dan is het ook vanzelfsprekend hen te betrekken bij het opstellen van het advies. De betrokkenheid van vertegenwoordigers van patiënten/consumenten vloeit voort uit hun directe belang bij een goede organisatie van de zorg.

Gelet op de noodzakelijke wetswijzigingen, en gezien de verwachting dat het veld tijd nodig zal hebben om in te spelen op de beoogde modernisering, is een vroegtijdige advisering door de commissie aangewezen. Om die reden is een jaar als uiterste termijn voor het uitbrengen van het eindadvies gesteld.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
Hans J. Simons

2 Relatie medische specialist - ziekenhuis

1 Inleiding

De commissie kiest voor het verenigen van de medische specialisten en de ziekenhuisorganisatie in een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Dat is de logische organisatorische vertaling van de sterke vervlechting die er in de dagelijkse praktijk tussen ziekenhuisorganisatie en medische specialisten is.

In hoofdstuk 4 is uiteengezet wat de commissie bedoeld met de term 'medisch-specialistisch bedrijf' en wat het betekent voor respectievelijk de ziekenhuisorganisatie en de medische specialisten. De belangrijkste kenmerken van het medisch-specialistische bedrijf zijn samen te vatten in de volgende vijf punten:

- gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van ziekenhuisorganisatie en medische specialisten voor integrale zorgverlening binnen de beschikbare mogelijkheden;
- een duidelijke leiding, in de vorm van directie of raad van bestuur van het geïntegreerde bedrijf;
- sterk gedecentraliseerde organisatie, teneinde op het niveau van de werkeenheden daadwerkelijke integratie en gemeenschappelijke (resultaat-)verantwoordelijkheid tot stand te brengen;
- professionele autonomie in de individuele arts - patiëntrelatie;
- één aanspreekpunt voor derden (bijvoorbeeld zorgverzekeraar, overheid). Dit komt ook tot uitdrukking in de bekostiging (één integraal budget voor ziekenhuis en medische specialisten).

Hierna zal op een tweetal zaken wat verder worden ingegaan. Allereerst reageert de commissie op kritische kanttekeningen bij het concept van een geïntegreerd zieken

huisbedrijf, vooral waar het gaat om de consequenties voor het zogenaamde 'vrije beroep' van de medische specialisten. Vervolgens gaat de commissie nader in op de juridische vormgeving van de relatie specialist - ziekenhuis.

2 Kanttekeningen bij de integratie medische specialist - ziekenhuis

De commissie heeft met vele betrokken organisaties (koepels, belangenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen) gesproken over haar opvattingen inzake het medisch-specialistische bedrijf. Daaruit is gebleken dat over een brede linie instemming bestaat met het verder versterken van de integratie tussen specialist en ziekenhuis. Zowel van de zijde van de patiënten/consumenten van zorg, de verzekeraars als de ziekenhuizen wordt die lijn onderschreven.

Ook het merendeel van de specialisten is van mening dat zij daadwerkelijk betrokken dient te zijn bij en medeverantwoordelijkheid moet hebben voor het ziekenhuisbeleid, de organisatie van de patiëntenzorg en een efficiënte benutting van middelen en menskracht. Hieruit vloeit voort dat de specialist steeds meer deelneemt aan het ziekenhuismanagement en managementtaken op zich gaat nemen. Men wijst er in dit verband op dat er ook in de huidige situatie vaak al sprake is van een intensieve betrokkenheid van de medische specialisten bij het reilen en zeilen in een ziekenhuis. Die komt onder andere tot uitdrukking in de deelname aan vele overlegcommissies binnen het ziekenhuis (bijvoorbeeld budgetcommissie, OK-commissie, kwaliteitscommissie etc.).

Ook wordt gerefereerd aan de activiteiten in het kader van de commissie Van Montfort. Op gezamenlijk initiatief van LSV en NVZ wordt daar – onder andere via proefprojecten – uitvoerige aandacht besteed aan de vormgeving van managementparticipatie van de medische specialist in het ziekenhuis.

De noodzaak van overleg en afstemming tussen specialisten en ziekenhuizen wordt onder specialisten ruimschoots ingezien. Daarbij ontstaat geleidelijk aan meer bereidheid om van medebetrokkenheid van de specialist bij het ziekenhuis over te gaan naar medeverantwoordelijkheid bij de besluitvorming.

Essentieel blijft echter voor vele specialisten het behoud van het 'vrije beroep'. De relatie specialist - ziekenhuis zou er volgens deze specialisten één moeten zijn van nevenschikking en niet van onderschikking. Dit betekent dat de medische specialist in economische zin een zelfstandige eenheid vormt (de zogenaamde vrijgevestigde medische specialist) en dus niet in een formeel-hiërarchische relatie staat tot het ziekenhuis (zoals bijvoorbeeld bij dienstverband het geval is). Daarbij beseft men zeer wel dat het

bij het vrije beroep gaat om een 'vrijheid in gebondenheid'. De specialist functioneert immers binnen de kaders van de medische professie en de ziekenhuisorganisatie.

In de discussie over de positionering van de medische specialist ten opzichte van het ziekenhuis worden verschillende argumenten genoemd tot behoud van het vrije beroep van de medische specialist. Ook in de gesprekken die de commissie heeft gevoerd met individuele specialisten en vertegenwoordigende organisaties zijn deze argumenten naar voren gebracht. Hieronder worden ze – samengevoegd in een aantal hoofdpunten – kort weergegeven en door de commissie van commentaar voorzien.

Het commentaar van de commissie berust op haar visie op het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf, zoals deze in het rapport is uiteengezet. Waar enkele van de hierna genoemde argumenten zeer expliciet betrekking hebben op bezwaren tegen dienstverband, gaat de commissie daar op in. Voor haar opvatting over de juridische vormgeving van de relatie specialist - ziekenhuis wordt verwezen naar paragraaf 3 van deze bijlage.

- 1 **Belang van de patiënt.** De specialist is primair verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt. Wil de specialist deze rol volwaardig kunnen vervullen, dan dient hij een zekere onafhankelijkheid te hebben ten opzichte van de (financiële) belangen van het ziekenhuis. Daarbij ontkent de specialist niet de beperkingen die vanwege het ziekenhuis moeten worden gesteld, maar hij neemt daarin ten opzichte van de patiënt een vrije positie in. Op die wijze kan de specialist zo zuiver mogelijk zijn professionele rol als behartiger van de belangen van de patiënt gestalte geven.

Commentaar. De eventuele spanning individuele patiëntenbelang - ziekenhuisbelang dient niet over de rug van de individuele patiënt te worden uitgevochten. Daarom is betrokkenheid van de specialist bij het ziekenhuisbeleid juist van grote betekenis. Het patiëntenbelang kan op die manier tot uitdrukking komen. De specialist kan zich dan in de individuele situatie niet aan de afspraken binnen het medisch-specialistische bedrijf onttrekken. Net zoals bijvoorbeeld standaarden een richtsnoer vormen voor het handelen in de individuele situatie, vormen afspraken binnen het ziekenhuis dat ook. Artsen beslissen uiteindelijk in de individuele arts-patiënt relatie, maar zij zullen zich moeten kunnen verantwoorden.

- 2 **Bureaucratisering.** Overgang van het vrije beroep naar dienstverband werkt bureaucratiserend. De specialist wordt onderdeel van een grote organisatie die niet altijd even snel en efficiënt werkt.

Commentaar. Los van casuïstiek, is de logica van deze stellingname moeilijk te vatten. Hoe het ook zij, het medisch-specialistische bedrijf vergt een doelmatige ziekenhuisorganisatie. Essentieel daarin is verregaande decentralisatie van bevoegdheden, bijvoorbeeld via een divisie- of afdelingsstructuur. Gekoppeld aan de decentrale bevoegdheden dienen er ook duidelijke verantwoordelijkheden op decentraal niveau te zijn. Het gaat daarbij om zaken als productie-afspraken, budget, inzet van personeel, gebruik van algemene ziekenhuisfaciliteiten enzovoorts. Door verregaande decentralisatie met bijbehorende resultaatverantwoordelijkheden is eventuele bureaucrativering tegen te gaan en zijn prikkels tot doelmatig handelen te creëren. Vanzelfsprekend vergt het medisch-specialistische bedrijf op leidinggevend niveau een capabel management dat opgewassen is tegen haar – verre van eenvoudige – taak.

- 3 **Vrees voor hiërarchie.** Een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf met aan het hoofd een eenduidige leiding zou kunnen leiden tot een sterke hiërarchische organisatie. Er is vrees voor een dominante 'top-down' benadering in het ziekenhuis onder het motto 'Ordnung muss sein'.

Commentaar. Bij dit bezwaar gaat het om de invulling van de hiërarchie in het medisch-specialistische bedrijf. Het is in een dergelijke professionele organisatie niet passend om een stevige top-down structuur te hanteren. Er zal zoveel mogelijk sprake moeten zijn van decentralisatie en ruimte voor eigen professionele verantwoordelijkheden. De 'eenduidige leiding' is eerder het sluitstuk van de organisatie dan het vertrekpunt. In andere professionele organisaties is dat eveneens het geval.

- 4 **Verlies aan inzet.** Een hiërarchische relatie zou volgens dit argument de inzet van de specialist verminderen. De directe eigen verantwoordelijkheid neemt immers af indien men in loondienst is of er op een andere wijze in formele zin sprake is van een gezagsrelatie. Ook een honorering die in het geheel niet is gekoppeld aan inzet vergroot de kans op wat men wel noemt het 'hangmatfenomeen' of 'normatief werken'. Uiteindelijk zal dit ook leiden tot kostenstijgingen, zo is de vrees.

Commentaar. Bewijzen voor de stelling dat werken in een formeel-hiërarchische relatie als bijvoorbeeld dienstverband leidt tot vermindering van inzet, zijn er niet. Specialist die zelf in loondienst zijn spreken dit vermoeden ook krachtig tegen. Ook in andere sectoren waar professionals in loondienst zijn, zijn geen aanwijzingen voor een lagere inzet. Vanzelfsprekend zijn een honorering op maat, inclusief bonussen voor doelmatig handelen, en voldoende eigen professionele verantwoordelijkheid hier wel belangrijke voorwaarden.

- 5 **Geen 'loon naar werken'**. Bij verlies van het vrije beroep vreest men voor een honorering die geen of althans onvoldoende recht doet aan loon naar werken.

Commentaar. Dit bezwaar is afhankelijk van de opbouw van de honoreringsstructuur van de specialist. In de structuur die de commissie voorstaat is er naar haar mening voldoende sprake van loon naar werken. Dat komt tot uitdrukking in zowel de hoogte van het honorarium als de structuur (gedifferentieerde basis, variabele opslag). Hierop wordt verder ingegaan in bijlage 4.

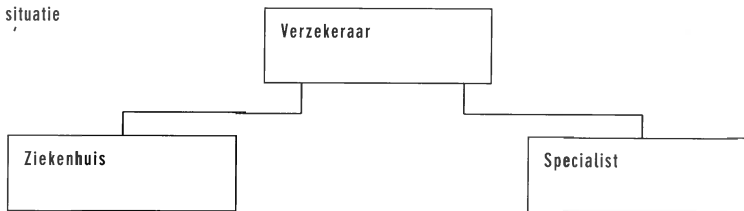
3 De juridische relatie specialist - ziekenhuis

3.1 Algemene contractrelaties

De voorstellen van de commissie voor een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf hebben gevolgen voor de contractuele relaties rond dit zorgaanbod. De essentie daarvan is weergegeven in onderstaande figuur.

Veranderende relaties als gevolg van invoering medisch-specialistisch bedrijf.

a Huidige situatie



b Nieuwe situatie



Invoering van het medisch-specialistische bedrijf betekent voor de (contractuele) relaties tussen specialist, ziekenhuis en verzekeraar het volgende:

- 1 Beëindiging contractrelatie (en betaalrelatie) tussen de verzekeraar en de binnen het medisch-specialistische bedrijf werkende specialist.
 - 2 Aanpassing van de contractrelatie verzekeraar - ziekenhuis.
 - 3 Aanpassing van de contractrelatie ziekenhuis - medische-specialist.
- Op elk van deze drie relaties wordt hierna verder ingegaan.

Einde relatie verzekeraar - specialist

Met het totstandbrengen van het medisch-specialistische bedrijf ontvalt het bestaansrecht voor een afzonderlijke contractuele relatie tussen de verzekeraar en de binnen het medisch-specialistische bedrijf werkzame medische specialisten. Voor deze specialisten zullen immers de afspraken over hun werk en de honorering moeten worden vastgelegd in de overeenkomst met het ziekenhuis. Het ziekenhuis sluit vervolgens als medisch-specialistisch bedrijf overeenkomsten met de zorgverzekeraars. De medisch-specialistische zorg maakt van die overeenkomst een geïntegreerd onderdeel uit.

Aanpassing relatie ziekenhuis - verzekeraar

In deze relatie zullen veranderingen nodig zijn, nu het ziekenhuis als medisch-specialistisch bedrijf ten opzichte van de zorgverzekeraar ook verantwoordelijk wordt voor de levering van medisch-specialistische zorg. De leveringsafspraken tussen ziekenhuis en verzekeraar dienen betrekking te hebben op de volledige ziekenhuiszorg, dus met inbegrip van de medisch-specialistische zorg.

Evenals dat nu al het geval is, kunnen naast de leveringsplicht in de overeenkomst verzekeraar - medisch-specialistisch bedrijf ook afspraken worden gemaakt over zaken als kwaliteitsbeleid, informatievoorziening en betrokkenheid van de verzekeraar bij het investeringsbeleid.

Aanpassing relatie ziekenhuis - medische specialist

De invoering van het medisch-specialistische bedrijf heeft belangrijke gevolgen voor de relatie tussen medische specialist en ziekenhuis. Het huidige toelatingscontract is onvoldoende. In de meeste gevallen beperkt dat contract zich immers tot een vastlegging van minimaal vereiste afspraken over het werken van de vrijgevestigde medische specialist binnen het ziekenhuis. Ten principale behoudt echter de specialist in deze toelatingscontracten de verregaand zelfstandige positie binnen het ziekenhuis en is ook

van een formele mede-betrokkenheid – laat staan medeverantwoordelijkheid – op beleidsbepalend niveau geen sprake.

In een ten tijde van het vijf-partijen-acckoord (VPA) opgesteld addendum bij het model-toelatingscontract van de specialist zijn weliswaar een aantal verdergaande afspraken gemaakt, maar de indruk is dat deze in de praktijk niet veel betekenen.

Op verzoek van de Commissie modernisering curatieve zorg heeft het advocatenkantoor Van Benthem & Keulen te Utrecht een onderzoek gedaan naar de juridische vormgeving van de organisatorische integratie van de medische specialist in het ziekenhuis. Dit tegen de achtergrond van wat de commissie met het medisch-specialistische bedrijf voor ogen staat. Het onderzoek is als achtergrondstudie nummer 2 bijgevoegd.

De onderzoekers komen tot de conclusie dat er voor de juridische vormgeving van de relatie specialist - ziekenhuis een tweetal mogelijkheden is.

- 1 Een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. Daarvan is sprake als aan de volgende drie voorwaarden is voldaan:
 - verplichting van de werknemer om gedurende zekere tijd arbeid te verrichten (verplichting tot persoonlijke dienstverrichting);
 - de verplichting van de werkgever om loon te betalen (loonbetalingsverplichting);
 - de werknemer moet in dienst zijn van de werkgever, hij moet ondergeschikt zijn (gezagsverhouding).
- 2 Een overeenkomst sui generis, dat wil zeggen een op zichzelf staande overeenkomst die niet in de wet is geregeld. Het staat partijen immers vrij binnen de grenzen van de wet overeenkomsten met elkaar aan te gaan.

Dienstverband

Variant 1 betekent een dienstverband. De specialist is in formele zin werknemer van het medisch-specialistische bedrijf. De organisatorische integratie is daarmee per definitie geregeld. Automatisch gevolg van deze variant is ook een inhoudingsplicht voor het ziekenhuis ten aanzien van loonbelasting, premies volksverzekeringen en premies werknemersverzekeringen. Een aanzienlijk deel van de medische specialisten is ook nu al in dienst van het ziekenhuis. Dat betreft onder andere de specialisten werkzaam in de academische ziekenhuizen en een deel van de specialisten die werkzaam zijn in de algemene en categorale ziekenhuizen.

Zorgverleningscontract

Variant 2 betekent dat in de zin van burgerlijk recht geen sprake is van een dienstverband maar van een zelfstandige medische specialist. Hier zal de integratie gestalte moeten krijgen via de inhoud van de contractueel te maken afspraken. Het spreekt vanzelf dat die contracten dan meer inhoud dienen te hebben dan de huidige toelatingscontracten, wil er sprake zijn van een daadwerkelijke organisatorische integratie. Het toelatingscontract zal moeten worden getransformeerd in wat is te noemen een zorgverleningscontract. Dit zal afspraken moeten bevatten over de wederzijdse rechten en plichten. Het gaat om zaken als:

- wijze waarop afspraken over productie, volume en budget tot stand komen;
- managementparticipatie;
- resultaat verantwoordelijkheden van de medisch specialist;
- kwaliteit en informatie.

De commissie geeft er de voorkeur aan dat een dergelijk zorgverleningscontract worden gesloten tussen de ziekenhuisleiding en de individuele specialist. Contractering vanuit het ziekenhuis met maatschappen van specialisten, zoals ook als mogelijkheid genoemd in het rapport van Van Benthem & Keulen, past minder in de beoogde opzet van het medisch-specialistische bedrijf. In de visie van de commissie vormt immers de afdeling of divisie de belangrijkste organisatorische eenheid binnen een ziekenhuis. Op het niveau van die eenheid worden gemeenschappelijke afspraken gemaakt, die ook gelden voor de daarbinnen werkzame specialisten. Contractering vanuit het ziekenhuis met maatschappen van specialisten sluit hier niet bij aan; het legt te zeer het accent op de maatschap als organisatiestructuur in plaats van op de afdeling/divisie. Ook heeft maatschap-contractering tot gevolg dat er geen directe relatie is tussen ziekenhuis en individuele specialist. De commissie vindt dat een tweede bezwaar van maatschapscontracten.

Afgaande op het juridisch onderzoek, moet bij deze variant van het zorgverleningscontract worden aangetekend, dat niet valt uit te sluiten dat ook daarbij sprake zal zijn van een inhoudingsplicht van het ziekenhuis. Als de contractinhoud toch tot een feitelijke gezagsrelatie leidt en de specialist doorgaans twee dagen of meer per week in het ziekenhuis werkt zal er naar verwachting van de onderzoekers inhoudingsplicht voor belasting en premies ontstaan. Dat geldt ongeacht het betalingstraject aan de specialist (rechtstreeks van de verzekeraar of via het ziekenhuis). De juristen spreken in dat geval van een gelijkgestelde arbeidsverhouding. Voor een uitvoeriger uiteenzetting op dit punt wordt verwezen naar de achtergrondstudie.

Keuze van een contractvorm

De commissie kiest voor het medisch-specialistische bedrijf, met de kenmerken zoals in het begin van deze bijlage aangegeven. Dat vergt een stevig organisatorisch verband tussen specialist en ziekenhuis:

- persoonlijke binding van de specialist aan het ziekenhuisbedrijf;
- bekostiging van de specialist via het ziekenhuis, in belangrijke mate via een gegarandeerd basishonorarium;
- hiërarchische relatie binnen een professionele organisatie.

De juridische vormgeving daarvan kan – zo is hiervoor aangegeven – via een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht of via een overeenkomst sui generis. In beide gevallen zijn afdoende afspraken te maken om de beoogde integratie juridisch vorm te geven.

De keuze van de juridische contractvorm acht de commissie de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de daar werkzame specialisten zélf. Voor de commissie staat centraal dat er tussen specialist en ziekenhuis een organisatorisch verband ontstaat met de hierboven beschreven kenmerken. De juridische vorm waarin dat verband wordt gegoten is voor de commissie geen principiële maar een uitsluitend praktisch-instrumentele zaak. Zij beschouwt op basis van beschikbare inzichten het arbeidscontract als de juridische vorm waarmee de beoogde integratie het meest eenvoudig is te bereiken, maar heeft tegelijkertijd aangegeven dat er ook andere vormen mogelijk zijn om het beoogde doel te bereiken.

Het is de eigen verantwoordelijkheid van de direct betrokkenen om hier een keuze te maken. Dat geeft ook de ruimte om die keuze mede te laten afhangen van de ter plekke geldende mogelijkheden en voorkeuren.

3.2 Uitwerking binnen het medisch-specialistische bedrijf

Het medisch-specialistische bedrijf is een professionele organisatie. Met het louter aanbevelen van een hecht verankerde contractrelatie tussen specialist en ziekenhuis is de kous niet af. Het is van groot belang een organisatie en werkwijze te hanteren binnen het medisch-specialistische bedrijf die past bij de kenmerken van een dergelijke organisatie. Daarmee zijn ook vele verwachte bezwaren van de medische specialisten tegen verregaande integratie te ondervangen.

Puntsgewijs volgen hierna een aantal belangrijke aspecten in de organisatie en werkwijze van het medisch-specialistische bedrijf.

- 1 Er dient een goede waarborg te zijn voor de eigen professionele positie van de medische specialist. Deze kenmerkt zich enerzijds door professionele verantwoordelijkheid (de plicht als arts om zich te kunnen verantwoorden en om te voldoen aan eisen van kwaliteit, doelmatigheid etc.) en anderzijds professionele autonomie (de individuele verantwoordelijkheid van de arts in zijn relatie tot de patiënt). Een professioneel statuut kan deze waarborgen bieden, evenals nu al het geval is bij artsen in dienstverband.
- 2 Binnen het medisch-specialistische bedrijf moet een duidelijke decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden plaatsvinden. Binnen de afgesproken kaders moeten de werkers in de desbetreffende afdeling/divisie een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid dragen bij het bieden van zorg. Ook draagt deze decentralisatie bij aan het voorkomen van bureaucratie in de ziekenhuisorganisatie.
- 3 Er dient op directie-niveau een duidelijke inbreng te zijn vanuit de medische en verpleegkundige invalshoek. Op die manier moet er voor worden gezorgd dat ook de voor het medisch en verplegend proces belangrijke zaken bij de beleidsafwegingen een duidelijke rol spelen. Hoe deze inbreng organisatorisch vorm krijgt is een zaak van het medisch-specialistische bedrijf zelf. Elementen zijn: medische/verpleegkundige deskundigheid in de directie/raad van bestuur, belangrijke adviesrol van medische en verpleegkundige staf, inbreng vanuit de werkeenheden. Samenstelling van de directie in de vorm van een vertegenwoordigingsmodel (vertegenwoordigers van de verschillende geledingen in de directie) wijst de commissie af. Dat werkt al gauw remmend voor de integratie en komt de daadkracht van het management niet ten goede.
- 4 De opbouw en hoogte van de honorering van de medische specialist moet passend zijn bij de aard van de functie en zijn afgestemd op de individuele inzet en werklast. (zie bijlage 4).
- 5 Op het niveau van het medisch-specialistische bedrijf moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over de leveringsplicht. Het medisch-specialistische bedrijf (en dus ook de medische specialist) is niet ongeclausuleerd verplicht om zorg te leveren. Indien de reële zorgvraag aanmerkelijk hoger blijkt te zijn dan eerder in budget- en productie-afspraken is vastgelegd, dient er de mogelijkheid te zijn tot hernieuwd overleg met de zorgverzekeraar.

4 Conclusies

De commissie komt tot de volgende conclusies:

- 1 Er is een brede instemming onder de direct betrokkenen (zowel aan specialisten- als aan ziekenhuiszijde) met een meer geïntegreerde werkwijze in het ziekenhuis. Men

wijst er op dat er op dit punt ook nu al veel gebeurt. De vrijgevestigde specialist werkt al in een situatie van 'vrijheid in gebondenheid'.

- 2 De huidige contractrelaties in de driehoek specialist - ziekenhuis - verzekeraar moeten worden aangepast aan de nieuwe situatie van het medisch-specialistische bedrijf. Uitgaande van een geïntegreerde organisatie en werkwijze is de juridische vorm van het contract tussen de leiding van het medisch-specialistische bedrijf en de individuele specialist een zaak van betrokkenen zelf.
- 3 De commissie is van mening dat er voldoende mogelijkheden zijn om in de verdere organisatorische vormgeving van het medisch-specialistische bedrijf rekening te houden met de verschillende bezwaren die door specialisten zijn geuit tegen een verregaande integratie via oftewel een arbeids- of zorgverleningscontract. Kern daarvan is de opzet van het medisch-specialistische bedrijf als een professionele organisatie.

3 Honoreringsstructuur huisartsen

1 Inleiding

De commissie kiest met betrekking tot de honoreringsstructuur van huisartsen ten principale voor het abonnementssysteem.

Naar haar mening past een dergelijke systematiek goed bij de geformuleerde uitgangspunten voor een honoreringsstructuur (zie hoofdstuk 5.1). Daarnaast is een abonnementssysteem passend bij de relatie tussen huisarts en patiënt, die vooral door continuïteit wordt gekenmerkt. Van diverse zijden is gepleit voor het afzonderlijk honoreren van verrichtingen die door de huisarts worden gedaan. De commissie meent echter dat – daar waar zij een verrichtingensysteem voor medische specialistische hulp van de hand wijst – het niet voor de hand ligt een (gedeeltelijk) verrichtingensysteem voor huisartsen aan te bevelen.

2 Visie op de honoreringsstructuur van huisartsen

De commissie onderscheidt in de structuur van honorering twee hoofdonderdelen:

- 1 een landelijk uniforme basis;
- 2 een lokaal gedifferentieerde opslag.

Met de landelijke uniforme basis zal circa 80% van het honorarium worden gegene-reerd. Deze landelijke uniforme basis zal in COTG-verband worden bepaald. Gelet op de benadering van de commissie voor een honoreringsstructuur in een vaste en varia-bele component, ligt het voor de hand dat de vaste basis op een gefixeerd niveau wordt vastgesteld (derhalve geen maximumtarieven). Daarmee wordt ook inkomensze-kerheid geboden voor de beroepsbeoefenaren. In aanvulling daarop worden afspraken gemaakt, op basis waarvan de huisarts in aanmerking kan komen voor opslagen en bonussen.

2.1 Een landelijke uniforme basis

Voor deze landelijke uniforme basis gaat de commissie uit van een abonnementstarief per ingeschreven patiënt. Om in enige mate recht te doen aan verschillen in werkdruk die uiteenlopende patiëntencategorieën bewerkstelligen, is overwogen of op objectieerbare wijze een differentiatie van dit abonnementstarief denkbaar is.

Aan het NIVEL is gevraagd hiernaar onderzoek te doen (zie achtergrondstudie nr. 3). Uit het onderzoek van het NIVEL blijkt dat er verschillen in werkdruk (bewerkelijkheid) zijn naar te benoemen patiëntencategorieën. Indien wordt gekeken naar het aantal artscontacten zijn drie conclusies te trekken:

- a vrouwen hebben gemiddeld meer contacten met de huisarts dan mannen;
- b voor de leeftijdsgroep van 0-4 jarigen wordt gemiddeld een verhoogde contactrelatie met de huisarts geconstateerd;
- c voor de leeftijdsgroep van boven de 65 treedt gemiddeld een zeer duidelijke verhoging op in het aantal contacten met de huisarts.

Als daarnaast wordt gekeken naar het soort contacten (contacten in de praktijk, telefonische contacten of visites thuis), dan blijkt met name voor de oudere leeftijdscategorieën het aantal visites thuis zeer sterk stijgt. Deze huisvisites brengen een groter tijdsbeslag met zich mee.

In de tweede plaats is door het NIVEL onderzocht of er significante verschillen zijn in de leeftijdsopbouw tussen de huisartsenpraktijken. Als er verschillen in bewerkelijkheid naar verschillende patiëntencategorieën worden geconstateerd, maar vervolgens deze patiëntencategorieën in gelijke mate vertegenwoordigd zijn in de verschillende huisartsenpraktijken is er immers uiteindelijk geen reden om het abonnementstarief te gaan differentiëren.

Uit het onderzoek blijkt echter dat er wel degelijk differentiatie in patiëntenopbouw bestaat en dat deze verschillen juist het grootst zijn voor de hoogste leeftijdscategorieën. Het percentage vrouwen varieert nauwelijks tussen de praktijken, derhalve is het niet zinvol de hoogste van het abonnement naar geslacht te differentiëren.

Op basis van verschillen in aantallen contacten en soort contacten (uitgedrukt in contacteenheden) komt het NIVEL tot een verschil in bewerkelijkheid tussen een beperkt aantal leeftijdscategorieën. De verhouding in het aantal contacteenheden (afgerond) is als volgt:

0 – 65 jarigen:	3 contacteenheden per jaar
65 – 75 jarigen:	6 contacteenheden per jaar
> 75 jarigen:	10 contacteenheden per jaar.

Dit betekent dat de leeftijdsgroep van boven de 65-jarigen, die gemiddeld 13% van de patiëntenpopulatie uitmaakt, bijna 30% van de werklast van de huisarts bepaalt.

Derhalve is er voor de commissie voldoende reden om – naar rato van deze verschillen in werkbelasting – het abonnementstarief te differentiëren naar een beperkt aantal leeftijdscategorieën.

Vervolgens is door het NIVEL bekeken welke effecten een gedifferentieerd abonnementsstelsel met zich meebrengt op de praktijkomzet.

Daarbij zijn twee stappen onderscheiden:

- 1 uniformering van de huidige systematiek in het ziekenfonds en bij particuliere verzekeringen naar een abonnementsstelsel;
- 2 differentiatie van het abonnementsstelsel naar leeftijdscategorieën.

Omdat in de huidige systematiek van vergoeding per consult voor particulier verzekerden een vrij strakke relatie ligt tussen werkdruk en honorering, zou bij invoering van een integraal abonnementsstarief (voor ziekenfonds en particulier verzekerden) in eerste instantie een verzwakking van deze relatie optreden.

Indien vervolgens differentiatie van het abonnementsstarief plaatsvindt naar leeftijdscategorieën, wordt de relatie tussen werkbelasting en omzet weer hersteld. Geconstateerd moet worden dat ten opzichte van de huidige situatie (vlak abonnement voor ziekenfondsverzekerden en consulttarief voor particulier verzekerden) geen verbetering optreedt in de verhouding werklast en omzet. De commissie meent daarom dat de invoering van een abonnementsstarief, in ieder geval gepaard moet gaan met een differentiatie naar leeftijdscategorieën. Dit geldt des te meer vanuit het streven naar intensivering van transmurale zorg. Het zullen met name oudere patiënten zijn (chronische thuiszorg etc.) die in aanmerking (willen) komen voor deze wijze van zorgverlening. Het is dan ook redelijk dat de huisarts een hogere abonnementsvergoeding ontvangt voor de leeftijdsgroepen van boven de 65 jaar.

Het NIVEL heeft gezien of duidelijke omzeteffecten optreden afhankelijk van bepaalde kenmerken van de huisartsenpraktijk (percentage ziekenfondsverzekerden, praktijkvorm en urbanisatiegraad). Geconstateerd wordt dat hier geen significante verschuivingen plaatsvinden. Wel gaan praktijken met verhoudingsgewijs veel ouderen er significant op vooruit: maar dat is een bedoeld effect.

Samenvattend stelt de commissie voor als landelijke uniforme basis in de honoreringsstructuur een gedifferentieerd abonnementstarief te hanteren voor drie verschillende leeftijdscategorieën (0-65 jaar, 65-75 jaar, boven de 75 jaar).

2.2 Een lokaal gedifferentieerde opslag

De commissie is van oordeel dat de breedte van de taakuitoefening door de huisarts kan variëren, afhankelijk van specifieke lokale omstandigheden. Daarom stelt de commissie voor aanvullend op de landelijke uniforme basis ruimte te bieden voor lokale individuele afspraken.

Daar waar de landelijke basis vastligt qua structuur en tariefniveau, bestaat er volledige vrijheid ten aanzien van de vormgeving en prijsstelling met betrekking tot aanvullende afspraken. De commissie denkt met betrekking tot de flexibiliteit op lokaal niveau aan twee typen afspraken.

- a **Functiegebonden opslagen.** Verzekeraar en huisarts kunnen afspraken maken over specifieke functies die door de huisarts worden uitgeoefend. Daarbij is in de eerste plaats een vereiste dat de huisarts zich heeft gecertificeerd voor een dergelijke functie. In de tweede plaats is van belang dat verzekeraar en huisarts gezamenlijk de meerwaarde zien van het uitoefenen van een dergelijke functie door de huisarts.

Als voorbeelden denkt de commissie aan de volgende functies:

- kleine chirurgie;
- audiometrie;
- oogheelkundige verrichtingen;
- EHBO-functie;
- preventieve activiteiten/voorlichting.

Indien in de lokale situatie wordt overeengekomen dat de huisarts een of meerdere van dergelijke functies uitoefent, komt hij in aanmerking voor een functiegebonden opslag op het basis-abonnementstarief. Dit impliceert dat de huisarts hiervoor niet per verrichting wordt betaald, maar een extra opslag op het abonnement verkrijgt.

Vanzelfsprekend zal de verzekeraar enig inzicht willen hebben in de mate waarin deze activiteiten door de huisarts worden uitgevoerd. Ook hierover zullen op lokaal niveau afspraken moeten worden gemaakt. Met betrekking tot preventieve activiteiten is bijvoorbeeld denkbaar dat afspraken worden gemaakt over de vaccinatiegraad van de patiëntenpopulatie.

De commissie realiseert zich dat met deze activiteiten slechts een beperkt deel van de huisartsenactiviteiten wordt benoemd. Waar het echter om gaat is dat door dergelijke afspraken tussen verzekeraar en huisarts kan worden bewerkstelligd dat zoveel moge-

lijk in de eerste lijn wordt behandeld en dat verwijzingen naar de tweede lijn alleen gebeuren indien echt specialistische zorg is vereist.

- b **Doelmatigheidsopslagen.** Naast afspraken omtrent de uitvoering van extra functies is het eveneens goed denkbaar dat verzekeraar en huisarts afspraken maken over het verkrijgen van extra opslagen voor de huisarts naar de mate waarin doelmatig wordt gewerkt.

Daarbij denkt de commissie aan de volgende zaken:

- doelmatig verwijsgedrag;
- doelmatig prescriptiegedrag;
- doelmatige diagnostieaanvraag.

Vanzelfsprekend is het niet eenvoudig hiervoor objectieve maatstaven te vinden. Tevens is het denkbaar dat sommige artsen meer mogelijkheden hebben om doelmatiger te gaan werken (en dus blijkbaar in het verleden in mindere mate doelmatig werkten) dan anderen (die altijd al doelmatig werkten). Waar het echter om gaat, is dat stimulansen in de beoogde richting worden geboden.

Als vertrekpunt ter bepaling van de mate waarin doelmatig wordt gewerkt kunnen landelijk gemiddelde cijfers en historische cijfers voor de eigen praktijk als referentiepunten dienen. De commissie is van mening dat in lokaal overleg tussen partijen praktische invulling aan deze afspraken kan worden gegeven.

Het doel is te bereiken dat de huisarts meer belang krijgt bij een systematisch overleg met specialisten over verwijzingspatronen en aangevraagde diagnostiek. Met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen kan ook langs deze weg het reeds in gang gezette Farmaco Therapeutisch Overleg krachtig worden gestimuleerd.

Met bovenstaande ideeën sluit de commissie aan bij het al eerder in huisartsenkring bediscussieerde zogeheten 'bloemblaadjessysteem'. Dit systeem heeft de voordelen van gerichte prikkels tot het meer doen binnen de huisartsenpraktijk, zonder dat de nadelen van een verrichtingensystematiek optreden.

3 Groepspraktijken

Op grond van inhoudelijke, kwalitatieve overwegingen is de commissie van mening dat huisartsen in groepspraktijken (onder één dak) moeten gaan werken. Meer overleg en onderlinge toetsing zullen leiden tot een verdere verbetering van de kwaliteit van het handelen van de huisartsen.

De commissie heeft zich afgevraagd of de vorming van groepspraktijken ook in financiële zin zou moeten worden gestimuleerd. De commissie meent echter dat dit al in belangrijke mate zal gebeuren door de voorgestelde honoreringsstructuur.

Daarbij gaat het niet zozeer om het landelijk uniforme basisabonnement: dat werkt redelijk rechtevenredig door voor zowel solo- als groepspraktijken (zie ook de achtergrondstudie van het NIVEL). Groepspraktijken hebben echter wel meer mogelijkheden met betrekking tot de lokale afspraken. In de eerste plaats zal men in groepspraktijken door enige functiedifferentiatie tussen de daar werkzame huisartsen in staat zijn meer bijzondere functies uit te oefenen. De ene huisarts specialiseert zich in de chirurgische verrichtingen, de andere huisarts in de audiometrie etc. Deze bijzondere functies worden vervolgens wel uitgeoefend voor de totale patiëntenpopulatie van de groepspraktijk. In bijgaand cijfervoorbeeld is dit geïllustreerd.

In de tweede plaats is men in groepspraktijken beter in staat tot doelmatig werken. De huisarts kan zijn taakopvatting spiegelen aan anderen in de directe omgeving en bij onzekerheden is onderling overleg goed mogelijk. Het blijkt ook uit onderzoek dat in groepspraktijken verwijzingen naar de tweede lijn op een lager niveau liggen. Dit impliceert dat groepspraktijken eerder in aanmerking kunnen komen voor de doelmatigheidsopslagen.

Desgewenst kunnen verzekeraars ook separate afspraken maken ter stimulering van groepspraktijken.

4 Praktijken in de grote steden

De commissie heeft oog voor de bijzondere problematiek die zich in de grote steden voor de huisartsen voordoet.

Uit onderzoek blijkt niet zo zeer dat er in kwantitatief opzicht een grotere werklast voor de huisarts is, maar wel dat er sprake is van een subjectief ervaren grote werklast. Aan het NIVEL is gevraagd ook aan dit aspect aandacht te besteden.

Het NIVEL constateert in de eerste plaats dat het voorstel tot invoering van een gedifferentieerd basisabonnement relatief gunstig lijkt uit te werken voor de praktijken in de grote stad. De oorzaak hiervoor is gelegen in de huidige opbouw van het ziekenfondsabonnement. Daarin wordt – uitgaande van een bepaald percentage particulier verzekerden in de gemiddelde praktijk – slechts een vergoeding voor de praktijkkosten gegeven voor de eerste 1600 ziekenfondspatiënten. Voor de overige ziekenfondspatiënten ligt het abonnementstarief op een lager niveau. Dit wordt de zogenaamde kostenknik genoemd.

Praktijken in grote steden worden gekenmerkt door relatief veel ziekenfondsverzekerden waardoor men tekort komt op de vergoeding van de praktijklasten. Omdat de commissie uitgaat van een all-inn abonnementstarief, doet dit probleem zich niet meer voor.

Daarnaast heeft het NIVEL bekeken of een redelijk geobjectiveerde typering mogelijk is van zogenaamde achterstandgebieden in de grote steden. Hieraan blijken nogal wat haken en ogen te kleven.

Daarom vindt de commissie ook hier dat de oplossing moet worden gevonden in de mogelijkheden van de lokale opslagen. Juist in de grote stad is het van belang dat meer vanuit groepspraktijken wordt gewerkt. Dit biedt de (financiële) voordelen zoals onder punt 3 aangegeven. Deze voordelen kunnen worden aangewend voor het inzetten van een praktijkverpleegkundige dan wel van een tolk ter verbetering van de communicatie met allochtonen.

Daarnaast is ook goed denkbaar dat dergelijke groepspraktijken met de verzekeraar een 24-uurs bereikbaarheid afspreken, waarvoor een specifieke opslag kan worden gegeven.

Voorbeeld Uitwerking abonnementsstelsel huisartsen met functiegebonden opslagen

In dit cijfervoorbeeld is geabstraheerd van differentiatie in de abonnementshoogte naar leeftijdscategorieën.

1	Uitgegaan wordt van het huidige	norminkomen	f	160.000,-
		normkosten	f	110.000,-
	(100% honorarium)		f	270.000,-
2	Basis			
	80% hiervan (216.000) wordt gegenereerd door het basisabonnement			
	uitgaande van de huidige normpraktijkomvang van 2350 patiënten			
	resulteert een basisabonnementsstarief van		f	92,-

3 Opslagen

Voorbeelden van opslagen; de bedragen zijn herleid uit de bijdrage die een opslag kan leveren aan het totale honorarium en de normpraktijkomvang van 2350

. kleine chirurgie (5%)	opslag	f	6,-
. EHBO-functie (5%)	opslag	f	6,-
. preventie activiteiten (5%)	opslag	f	6,-
. oogheelkundige verrichtingen (10%)	opslag	f	12,-
. doelmatig prescriptiegedrag (10%)	opslag	f	12,-
. doelmatig verwijsgedrag (10%)	opslag	f	12,-

4 Solopraktijk

Een huisarts haalt een aantal certificaten en maakt specifieke afspraken met de verzekeraar.

Zo oefent hij bijvoorbeeld kleine chirurgie, preventie activiteiten en oogheelkundige verrichtingen uit. Het basisabonnement (f 92,-) wordt dankzij die werkzaamheden verhoogd met de opslagen (f 6,- + f 6,- + f 12,- = f 24,-) en komt daarmee op f 116,-. Gerelateerd aan de normpraktijkomvang (2350 patiënten) wordt zijn omzet dan f 273.000,-.

5 Groepspraktijk

Een groepspraktijk met 4 huisartsen. Zij specialiseren zich ieder in bijzondere functies en behalen daarvoor de benodigde certificaten. Daarnaast werken zij zeer doelmatig.

Deze bijzondere functies voert een ieder uit voor de totale patiëntenpopulatie van de groepspraktijk. In totaliteit worden daardoor binnen de groepspraktijk de functies uitgeoefend van kleine chirurgie, EHBO en oogheelkundige activiteiten. Daarnaast slaagt de groepspraktijk er in opslagen te krijgen voor doelmatig prescriptiegedrag en doelmatig verwijsgedrag.

Dit impliceert dat het basisabonnement wordt verhoogd met een aantal opslagen (f 6,- + f 6,- + f 12,- + f 12,- + f 12,- = f 48,-) voor de totale patiëntenpopulatie.

Het complete abonnementstarief komt dan op f 140,- (f 92,- + f 48,-). Gerelateerd aan de normpraktijkomvang (4 x 2350 = 9400) levert dit voor de groepspraktijk een omzet op van f 1.316.000,-.

Indien dit bedrag wordt terugvertaald naar een solopraktijk zou de omzet per solopraktijk f 329.000,- bedragen.

Vergelijking met een reguliere solopraktijk (omzet f 273.000,-) leert dat door deze systematiek binnen de groepspraktijk financiële ruimte voor meer ondersteuning wordt gecreëerd.

4 Honoreringsstructuur

medische specialisten

1 Inleiding

De commissie heeft uitgebreid overleg gevoerd met de diverse geledingen uit de specialistenwereld. Niet alleen is verschillende keren gesproken met de officiële vertegenwoordigende instantie de Landelijke Specialisten Vereniging. Tevens zijn gesprekken gevoerd met het Nederlands Specialisten Genootschap en de Nederlandse Specialisten Federatie. Tot slot zijn ook de wetenschappelijk verenigingen in de gelegenheid gesteld bij hen levende ideeën aan de commissie kenbaar te maken.

In de aangereikte stukken en de geleverde gesprekken vormde de honoreringsstructuur van medische specialisten een steeds terugkerend thema.

De commissie wil er op deze plaats nog eens de nadruk op leggen dat de vormgeving van de honoreringsstructuur voor haar een afgeleide thematiek is. Hoofdzaak is voor de commissie de visie op de organisatie van het curatieve zorgaanbod; hoe kan het primaire proces zodanig gestalte krijgen dat de zorg op kwalitatief hoogwaardige en efficiënte wijze wordt verstrekt. Verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist en een geïntegreerde wijze van zorgverlening vanuit het medisch-specialistische bedrijf zijn de doelstellingen.

Met dat doel voor ogen heeft de commissie vervolgens gekeken naar een passende vormgeving van de honoreringsstructuur van medische specialisten. Vanuit deze invalshoek zijn ook de gedane suggesties vanuit het veld gewogen.

2 De huidige honoreringsstructuur

De commissie heeft een aantal knelpunten geconstateerd met betrekking tot de huidige honoreringsstructuur voor vrij gevestigde specialisten. In het onderstaande worden de drie hoofdproblemen kort benoemd:

- a de huidige wijze van bekostiging van medische specialisten staat volledig los van de bekostiging van het ziekenhuis. Daar waar in het primaire zorgverleningsproces de samenhang zo nadrukkelijk aanwezig is, is het niet logisch dat de bekostiging van diverse onderdelen van deze zorgverlening op volstrekt andere leest is geschoeid;
- b de huidige honoreringsstructuur is voor een belangrijk deel gebaseerd op verrichtingen. De tarieven die voor deze verrichtingen zijn vastgesteld staan in het algemeen slecht in verhouding tot de inspanning die daarvoor wordt geleverd. Met name door technologische ontwikkelingen en ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit ontstaan scheve verhoudingen. Sommige activiteiten worden – gerelateerd aan de inzet van de specialist – te hoog gewaardeerd, andere activiteiten – gerelateerd aan de benodigde inzet – te laag. Dit leidt tot onevenwichtigheden in de inkomensverhoudingen tussen de medische specialisten. Deze systematiek biedt thans derhalve juist géén loon naar werk;
- c het huidige honoreringssysteem is uit administratief oogpunt ingewikkeld.

Een punt in de discussie over de huidige honoreringsstructuur is de veel geuite veronderstelling dat de specialisten een financiële prikkel hebben om meer verrichtingen uit te voeren, teneinde de hoogte van de omzet in positieve zin te beïnvloeden. Onmiskenbaar is het feit dat er sprake is van enige beïnvloedingsmogelijkheid van de zorgvraag door de zorgaanbieder. Dit hangt samen met de aard van deze dienstverlening. De juistheid van de veronderstelling omtrent de werking van de financiële prikkel is echter nooit overtuigend aangetoond. Daarom heeft voor de commissie dit aspect geen rol gespeeld bij haar afwegingen. De commissie meent wel dat het in het belang van de specialisten zelf is te komen tot een dusdanige inrichting van de honoreringsstructuur dat deze veronderstelling – impliciet of expliciet geuit – niet meer valide kán zijn.

Uit de contacten met het veld is de commissie gebleken dat in het algemeen de haken en ogen aan de huidige verrichtingensystematiek worden onderkend.

3 Alternatieve voorstellen voor een honoreringsstructuur

Het leeuwedeel van de suggesties die aan de commissie zijn gedaan voor een passende honoreringsstructuur, ligt in de richting van de voorstellen van de LSV. Daarom wordt concreet op dit voorstel ingegaan.

Kort weergegeven stelt de LSV het volgende voor:

- a onderbrengen van zoveel mogelijk diagnostiek in de verwijskaart, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen in arbeidsintensiteit. Sommige diagnostiek zal in clusters (met een tarief) worden ondergebracht;
- b clusteren van verrichtingen;
- c vaststellen van de hoogte van het abonnementstarief en clustertarief op basis van een reëel tijdsbeslag en een reëel uurloon;
- d afzonderlijk honoreren van niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals managementparticipatie en kwaliteitsactiviteiten;
- e separaat vergoeden van 24-uurs-beschikbaarheid en activiteiten die buiten de normale werkuren plaatsvinden.

Het principiële bezwaar van de commissie tegen deze voorstellen is dat de verrichtingsystematiek als zodanig blijft gehandhaafd. Weliswaar ontstaat een forse indikking en herijking, maar de verrichtingsgrondslag blijft overeind. De commissie verwacht dat het onderbrengen van meer diagnostiek in verschillende kaarten en het clusteren van verrichtingen gepaard zal gaan met langdurige onderhandelingen over juiste hoogten en juiste definiëringen. Derhalve vraagt zij zich af in hoeverre de uitkomst van dit proces een reële weergave van de werkelijkheid zal zijn.

Maar ook als deze operatie mocht lukken, blijft het vraagstuk van het actueel houden van de tarieven bestaan. Hoe wordt zorggedragen voor aanpassingen van de tarieven als er technologische ontwikkelingen zijn?

De LSV hecht zozeer aan een verrichtingsystematiek, omdat alleen op die wijze loon naar werk gestalte zou kunnen krijgen. In de visie van de commissie zal een dergelijk systeem er echter toe leiden dat er al snel juist niet meer volgens het adagium loon naar werk wordt gehonoreerd.

4 Het voorstel van de commissie voor de honoreringsstructuur van medische specialisten

Zoals ook al hiervoor aangegeven kiest de commissie als vertrekpunt de geïntegreerde zorgverlening vanuit het medisch-specialistische bedrijf. Dit betekent dat er sprake zal zijn van één bekostigingsstroom naar dit geïntegreerde bedrijf. Vanuit deze bekostiging zullen zowel de kosten van het traditionele ziekenhuis als van de medisch-specialistische hulp worden gedekt.

De commissie vindt dat het – vanuit de invalshoek van het bieden van inkomenszekerheid – van belang is landelijk spelregels overeen te komen omtrent de wijze van

honoreren van de medische specialisten. Daarom wordt – net als bij de huisartsen – in de honoreringsstructuur onderscheid gemaakt in twee hoofdonderdelen:

- 1 een landelijke uniforme basis;
- 2 een lokaal gedifferentieerde opslag.

Circa 80% van het honorarium zal worden gegenereerd met de landelijke basis. Hierover zullen in COTG-verband afspraken moeten worden gemaakt. Daarmee wordt ook in belangrijke mate inkomenszekerheid gecreëerd voor de medische specialisten. Aanvullend kunnen in lokaal overleg specifieke afspraken worden gemaakt omtrent prestaties en daaraan verbonden beloning.

4.1 Een landelijk uniforme basis

Als basissystematiek gaat de commissie uit van een gegarandeerd honorarium voor de medische specialisten. In dit honorarium zijn de (volledige) kosten van pensioenopbouw begrepen. Het honorarium is puur bedoeld als persoonsgebonden inkomen. In de visie van de commissie dienen praktijkkosten en administratiekosten ten laste van het ziekenhuis te komen. Assistenten (zowel in opleiding als niet in opleiding) zullen rechtstreeks in dienst worden genomen door het ziekenhuis.

Met anderen is de commissie van mening dat er loon naar werken moet zijn. Daarom dienen verschillen in werkdruk, onregelmatige werktijden en opleidingsduur tot uitdrukking te komen in de basishonorering. De commissie gaat uit van een ijkpunt dat qua werkdruk en onregelmatige werktijden een afspiegeling vormt van het gemiddelde onder specialisten. Een internist met redelijke ervaring kan als zodanig fungeren. De commissie hanteert de internist, zijnde een 'modale specialist' als maat-specialist voor de opbouw van het basishonorarium van de specialist.

Rond de maat-specialist wordt een bandbreedte van -/- 20% tot + 20% gedefinieerd. Aan de hand van de criteria werkdruk, onregelmatige werktijden en opleidingsduur kan de zwaarte van de functie-uitoefening voor een individuele specialist ten opzichte van de maat-specialist worden getypeerd.

Hoewel de criteria gedeeltelijk specialisme-gebonden zijn, is tevens veel afhankelijk van de situatie waarin een specialist werkzaam is. Daarom is de commissie geen voorstander van differentiatie per specialisme, maar van toepassing van de criteria in de individuele situatie (door specialist en ziekenhuis). In bijgaand voorbeeld wordt een en ander geïllustreerd.

Zo is denkbaar dat een specialist werkzaam in een kleine maatschap veel meer onregelmatige diensten heeft dan een specialist van dezelfde discipline, werkzaam in een

grote maatschap. Dit verschil dient dan in de basishonorering tot uitdrukking te worden gebracht.

Met het zo nadrukkelijk meewegen van de factoren werkdruk en onregelmatige diensten wordt de specialist naar het oordeel van de commissie gehonoreerd volgens het adagium loon naar werk en wordt ook rekening gehouden met ontwikkelingen in de zorgvraag.

Indien sprake is van een stijgende zorgvraag zal dit in eerste instantie leiden tot een toenemende werklast voor de zittende specialisten. Dit dient zijn vertaalslag in de honorering te krijgen. Indien de ontwikkelingen zodanig zijn dat de bestaande bezetting ontoereikend wordt zal overleg tussen verzekeraar en ziekenhuis moeten volgen met het doel te komen tot dusdanige produktie-afspraken dat een extra specialist kan worden aangetrokken. Dit kan dan vervolgens leiden tot een (tijdelijke) daling in de werklast van de specialisten.

4.2 Een lokaal gedifferentieerde opslag

Naast de landelijke uniforme basis is de honorering gebaseerd op een flexibele kop. Hieromtrent worden in lokaal overleg afspraken gemaakt tussen medische specialisten en ziekenhuizen, eventueel afgestemd met de verzekeraar. Het gaat om lokaal gedifferentieerde opslagen die zowel qua structuur als prijsniveau volledig open zijn. Net als bij de huisartsenhonorering kan aan twee typen opslagen worden gedacht.

- a **Taakgebonden opslagen.** Specialisten kunnen naast de reguliere patiëntenzorg extra taken uitoefenen die een verzwaring van de werklast betekenen. Hierbij kan worden gedacht aan bijzondere functies zoals opleidingstaken, verantwoordelijkheid voor het functioneren van afdeling, versterking van de samenwerking met de huisartsen en dergelijke. Bij deze additionele functies staat de commissie ook zeer nadrukkelijk versterking van de relatie met de eerste lijn voor ogen. Het gaat bijvoorbeeld om gezamenlijke consulten huisarts - specialist. Omtrent de uitoefening van deze functies worden vooraf afspraken gemaakt tussen specialisten en ziekenhuis en wordt een passende opslag (of bonus) op de honorering overeengekomen.
- b **Doelmatigheidsopslagen.** Indien specialisten – gelet op de decentrale verantwoordelijkheden met bijbehorend budget – er gezamenlijk met de andere verantwoordelijken in slagen een afdeling doelmatig te laten functioneren, dient dit eveneens te worden gehonoreerd.

Zoals al aangegeven gaat de commissie uit van zoveel mogelijk zelfstandig werkende eenheden binnen het ziekenhuisbedrijf, die ook een belangrijke mate van eigen financiële en kwalitatieve verantwoordelijkheid hebben. Voorafgaand aan een jaar worden afspraken omtrent het budget van een afdeling gemaakt. Indien een afdeling er – met behoud van kwaliteit – in slaagt binnen het budget te blijven, kan worden afgesproken dat het overschot voor bijvoorbeeld 50% ter beschikking blijft van de afdeling en kan worden aangewend voor bonusuitkeringen of voor apparatuur van de afdeling. Daarbij moet worden bedacht dat niet alleen de specialisten, maar ook verpleegkundigen en anderen aan dit resultaat bijdragen. Het resterende overschot dient als marge voor de leiding van het ziekenhuisbedrijf om afdelingen waar het minder optimaal verloopt te kunnen compenseren.

Vanzelfsprekend mag deze systematiek er niet toe leiden dat slechte zorg wordt geleverd tegen een lage prijs. Daarom zullen dergelijke budgetafspraken altijd vergezeld gaan met kwalitatieve en productie-afspraken.

4.3 Toepassingsgebied van de voorgestelde honoreringsstructuur

Naast de vrijgevestigde specialisten zijn er grote groepen andere specialisten, die een eigen honoreringsstructuur kennen.

In de eerste plaats gaat het daarbij om artsen die werkzaam zijn in dienstverband. Zij worden veelal volgende de LAD-schalen gehonoreerd.

In de tweede plaats kan worden gedacht aan de medische specialisten, werkzaam in de academische ziekenhuizen. De huidige honoreringssystematiek van deze specialisten is vrij ondoorzichtig. Enerzijds geldt een loondienstconstructie waarbij volgens het wetenschappelijke rangenstelsel wordt gehonoreerd. Anderzijds bestaan toelagen en toeslagen, onder andere gebaseerd op opbrengsten uit beroepsuitoefening in de particuliere praktijk. Indien het onderscheid ziekenfonds - particulier gaat verdwijnen, zal deze laatste inkomensbron opdrogen. Ook los daarvan vindt de commissie de huidige situatie vanwege de grote ondoorzichtigheid niet optimaal.

De commissie is van mening dat de honoreringsstructuur van medische specialisten – ongeacht de werkplek – steeds op dezelfde leest moet zijn geschoeid. Dit bevordert tevens de mogelijkheden tot doorstroming en uitwisseling.

5 De goodwill

5.1 Achtergrond van goodwill

Onder vrij gevestigde medische specialisten is het gebruikelijk dat bij toetreding tot de praktijkuitoefening van een maatschap een goodwill-som wordt betaald.

De commissie vindt een dergelijke constructie niet meer passen in het huidige tijdsge-richt. Dit geldt te meer daar in haar visie sprake is van een geïntegreerd bedrijf voor medisch-specialistische zorg. Vanuit deze geïntegreerde zorgverlening zijn geen com-ponenten los te weken waarvoor het in de rede ligt een goodwill-systeem te hanteren. Om te komen tot een oplossing van de goodwill-problematiek heeft de commissie aan het bureau Coopers & Lybrand gevraagd een aantal mogelijke varianten met financie-ringsconsequenties in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek zijn als achter-grondstudie nummer 4 bij het rapport gevoegd.

Coopers & Lybrand schetst als kader twee manieren van omgaan met goodwill.

In de eerste plaats is goodwill een bedrijfseconomisch begrip dat staat voor gekapitali-seerde overwinst. Net als bij ondernemers in andere sectoren vormt de goodwill bij een medische specialist een bate uit de onderneming en komt het voor risico van de onderneming. Veranderingen in de omgeving (waaronder overheidsingrijpen) kunnen leiden tot wijziging van de waarde van goodwill. Bedrijfseconomisch gesproken behoort dit tot de normale ondernemingsrisico's die voor rekening van de specialist komen.

In de tweede plaats kan goodwill worden gezien als onderdeel van het totale belo-ningspakket. Goodwill wordt door specialisten veelal gehanteerd als een alternatieve vorm voor het vergaren van pensioenkapitaal. Derhalve adviseert Coopers & Lybrand de mogelijkheden te onderzoeken om goodwill om te zetten in pensioen. De commis-sie ondersteunt deze benadering.

5.2 Oplossingsmogelijkheden

Coopers & Lybrand heeft een aantal mogelijkheden geschetst ter oplossing van de goodwill-problematiek, uitgaande van verschillende rechtvaardigingsgronden.

Voor de commissie is vertrekpunt dat een adequate compensatie wordt gevonden voor die specialisten die in het verleden goodwill hebben betaald en in de toekomst geen goodwill meer zullen krijgen uitgekeerd.

Daarom is de commissie voorstander van een oplossing via het 'huisartsen-plus' systeem. Deze systematiek lijkt op de wijze waarop destijds bij de huisartsen de goodwill-problematiek is opgelost, maar biedt betere bescherming tegen geldontwaarding.

Kort aangeduid houdt deze variant het volgende in:

- zittende vrijgevestigde specialisten krijgen een pensioenaanspraak die bij overlijden dan wel bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd (65 jaar) gelijkwaardig is aan de geïndexeerde goodwill;
- de indexatie vindt plaats op basis van het prijsindexcijfer en wordt toegepast op de huidige goodwill. Indexatie vindt plaats vanaf het moment van vaststelling van de huidige goodwill tot het moment van overlijden of het bereiken van de pensioenleeftijd;
- de aanspraak op een uitkering wordt ondergebracht bij een pensioenfonds of een verzekeraar;
- overwogen kan worden de specialisten de mogelijkheid te geven de aanspraak af te kopen. Hiervoor zijn bijzondere fiscale en wetstechnische constructies nodig.

Essentieel in deze benaderingswijze is dat compensatie wordt geboden in de vorm van een pensioenaanspraak, hetgeen overeenkomt met de manier waarop specialisten op dit moment veelal de goodwill-uitkering aanwenden.

De commissie heeft overwogen of het redelijk zou zijn een maximum te hanteren in het goodwill-bedrag dat voor omzetting in pensioenaanspraken in aanmerking komt. Indien excessief hoge goodwill-bedragen betaald zijn, lijkt er iets voor te zeggen dit tot een bepaald niveau te compenseren en het restant te beschouwen als ondernemersrisico.

De commissie adviseert echter dit niet te doen en de betaalde goodwill volledig te compenseren. Achterliggende reden is dat door overheidsingrijpen een wijziging optreedt in een voor de beroepsgroep tot dan toe gangbare handelwijze en dat het dan van zorgvuldigheid getuigt betrokkenen hiervoor volledig te compenseren.

5.5 Kosten en financiering

Coopers & Lybrand heeft becijferd dat de lasten van de huisartsen-plus variant circa f 1 miljard bedragen. Ten opzichte van de bij de huisartsen gehanteerde oplossing ontstaat enerzijds een lastenverhogend effect vanwege de betere inflatiebescherming. Anderzijds ontstaat een lastenverlagend effect door de langere bestaansduur van het fonds, waardoor meer rendement op de inleg kan worden verkregen. Indien wordt uitgegaan van een looptijd van 30 jaar met een te behalen rendement van 7%, bedraagt de jaarlijkse financieringslast f 81 miljoen.

Uitgaande van financiering binnen het huidige macro-kader voor medisch-specialistische hulp, worden verschillende mogelijkheden aangegeven:

- tariefkorting, zie huisartsenoplossing;
- inkomensnormering;
- ingroeiregeling voor jonge specialisten;
- financiering uit te verwachten besparingen.

De commissie stelt voor financiering te realiseren via een ingroeiregeling voor jonge specialisten. Indien toetredende specialisten starten op circa 60 à 70 % van een volledig specialistenhonorarium en in 5 jaar naar 100% toegroeien, levert dit voldoende financiële middelen op ter financiering van de goodwill. De commissie vindt een dergelijke benadering ook te billijken vanuit het feit dat voor de toetredende specialisten ook lasten wegvallen. In de oude situatie hadden toetredende specialisten in de eerste vijf à tien jaar de financieringslast van de betaalde goodwill. Nu zij geen goodwillschuld meer hoeven af te lossen, zou zonder ingroeiregeling een hoger besteedbaar inkomen ontstaan. Bovendien ontstaat door een dergelijke systematiek tegelijkertijd enig carrièreperspectief voor jonge specialisten, hetgeen de commissie ook positief beoordeelt.

6 Niveau van honorering

De commissie realiseert zich dat niet alleen de honoreringsstructuur van belang is, maar ook het niveau van honorering. Voor de commissie staat voorop dat de honorering van medische specialisten passend moet zijn in de maatschappelijke verhoudingen en recht moet doen aan het niveau van de medische professie.

Zonder hier verzeild te raken in allerlei functiewaarderingsachtige discussies, lijkt het de commissie toch van belang een indicatie te geven van een in haar ogen passende honorering behorend bij de maat-specialist.

Daarbij heeft de commissie verschillende referentiepunten in ogenschouw genomen. Gekeken is onder meer naar de huidige tariefsopbouw conform COTG-richtlijnen, indicaties omtrent feitelijke omzetten van specialisten, CAO-ziekenhuiswezen, honorering LAD, honorering ziekenhuisdirecteuren.

Om zo goed mogelijk de vergelijking te kunnen trekken met de huidige situatie voor vrij gevestigden wordt gesproken over een all-inn arbeidshonorarium. Hiermee wordt bedoeld een bruto-honorarium, inclusief te betalen sociale premies, loonbelasting en kosten van pensioenopbouw. Ten opzichte van de huidi-

ge omzet die specialisten genereren, zit het verschil derhalve in kosten zoals administratiekosten, interest en kosten van secretariële hulp en assistenten. Persoonsgebonden beroepskosten (abonnementen, vervoer en dergelijke) worden wel geacht uit het bruto honorarium te worden bekostigd.

Als indicatie voor de maat-specialist met opslagen denkt de commissie aan een totaal honoreringsniveau van tussen de f 250.000,- en de f 300.000,- (all-inn honorarium). Ter illustratie van de systematiek wordt uitgegaan van een honoreringsniveau van f 275.000,-. Deze honorering is dan in de systematiek van de commissie opgebouwd uit een landelijk uniforme basis, de maat-specialist (80% = circa f 220.000,-) en een flexibele lokale opslag.

Zoals aangegeven hanteert de commissie rond de basis een bandbreedte van -/- 20% en + 20%. Dit impliceert dat een specialist met een relatief lichte taakuitoefening een honorarium ontvangt van rond de f 170.000,-, terwijl een specialist met veel onregelmatige werktijden en een hoge werklust een basishonorarium van circa f 265.000,- zal ontvangen. Indien daarnaast ook nog specifieke taken worden uitgeoefend is met de lokale opslagen een honorarium van tegen de f 320.000,- haalbaar.

Als wordt uitgegaan van een honoreringsniveau van f 300.000,- als ijkpunt, is een honorering denkbaar van circa f 350.000 (all-inn honorarium) voor een specialist met een hoge werklust, veel onregelmatige werktijden en een aantal extra functies.

Indien de afspraken die ziekenhuis en specialist overeenkomen er toe leiden dat een inhoudingsplicht ontstaat voor het ziekenhuis dan wel een deel van de pensioenlasten door het ziekenhuis wordt gedragen, zal dit vanzelfsprekend leiden tot een nadere verdeling tussen specialist en ziekenhuis van de genoemde f 275.000,-. Er is derhalve verschil tussen het hier gehanteerde all-inn honorarium en een bruto salaris dat in een loondienstsituatie geldt.

1 Componenten honoreringsstructuur

- De honoreringsstructuur is uit twee componenten opgebouwd: een landelijke uniforme basis en lokaal gedifferentieerde opslagen.
- Voor de landelijk uniforme basis wordt als ijkpunt de maat-specialist gehanteerd.
De basishonorering vormt gemiddeld 80% van de honorering.
- Bovenop de basis komen specifieke opslagen naar de mate waarin extra functies worden uitgeoefend en/of doelmatig wordt gewerkt.

2 Basishonorering

- Rond de maat-specialist wordt een bandbreedte van +/- 20% en + 20% gehanteerd. Bepaling van de passende honorering vindt plaats door toetsing op een aantal criteria.
- De volgende criteria worden gehanteerd: werkdruk (of -last), onregelmatige werktijden en opleidingsduur.
Bij werkdruk gaat het om de werklust, exclusief de uitoefening van bijzondere functies. Honorering hiervan komt via de specifieke opslagen tot uitdrukking.
Op de criteria zijn drie scores mogelijk: laag gemiddeld, hoog.
Operationalisering is als volgt denkbaar.

Werkdruk (of -last)	< 40 uur per week	laag
	40-50 uur per week	gemiddeld
	> 50 uur per week:	hoog
Onregelmatige werktijden	normale kantoortijden	laag
	periodieke avond-, weekend- en beschikbaarheidsdiensten	gemiddeld
	veelvuldige avond-, weekend- en beschikbaarheidsdiensten	hoog
Opleidingsduur	4-5 jaar	laag
	6 jaar	gemiddeld
	7-8 jaar	hoog

- Bij weging van de criteria krijgt werkdruk een twee keer zo groot gewicht als de criteria onregelmatige werktijden en opleidingsduur.

Onderstaand schema kan vervolgens als richtsnoer dienen:

	score/gewicht criteria		
	laag	gemiddeld	hoog
werkdruk	-/- 10%	0	+ 10%
onregelmatige werktijden	-/- 5%	0	+ 5%
opleidingsduur	-/- 5%	0	+ 5%

Een specialist met een hoge werkdruk, veel onregelmatige diensten en een relatief korte opleiding komt dan in de bandbreedte op + 10% ten opzichte van de maat-specialist.

Een specialist met een lage werkdruk, gemiddelde diensten en een lange opleiding komt in de bandbreedte op -/- 5% ten opzichte van de maat-specialist.

3 Specifieke opslagen

Aanvullend ten opzichte van de landelijke uniformering zijn bijzondere afspraken mogelijk.

Indien bijvoorbeeld wordt afgesproken dat een specialist een gerichte investering zal plegen in nauwe samenwerking met de huisarts, dient tegenover deze aanvullende werklust een passende honorering te staan.

Tevens kunnen bonussen worden afgesproken indien bepaalde afdelingen er in slagen meer doelmatig te werken.

De vormgeving en honorering van deze afspraken is volledig afhankelijk van de lokale situatie.

5 Invoeringstraject

1 Inleiding

Om te komen tot de gewenste organisatie en werkwijze van het aanbod van curatieve zorg zijn veranderingen nodig in het instrumentarium, zoals beschreven in de hoofdstukken 5 tot en met 8.

Deze veranderingen zijn gericht op het versterken van het zelfsturend vermogen van het zorgaanbod en het via lokaal overleg met de verzekeraars komen tot maatwerk omtrent de optimale organisatie van zorgverlening.

In deze bijlage beperkt de commissie zich tot de invoeringsvoorstellen, gericht op stappen die mogelijk zijn op de korte termijn. Het gaat daarbij in belangrijke mate om zaken die zijn in te voeren binnen het huidige stelsel van zorg. Dit laat onverlet het belang om snel tot meer definitieve keuzen te komen met betrekking tot de inrichting van het zorgstelsel in brede zin.

De commissie wil met de hierna beschreven invoeringsmogelijkheden niet voorschrijven hoe invoering van de voorstellen moet plaatsvinden. Veeleer heeft zij richtingen willen schetsen waarlangs invoering denkbaar is. Dit betekent niet dat dit de enige weg naar Rome is. Het is zeer wel mogelijk dat partijen en andere deskundige instanties met andere suggesties komen waarlangs hetzelfde doel kan worden bereikt.

In deze bijlage worden per instrumentarium-blok invoeringsstappen op hoofdlijnen in beeld gebracht. Deze invoeringsstappen behoeven niet tegelijkertijd te worden gezet. Het gaat om het schetsen van een mogelijk traject per te realiseren verandering. Waar interferentie optreedt met andere blokken is dit aangegeven.

2 Bekostigingssystematiek

2.1 Bekostiging huisartsen

Met betrekking tot de honorering van de huisarts stelt de commissie als basis voor een naar leeftijd gedifferentieerd abonnementsstelsel voor, met lokaal gedifferentieerde opslagen. Er worden drie leeftijdscategorieën (0-65 jaar, 65-75 jaar, boven de 75 jaar) onderscheiden, waarvoor de abonnementshoogte in verhouding tot de verschillen in werkdruk dient te staan. Derhalve 3:6:10.

Dit basisabonnement zal zowel gaan gelden voor ziekenfonds- als voor particulier verzekerden. Dit vereist met name veranderingen aan de kant van de particuliere verzekeraars. In de eerste plaats is van belang dat huisartsenhulp in de verzekeringspolissen wordt opgenomen. Dat gebeurt nu reeds voor nieuwe polissen die de particuliere verzekeraars aanbieden. In de tweede plaats zal de honoreringssystematiek – ook voor particuliere verzekeraars – gebaseerd moeten worden op een abonnementsstelsel. Dit is ook in het belang van de particuliere verzekeraars, gelet op de beoogde versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Op basis van het totale kostenniveau van huisartsenhulp in enig jaar, kunnen de passende abonnementshoogten worden berekend (80% van het totale kostenniveau). Het gedifferentieerde abonnementsstarief kan vervolgens door partijen in COTG-verband worden vastgesteld.

Daarnaast is het de bedoeling dat in lokaal overleg tussen verzekeraars en huisartsen afspraken worden gemaakt over specifieke functies. Via functiegebonden opslagen en doelmatigheidsopslagen wordt de huisarts daarvoor gehonoreerd. Dit kan pas volledig tot zijn recht komen nadat de verzekeraar goed is gepositioneerd in zijn rol van lokale onderhandelaar. Tot die tijd is enige centrale regulering noodzakelijk. In COTG-verband kunnen afspraken worden gemaakt over type en omvang van deze functiegebonden opslagen. Gelet op de overgangsfase ligt het voor de hand de functiegebonden opslagen en doelmatigheidsopslagen limitatief te benoemen, met daaraan gekoppeld een rekenregel over het tarief dat maximaal mag worden gehanteerd bij een brede functie-uitoefening. De commissie stelt voor – gelet op de basis van 80% – een maximum te hanteren van 120% van het gedifferentieerde basisabonnement. Binnen deze bandbreedte bestaat vervolgens vrijheid om in lokaal overleg passende afspraken te maken tussen huisartsen en verzekeraars. Het is daarbij nadrukkelijk niet de bedoeling dat partijen hier op landelijk niveau tot afspraken komen. Juist afhankelijk van de benodigde breedte van de functie-uitoefening in een specifieke situatie, kan een passende honorering worden overeengekomen. De commissie gaat er vanuit dat verzeke-

raars hier belang bij hebben, omdat dit concrete mogelijkheden biedt om de positie van de generalistische zorgverleners te versterken.

De hierbovenomschreven benadering vereist het buiten werking stellen van de maximumtarieven voor de huisartsenzorg. Het is immers de bedoeling dat de honoreringsstructuur een vaste basis biedt met opslagen. Het landelijk overeengekomen basis-abonnementstarief is daarin een vast vertrekpunt. Via een rekenregel kan vervolgens worden vastgelegd dat bij uitoefening van allerlei extra functies en zeer doelmatig werken het maximaal overeen te komen tarief 120% van de basis bedraagt.

Een en ander betekent een wijziging van het besluit werkingssfeer WTG, waardoor huisartsenzorg buiten de systematiek van de maximumtarieven gaat vallen.

2.2 Bekostiging medische specialisten

De totstandkoming van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf vergt belangrijke aanpassingen in de contractuele relaties tussen verzekeraar, ziekenhuis en specialist. Essentie daarvan is dat de directe contract- en bekostigingsrelatie tussen specialist en verzekeraar (in de particuliere verzekering: patiënt) uiteindelijk zal verdwijnen. Daarvoor in de plaats komt een verbreding van de contractrelatie verzekeraar - ziekenhuis. Die contractrelatie zal straks betrekking hebben op het gehele medisch-specialistische bedrijf, dat wil zeggen ziekenhuis met inbegrip van de daar werkzame specialisten. Vanzelfsprekend vergt dat tegelijkertijd ook aanpassing van de contractrelaties binnen het ziekenhuis, in casu tussen specialist en ziekenhuisleiding. In bijlage 2 (paragraaf 3) is uitvoeriger ingegaan op deze wijzigingen in de contractrelaties.

Bij de invoering van de voorstellen met betrekking tot de honoreringsstructuur van vrijgevestigde medische specialisten gaat het om twee hoofdzaken:

- 1 verleggen van de bekostigingsstroom naar het ziekenhuis;
- 2 wijzigen van de honoreringsstructuur.

In schema kan dit als volgt worden weergegeven:

honorerings-structuur	bekostigingsrelatie	
	rechtstreeks naar specialist	via ziekenhuis
op basis van verrichtingen	A	B
op basis van gegarandeerd honorarium	C	D

Op dit moment bevinden we ons in vak A: beloning op basis van verrichtingen die rechtstreeks naar de specialist toevloeien.

De commissie stelt vak D als eindsituatie voor: een gegarandeerd honorarium voor de specialist, waarbij de bekostigingsstroom via het ziekenhuis loopt. In het navolgende wordt de route via vak B nader uitgewerkt.

Op hoofdlijnen onderscheidt de commissie daarbij een viertal stappen op weg naar het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf.

Stap 1 Verlegging bekostigingsrelaties

De commissie kiest er voor om als eerste stap de bekostiging van de medische specialist via het ziekenhuis te laten lopen. Dat betekent dat de specialist declareert bij het ziekenhuis en dus niet meer rechtstreeks bij de verzekeraar of patiënt. Het ziekenhuis declareert deze verrichtingen bij de verzekeraar/patiënt.

In deze fase blijft het verrichtingensysteem bestaan: de specialist wordt gehonoreerd volgens de huidige verrichtingensystematiek. In feite gaat het om een administratieve verlegging van het declaratiepunt.

Consequenties voor de regelgeving:

- in het verstrekkingenbesluit ex artikel 8 van de Ziekenfondswet¹ vindt een wijziging van de omschrijving van de verstrekkingen plaats. Deze wijziging dient er toe te leiden dat alle zorg die in of vanwege het medisch-specialistische bedrijf wordt ver-

¹ Voor zover medisch-specialistische zorg binnen het ziekenhuis onderdeel vormt van het verstrekkingenbesluit ex artikel 6 van de AWBZ geldt hetgeen hier wordt gezegd over de ZFW en ziekenfondsen mutatis mutandis ook voor de AWBZ en uitvoeringsorganen.

- strekt valt onder één verstrekking. Daarmee ontvalt de grondslag voor het op basis van artikel 44 ZFW moeten sluiten van overeenkomsten tussen ziekenfonds en medische specialist;
- via artikel 11 van de WVG wordt voorgeschreven dat zelfstandig declarerende medische specialisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis declareren aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis wordt vervolgens in staat gesteld de verrichtingen-declaraties van de medische specialist in rekening te brengen bij de verzekeraar c.q. de patiënt.

De overeenkomsten zoals die thans bestaan tussen respectievelijk verzekeraar (ziekenfonds) en ziekenhuis en tussen ziekenhuis en toegelaten medische specialist zullen tegelijkertijd aangepast moeten worden.

Met deze eerste stap ontstaat bij het ziekenhuis een volledig inzicht in het verrichtingen- en declaratiegedrag van de medische specialist. Dat is van nut in verband met de volgende stappen.

Stap 2 Overgang naar lump-sum honorering medische specialist

Ziekenhuis en specialisten komen vervolgens een lump-sum bedrag overeen, dat is gebaseerd op historische basis. Vervolgens maakt het ziekenhuis maandelijks ééntwaalfde deel van dit bedrag over naar de specialistenmaatschap. Dit bedrag is gelijk aan het omzetniveau van het gekozen basisjaar, dat wil zeggen inclusief de kosten van praktijkvoering, secretariële ondersteuning, arts-assistenten etc.

Het verrichtingensysteem blijft dan nog in administratieve zin bestaan: het ziekenhuis declareert deze verrichtingen aan de verzekeraar c.q. patiënt en verkrijgt daarmee de geldstroom om de specialisten te kunnen honoreren. De totale opbrengsten van die declaraties worden zodanig aangevuld respectievelijk verminderd dat deze gelijk zijn aan de totale omzet van de medische specialisten in het desbetreffende ziekenhuis in het ijkjaar. Binnen het ziekenhuis wordt de geldstroom die samenhangt met de honorering van de medische specialisten apart gehouden van het reguliere ziekenhuisbudget.

Het is aan partijen zelf te bepalen welke tijdsperiode wordt genomen tussen stap 1 en 2. Het is denkbaar dat deze twee opeenvolgende stappen in redelijk kort tijdsbestek worden gezet.

Stap 3 Aanpassing honoreringsstructuur medische specialisten

In de derde stap wordt in de relatie specialist - ziekenhuis de overgang gemaakt van de historische lump-sum benadering naar de systematiek van een basishonorarium met een variabele opslag. In COTG-verband zullen voor deze nieuwe honoreringsstructuur richtlijnen moeten worden vastgesteld. Dit geldt eveneens voor de vormgeving van een overgangsregeling.

Elke specialist werkzaam binnen het medisch-specialistische bedrijf ontvangt een basishonorarium. Dit basishonorarium is afgeleid uit een maatschappelijk aanvaardbaar inkomen voor de medische specialist. Het basishonorarium zal gemiddeld 80% bedragen van dit maatschappelijk aanvaardbaar geachte inkomen. In het basishonorarium wordt rekening gehouden met verschillen in werkdruk, onregelmatige werktijden en opleidingsduur (zie verder bijlage 4). Deze voorstellen zullen in COTG-verband nader gestalte moeten krijgen.

Aanvullend aan het basishonorarium ontvangt de specialist een individuele opslag. Deze wordt bepaald door het ziekenhuis. Deze opslag biedt de mogelijkheid om per specialist tot een 'honorering op maat' te komen. Zo is via de opslag rekening te houden met bijzondere taken (opleiding, samenwerking met de huisarts, managementtaken) of met bepaalde afspraken inzake kwaliteit en doelmatigheid.

Deze beide componenten – het basishonorarium en de individueel bepaalde opslag – vormen tezamen de opbouw van het honorarium van de specialist.

Voor zittende specialisten zal bovenop deze beide componenten van het nieuwe honoreringssysteem een tijdelijke toeslag kunnen worden gegeven, ter overbrugging van een eventuele kloof tussen het honorarium volgens de oude en de nieuwe structuur. De commissie vindt een overbruggingsperiode van vijf jaar redelijk. Afhankelijk van het honorarium op historische basis en het honorarium in de nieuwe structuur passen specialist en ziekenhuis de landelijke overgangsregeling toe. Ook voor specialisten die er op vooruitgaan in de nieuwe structuur zal een toegroeitraject gelden.

Hierbij wordt rekening gehouden met het niet langer voor rekening van de specialist komen van praktijkkosten, administratiekosten, assistent geneeskundigen in opleiding (agio's) en assistent geneeskundigen niet in opleiding (agnio's). Deze kosten neemt het ziekenhuis voor zijn rekening.

Tevens wordt in deze fase voor de individuele specialisten de hoogte van de goodwill-bedragen bepaald die voor omzetting in pensioen-aanspraken in aanmerking komen. Deze dienen te worden vastgelegd bij een pensioenfonds of verzekeraar. Hiervoor zal de landelijk vertegenwoordigende instantie van de specialisten, gezamenlijk met andere betrokken partijen, initiatief moeten nemen.

Dit impliceert dat vanaf dat jaar geen sprake meer is van goodwill-betalingen voor toetredende specialisten. Vanaf dat moment geldt voor toetredende specialisten de ingroeiregeling. Omtrent de precieze vormgeving van de ingroeiregeling ligt het voor de hand in COTG-verband tot landelijk uniforme afspraken te komen. Daarin kan worden geregeld de hoogte van het startniveau en de stapsgewijze ontwikkeling om in vijf jaar tot een 100%-honorering te komen.

Uit de gelden die het ziekenhuis hiermee bespaart is de afdracht te bekostigen aan het pensioenfonds. Op macro-niveau ontstaat dan uiteindelijk binnen het goodwillfonds gelijkheid tussen aanspraken en beschikbare middelen.

In deze fase kan vervolgens ook worden afgestapt van declaratie door het ziekenhuis voor medisch-specialistische hulp op basis van het verrichtingensysteem. Als eenmaal de honoreringsstructuur is gewijzigd, verdient het de voorkeur tegelijkertijd de verrichtingensystematiek als declaratietechniek te verlaten.

De bekostiging van de specialisten wordt toegevoegd aan de bekostigingsmethodiek van het ziekenhuis. Dit vormt derhalve het juiste moment om van start te gaan met de wijzigingen in de bekostigingsmethodiek van het ziekenhuis, waar de eerste (overgangs-) stap is gebaseerd op fixatie van het historisch kostenniveau.

De inkomsten en uitgaven ten behoeve van de medisch-specialistische zorg blijven binnen het ziekenhuis nog gescheiden van de overige geldstromen. Uit dit budget voor de medisch-specialistische zorg bekostigt het ziekenhuis:

- het basishonorarium van de aan het ziekenhuis verbonden specialisten (vastgelegd in COTG-richtlijnen, inclusief ingroeiregeling jonge specialisten);
- de aan de individuele specialist toegekende opslag (bepaald door het ziekenhuis zelf);
- de voor rekening van het ziekenhuis komende praktijkkosten en kosten van agio's en agnio's;
- de middelen die noodzakelijk zijn om aan de zittende specialisten een 'overbruggings-toeslag' toe te kennen (op basis van COTG-richtlijnen);
- afdracht aan het pensioenfonds voor ingroeïende specialisten.

Stap 4 Geïntegreerd budget medisch-specialistisch bedrijf

In de vierde stap komt volledige integratie in de bekostiging tot stand. De kosten voor medisch-specialistische hulp en de bekostiging van het ziekenhuis worden geïntegreerd. Dat is gekoppeld aan de ontwikkeling van produktomschrijvingen voor het medisch-specialistische bedrijf. In die produktomschrijvingen zijn alle aan het produkt verbonden kostenelementen (kosten specialist, verpleging, gebruik apparatuur, hotel-functie etc.) vervat.

Deze laatste stap is qua invoeringsmoment afhankelijk van het moment waarop voor de ziekenhuisbekostiging de overgang naar produktprijzen kan worden gemaakt. Daarmee wordt toegewerkt naar een bekostigingssysteem voor het medisch-specialistische bedrijf dat steeds meer berust op produktprijzen (stappen 3 en 4 invoeringstraject bekostiging ziekenhuizen). Verzekeraars onderhandelen met het ziekenhuis over prijzen en volumeafspraken. Daarvoor is van groot belang dat verzekeraars zodanig zijn gepositioneerd dat zij een nadrukkelijk belang (meer dan thans) hebben bij kostenbeheersing.

Tot slot

In het bovenstaande is een aantal stappen beschreven op weg naar een geïntegreerde bekostiging van het medisch-specialistische bedrijf met een gewijzigde honoreringsstructuur voor medische specialisten.

De commissie acht dit niet de enig mogelijke invoeringsroute. Zoals uit het eerder gepresenteerde schema blijkt, is het eveneens denkbaar dat eerst de honoreringsstructuur wordt aangepast in gezamenlijk overleg tussen specialisten, ziekenhuis en verzekeraar en pas daarna integratie van de bekostigingsstromen ten behoeve van medisch-specialistische hulp en ziekenhuis plaatsvindt. In een aantal lokale experimenten wordt thans deze weg gevolgd.

De commissie adviseert hiervoor ruimte te bieden, onder de conditie dat de verschillende invoeringstrajecten uiteindelijk wel leiden tot de beschreven eindsituatie (in het schema: vak D).

2.3 Bekostigingssystematiek ziekenhuizen

De commissie staat met betrekking tot de bekostiging van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf uiteindelijk een systeem van produktprijzen voor ogen. Dit betekent dat partijen in lokaal overleg afspraken maken over prijzen en te leveren volumina aan zorg. Deze eindsituatie valt pas te realiseren nadat de verzekeraars voldoende verantwoordelijkheid dragen voor de kostenontwikkeling.

Vanzelfsprekend hebben ziekenhuizen enige tijd nodig om tot een systeem van produktprijzen, met daaraan ten grondslag liggende interne kostprijsberekeningen, te komen. Daarom lijkt het logisch te starten met de wijzigingen in de bekostigingsmethodiek van medische specialisten en ondertussen binnen het ziekenhuis te werken aan de ontwikkeling van een systeem van kostprijzen. Vervolgens kan de bekostigingsmethode van ziekenhuizen worden gewijzigd. In het onderstaande wordt een mogelijk invoeringstraject langs een aantal stappen geschetst.

Stap 1 Van functiegerichte budgettering naar vaste budgetten

De commissie heeft een aantal bezwaren ten aanzien van de functiegerichte budgettering en staat een bekostigingsmethodiek voor die ook in de feitelijke praktijk meer flexibiliteit biedt. Er van uitgaande dat de functiegerichte budgettering op zich heeft geleid tot een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen over de ziekenhuizen, kan het hieruit resulterende totaalbudget als vertrekpunt worden gehanteerd. Dit betekent dat het ziekenhuis een vast budget op historische basis krijgt, waarbinnen vrijheid van aanwending geldt. Deze meer globale wijze van budgetbepaling betekent meer vrijheid voor het ziekenhuis met betrekking tot de vaststelling van het aantal benodigde bedden en een aantal benodigde specialisten.

Deze stap vereist wijzigingen in de richtlijnen ten aanzien van de budgetbepaling van ziekenhuizen. In feite worden de FB-richtlijnen vervangen door een richtlijn waarin wordt bepaald dat ziekenhuisbudgetten (vooralsnog) op historisch niveau worden bepaald. Hiertoe dienen in COTG-verband de benodigde stappen te worden ondernomen.

De declaratiemethodiek kan in deze eerste stap ongewijzigd blijven.

Stap 2 Van verpleegprijs via verwijsprijs op weg naar kostprijs

In de tweede stap wordt de declaratiemethodiek vereenvoudigd. Niet meer de verpleegprijs, maar de verwijsprijs wordt kostendrager.

De budgetvaststelling geschiedt nog op historische basis (met indexatie). Op grond van deze historische basis kan met behulp van de volgende eenvoudige rekensom de prijs per verwijzing worden bepaald:

$$\frac{\text{(ziekenhuisbudget + kosten specialistische hulp) op historische basis}}{\text{aantal verwezen patiënten}} = \text{prijs per verwijzing}$$

Deze prijs per verwijzing is gerelateerd aan de verwijskaart, die de geldigheid van één jaar heeft. Een patiënt kan via de verwijskaart voor een bepaald specialisme éénmaal per jaar worden verwezen. Daarbij is niet relevant of het een poliklinische of een klinische verwijzing betreft.

De verwijskaart geldt voor het kalenderjaar, behandelplicht voor het ziekenhuis geldt voor 365 dagen.

De prijs is volledig ongedifferentieerd: voor alle specialismen en typen behandelingen geldt in eerste instantie dezelfde verwijsprijs. De verwijsprijs dient in deze fase vooral als declaratiemethode voor het ziekenhuis.

Verzekeraar en ziekenhuis gaan uit van het ziekenhuisbudget op historische basis. Daaraan worden de kosten van medisch-specialistische hulp op historisch niveau aan toegevoegd (afronding stap 3 invoeringstraject bekostiging medische specialisten). Dat is bepalend voor de totale budgetafpraak tussen verzekeraar en ziekenhuis. Alleen grote verschuivingen in verwijzingsstromen tussen de verschillende ziekenhuizen zullen leiden tot wijzigingen in de budgethoogten.

Stap 3 Van uniforme verwijsprijs naar verwijsprijs per specialisme

Ook in de derde stap is de bepaling van de budgethoogte nog gekoppeld aan het budget op historisch niveau. Geleidelijk ontstaat verfijning binnen dit budget naar budgetten per specialisme. Tegelijkertijd krijgt men binnen het ziekenhuis meer zicht op de kostprijzen. Hierdoor wordt een differentiatie van de verwijsprijs per specialisme mogelijk. Deze verwijsprijs wordt dan uit twee stukken opgebouwd: een generiek ziekenhuisdeel ten behoeve van de infrastructuur en overige niet per specialisme gedifferentieerde kosten en een specifiek deel, waarin de hoogte per specialisme wordt bepaald. Het tweede deel is dan de all-inn prijs voor de uitoefening van een specifieke functie, bijvoorbeeld gynaecologie.

Aan het generieke ziekenhuisdeel ten behoeve van infrastructuur ligt een landelijke normering ten grondslag voor instandhouding en onderhoud. Hieromtrent worden in COTG-verband afspraken gemaakt.

Stap 4 Naar productprijzen

Uiteindelijk wordt in de laatste stap het historisch bepaalde budgetniveau losgelaten. Zoals al aangegeven, kan deze laatste stap pas worden gezet nadat de verzekeraars meer nadrukkelijk in de rol van tegenspeler in de onderhandelingen met de zorgaanbieders zijn gepositioneerd. Dit betekent dat zij een rechtstreeks belang bij kostenbeheersing moeten hebben. Ziekenhuis en verzekeraar gaan afspraken maken over te hanteren prijzen en over het volume aan te leveren zorg. Zo resulteert in totaliteit wel een budgetafpraak vooraf, waarbinnen het ziekenhuis een grote mate van vrijheid in de aanwending van de middelen heeft. Vanzelfsprekend dient over de geleverde productie verantwoording te worden afgelegd aan de verzekeraar.

In de vierde fase wordt de uniforme verwijsprijs per specialisme gedifferentieerd naar een beperkt aantal hoofdcategorieën van produkten. Deze produkten zijn gebaseerd op geïntegreerde behandelingsprocessen. Indien onderscheid wordt gemaakt tussen wel en geen operatie en twee à drie zwaartecategorieën ontstaan circa vijf behandelingscategorieën per specialisme. Daarin zit dan eveneens het voor- en nabehandelingstraject verdisconteerd. In totaliteit resulteren dan zo'n 60 tot 80 produkten van het ziekenhuis, die een goede afspiegeling vormen van het reguliere ziekenhuiswerk.

Het bovenstaande traject heeft betrekking op de prijsvorming rond de reguliere zorgverlening. De commissie is van mening dat rond topzorg en topreferentiezorg een separate prijsstelling is vereist. Gelet op de beperkte spreiding hiervan ligt het voor de hand hiervoor een landelijk uniforme prijsstelling in COTG-verband vast te stellen.

Tot slot

Met de hier beschreven stappen heeft de commissie een mogelijke route aangeduid om tot een systematiek van produktprijzen te komen. Op grond van pragmatische overwegingen worden de huidige ziekenhuisbudgetten voor de overgangperiode op historisch niveau bepaald. In deze tijd kan men zich voorbereiden op de nieuwe systematiek en kan de integratie van de bekostiging van de medische specialistische hulp plaatsvinden.

Het is zeer wel denkbaar dat de overgang ook op andere wijze gestalte kan krijgen. Indien partijen aan een andere route de voorkeur geven waarlangs invoering kan worden gerealiseerd dienen hiervoor de mogelijkheden te worden geboden. Voor de commissie is vooral het einddoel van belang: geventueerde bekostiging op basis van produktprijzen.

3 Capaciteitsbepaling

3.1 Capaciteit ziekenhuisvoorzieningen

De commissie-voorstellen betekenen een vergroting van de verantwoordelijkheid van partijen voor het bepalen van de capaciteit aan ziekenhuisvoorzieningen en het bouwbeleid. Daarbij worden twee stappen onderscheiden.

Stap 1 Eigen verantwoordelijkheid instandhoudingsbouw

In deze eerste stap wordt de verantwoordelijkheid voor bouwactiviteiten die betrekking hebben op instandhouding van de bestaande capaciteit overgedragen aan het ziekenhuis. Binnen de huidige kaders van de WZV kan dat door verruiming van de melding. Door van deze mogelijkheid zo ruim mogelijk gebruik te maken kan alle instandhouding, met uitzondering van de vervangende nieuwbouw, onder de meldingsprocedure gebracht worden. Daarmee ontvalt voor de instelling de noodzaak om een volledige WZV-vergunningsprocedure te doorlopen en kan worden volstaan met een administratieve melding.

De bekostiging van de met deze instandhoudingsbouw gepaard gaande kosten gebeurt door in het ziekenhuisbudget normatief een hiervoor bestemd bedrag op te nemen. In de ingroeifase zal rekening moeten worden gehouden met specifieke (historische) verschillen tussen ziekenhuizen.

Stap 2 Toenemende verantwoordelijkheid voor uitbreidingen

In een volgende stap treedt de overheid ook verder terug ten aanzien van de uitbreidingsbouw. Deze stap is gekoppeld aan de toenemende verantwoordelijkheid die zorgverzekeraars zullen gaan bekleden in het stelsel van zorg. Op het moment dat zorgverzekeraars een duidelijke kostenverantwoordelijkheid en zorgplicht hebben, past het om hen ook een belangrijke rol te geven in de capaciteitsbepaling. Dit vergt een aanzienlijke inperking van de WZV. Uiteindelijk beperkt de WZV zich tot het reguleren van de toelating van een nieuw, respectievelijk de sluiting van een bestaand ziekenhuis in het kader van de basisverzekering. Verzekeraars zijn vrij in het wel of niet contracteren van de ziekenhuizen.

Om deze tweede stap verantwoord te kunnen zetten, zal de overheid gelijktijdig moeten voorzien in kwaliteitsregelgeving ten aanzien van de zorgvoorzieningen. Vooral het bouwbesluit op basis van de Woningwet en de aanstaande kwaliteitswet zorginstellingen zijn daarbij van belang. Tevens dient de overheid voldoende middelen aan de zorgverzekeraars beschikbaar te stellen om de noodzakelijke bouw te kunnen bekostigen. Objectief inzicht in de bouwkundige situatie, de ontwikkelingen in de zorg en de daaruit voortvloeiende bouwbehoefte is daarbij gewenst.

De overheid behoudt regelgeving voor het toewijzen van specifieke ziekenhuisfuncties. Dat betreft in ieder geval de topzorg, topreferentiezorg en specifiek voor de academische ziekenhuizen de onderwijs- en onderzoeksfunctie. De overheid wijst deze functies toe. Bekostiging vindt plaats op grond van COTG-richtlijnen.

3.2 Capaciteit artsen

Het vaststellen van de opleidingscapaciteit voor de medische vervolgoopleidingen moet uiteindelijk de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen worden. De commissie koerst aan op een vormgeving die op hoofdlijnen overeenkomt met de organisatie en financiering van de beroepsopleiding voor huisartsen.

Verzekeraars dienen landelijk een fonds te voeden van waaruit de opleidende instanties een tegemoetkoming voor het uitoefenen van de opleidingsfunctie ontvangen. De bepaling van de vereiste opleidingscapaciteit moet worden bepaald door de direct betrokken landelijke organisaties (artsen, ziekenhuizen en – mede in verband met de bekostiging – de verzekeraars). Tevens beveelt de commissie aan hierbij externe deskundigen in te schakelen. De commissie heeft niet een precieze uitwerking voorhanden van deze veranderingen ten aanzien van de capaciteitsbepaling van artsen. Zij roept partijen op hier gezamenlijk een aanpak voor te bepalen.

Binnen het ziekenhuis wordt het aantal daar werkzame specialisten bepaald door de ziekenhuisleiding in overleg met intern betrokkenen. Het aantal specialisten (evenals het aantal bedden) vormt niet langer meer een parameter in het kader van de budgettering van het ziekenhuis. Daarmee ontvalt de directe noodzaak voor een erkenningbeleid ten aanzien van specialisten en aantal bedden. Bepalend zal zijn de vraag wat het ziekenhuis haalbaar en noodzakelijk acht gegeven de zorgverleningsafspraken met de verzekeraar.

4 Kwaliteit, inzicht en toetsing

4.1 Kwaliteitsbeleid

Het is van belang dat vanuit de beroepsgroepen een actief kwaliteitsbeleid wordt gevoerd. Uit de informatie die aan de commissie is verstrekt, is gebleken dat er op dit terrein al zeer veel gaande is.

Belangrijk element is de ontwikkeling van standaarden. De beroepsgroepen dienen een actief beleid te voeren om te komen tot de ontwikkeling van standaarden. Door de standaarden openbaar te maken is het vervolgens ook voor anderen (bijvoorbeeld patiënten en verzekeraars) mogelijk om deze als een referentiepunt te hanteren.

Andere elementen die voor een kwaliteitsbeleid van belang zijn, zijn een goed opleidingsbeleid (inclusief bij- en nascholing) en een systeem van visitatie. Door middel van visitatie is toe te zien op de toepassing van het kwaliteitsbeleid in de werkpraktijk. De uitkomsten dienen uiteindelijk gevolgen te hebben voor de herregistratie van de arts.

Kwaliteitsbeleid is in eerste instantie een zaak van de artsen en instellingen zelf. De (landelijke) beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen vervullen daarbij een belangrijke stimulerende en faciliterende taak.

4.2 Inzicht en toetsing

Objectieve en onafhankelijke informatie is een absolute noodzaak in de gezondheidszorg. De zorgaanbieders zullen daar ook zelf belang bij hebben voor hun kwaliteitsbeleid en het afleggen van verantwoording aan derden.

Voor zover deze regelgeving nog ontbreekt of onvoldoende is, zal de overheid via wetgeving voorschriften moeten geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van de vereiste informatie en de wijze waarop die moet worden vastgelegd. Het gaat hier om de informatie die nodig is voor de landelijke beleidsvoering en het toezicht op de curatieve zorg. Voor deze uitvoerende taken op het terrein van de informatievoorziening en het toezicht stelt de overheid een Raad voor de medische zorg in.

6 Overzicht van instanties

Overzicht van instanties waarmee de Commissie modernisering curatieve zorg heeft gesproken

Adviesorganen

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg

College voor Ziekenhuisvoorzieningen

Gezondheidsraad

Nationale Raad voor de Volksgezondheid

Ziekenfondsraad

Koepelorganisaties

Federatieve Vereniging van Specialisten in Academische Ziekenhuizen

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Kontaktkommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren

Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars

Landelijke Huisartsen Vereniging

Landelijke Specialisten Vereniging

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie

Nederlandse Specialisten Federatie

Nederlands Specialisten Genootschap

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Vereniging van Academische Ziekenhuizen

Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars

Wetenschappelijke Verenigingen

Nederlandse Internisten Vereniging
Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde
en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Klinische Neurofysiologie
Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
Nederlandse Vereniging voor Neurologie
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
Nederlandse Vereniging voor Pathologie
Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek
Nederlandse Vereniging voor Urologie

Diversen

Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties
Vakcentrale voor Middelbaar en Hoger Personeel

