

Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten

Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi)

Het NZi verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek voor het management van instellingen in de intramurale gezondheidszorg en de extra- en semimurale sectoren die hiermee een raakvlak hebben. Uitgangspunt daarbij is instellingen te ondersteunen bij het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Activiteiten van het NZi bestaan uit onderzoek, ontwikkeling, begeleiding en evaluatie van innovatieve projecten. Het NZi ondersteunt mede de landelijke beleidsontwikkeling van de Nederlandse Zorgfederatie (NZf) en de aangesloten verenigingen. In samenwerking met NZf|Consult ontwikkelt en verzorgt het NZi opleidingsprogramma's. Het NZi werkt, in samenwerking met het veld, aan onderzoeksprogramma's van de overheid, adviesorganen en koepelorganisaties. Tevens verzamelt, bewerkt en analyseert het NZi gegevens van instellingen en verwerkt deze in landelijke statistieken en kwantitatieve informatie voor het management.

Bezoekadres: Oudlaan 4
Postadres: Postbus 9697
3506 GR Utrecht
Telefoon: 030 - 739911
Telefax: 030 - 739560

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Het NIVEL is een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het NIVEL doet vooral onderzoek op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van WVC, Patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen. Sinds 1970 doet het NIVEL (toen nog NHI) onderzoek in en rond de huisartsenpraktijk. Ook met de "Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisarts-praktijk" is de huisarts onderwerp van onderzoek gebleven. Het NIVEL heeft haar onderzoeksterrein de laatste jaren echter verbreed tot de gehele eerstelijnsgezondheidszorg en haar relatie met de tweede lijn: internationaal vergelijkend onderzoek, beroepskrachtenplanning, communicatie tussen hulpverlener en cliënt, kwaliteit van zorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, paramedische beroepen en verloskundigen. Het wegvallen van de grenzen tussen eerste- en tweede lijn betekent voor het NIVEL een voortzetting van de lijn van verbreding van het onderzoeksterrein. Naast het doen van onderzoek, beheert het NIVEL een aantal registratiesystemen, een vrij toegankelijke bibliotheek met documentatie-service en organiseert het NIVEL (internationale) congressen.

Bezoekadres: Drieharingenstraat 6
Postadres: Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon: 030 - 319946
Telefax: 030 - 319290

Drukwerk: Grafische Dienst NZf, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

1.	Inleiding	1
DEEL I: POSITIES		2
2.	De positie van de huisarts	3
3.	De positie van de medisch specialist	12
4.	De positie van het ziekenhuis	18
DEEL II: ONDERLINGE RELATIES		29
5.	De relatie huisarts-specialist	30
6.	De relatie huisarts-ziekenhuis	36
7.	De relatie ziekenhuis-specialist	41
DEEL III: RELATIES MET VERZEKERAARS		47
8.	De relatie huisarts-verzekeraars	48
9.	De relatie specialist-verzekeraars	52
10.	De relatie ziekenhuis-verzekeraars	57
11.	Nabeschouwing	63

LITERATUUR

Bijlage

1. INLEIDING

Ten behoeve van de Commissie 'Modernisering Curatieve Zorg' is een verkenning uitgevoerd van relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten op het terrein van de huisartsenzorg, de medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg, inclusief de onderlinge relaties en de relaties tot de zorgverzekeraars. Deze verkenning heeft tot doel om de commissie inzicht te verschaffen in relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten op het terrein van de curatieve zorg, op grond waarvan weloverwogen keuzes kunnen worden gemaakt voor een aantal meer in de diepte uit te werken vraagstukken.

De Commissie Modernisering Curatieve zorg heeft als taakopdracht 'onderzoek naar en advisering over de positionering van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg'. Conform de opdracht van de commissie beperkt dit rapport zich tot de curatieve zorg en de relatie van die curatieve zorg tot de verzekeraars. Verpleging en verzorging blijft grotendeels buiten beschouwing, hoewel dat natuurlijk ook een belangrijk aspect van ziekenhuiszorg is. Ook de relaties aanbieder/patiënt en patiënt/verzekeraar komen in dit rapport niet of slechts terzijde aan de orde.

Het rapport gaat over de huisarts, de specialist en het ziekenhuis. In deel I wordt de positie van deze drie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in drie afzonderlijke hoofdstukken geschetst. Het tweede deel handelt over de onderlinge relaties met hoofdstukken over de relatie huisarts-specialist, de relatie huisarts-ziekenhuis en de relatie ziekenhuis-specialist. In deel III komen de relaties van respectievelijk de huisarts, de medisch specialist en het ziekenhuis met de verzekeraars aan de orde.

Elk hoofdstuk kent een gelijke opbouw. Eerst wordt een aantal feiten gegeven die de betreffende posities of relaties karakteriseren. Vervolgens worden enkele van belang geachte recente ontwikkelingen beschreven. Tenslotte worden puntsgewijs de belangrijkste knelpunten opgesomd. Aan het eind van deze verkenning worden die knelpunten nog eens voor het gehele beschreven gebied op een rij gezet.

De opdracht tot het uitvoeren van deze verkenning is door het secretariaat van de commissie verstrekt aan het NIVEL en het NZI op 10 februari 1993. Een eerste concept is met het secretariaat van de commissie besproken op 23 februari.

Van de zijde van het NIVEL zijn de volgende personen als auteur bij het totstandkomen van het notitie betrokken: dr. D.H. de Bakker, L.J. Stokx, arts, mw. drs. D.M.J. Delnoy. Commentaar op verschillende versie's is gegeven door prof. dr. J. van der Zee en prof. dr. P.P. Groenewegen.

Van de zijde van het NZI zijn de auteurs drs. A.J.J. van der Kwartel, dr. J.K. van Dijk, drs. L.J.R. Vandermeulen en drs. C.C.M. Wiggers. De auteurs zijn per hoofdstuk vermeld.

De eindredactie is verzorgd door dr. D.H. de Bakker (NIVEL) en drs. A.J.J. van der Kwartel (NZI).

Utrecht, 7 april 1993.

DEEL I: POSITIES

In dit eerste deel worden de posities van huisarts, medisch specialist en ziekenhuis in het zorgstelsel beschreven. Ingegaan wordt op formele taken en bevoegdheden, aantallen beroepsbeoefenaren/instellingen, organisatievormen en relevante regelgeving. Naast feiten worden enkele van belang geachte ontwikkelingen beschreven en worden de voornaamste knelpunten geïnventariseerd. De onderlinge relaties en de relaties met de verzekeraars blijven hier buiten beschouwing; deze komen in deel II en III aan bod.

2. DE POSITIE VAN DE HUISARTS

Dr. D.H. de Bakker (NIVEL)

2.1. Inleiding

In de extramurale hulpverlening is de huisarts verantwoordelijk voor de algemene, medische zorg. Hij geeft persoonlijke, integrale en continue zorg aan een vaste praktijkpopulatie. Persoonlijke zorg, omdat huisarts en patiënt als personen op elkaar zijn betrokken, integraal omdat lichamelijke aspecten niet los worden gezien van psychosociale en continu omdat de hulpverlening niet geïsoleerd per contact wordt bekeken, maar wordt geplaatst in de context van de levensloop van de patiënt. De hulpverlening van de huisarts heeft een generalistisch karakter. Eerst wordt getracht de hulpvraag te verduidelijken om vervolgens te bevorderen dat passende hulpverlening wordt geboden. Behandeling vindt, voor zover liggend binnen de competentie van de huisarts, zoveel mogelijk door de huisarts zelf plaats. Deze positie van de huisarts is sinds 1983 formeel vastgelegd in het Basistakenpakket (LHV, 1987).

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de positie die de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt. De belangrijkste knelpunten en waarschijnlijke toekomstige ontwikkelingen komen daarbij aan de orde.

2.2. Feiten

de huidige positie van de huisarts

Om huisarts te worden dient na het artsexamen een beroepsopleiding te worden gevolgd die momenteel 2 jaar duurt. Na voltooiing van de beroepsopleiding vindt registratie als huisarts plaats. Na vijf jaar vindt herregistratie plaats, als men kan aantonen dat men in de tussentijd het beroep huisarts tenminste voor een bepaalde tijd heeft uitgeoefend.

Tabel 2.1 Ontwikkeling aantallen zelfstandig gevestigde huisartsen, instroom en uitstroom sinds 1982

	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92
huisartsen	5485	5598	5746	5909	6179	6220	6288	6332	6391	6465	6535
inwoners per huisarts	2605	2562	2505	2446	2351	2350	2340	2338	2330	2322	2315
uitstroom	174	183	157	185	124	144	174	159	256	206	
instroom	287	331	320	455	165	212	218	218	330	276	

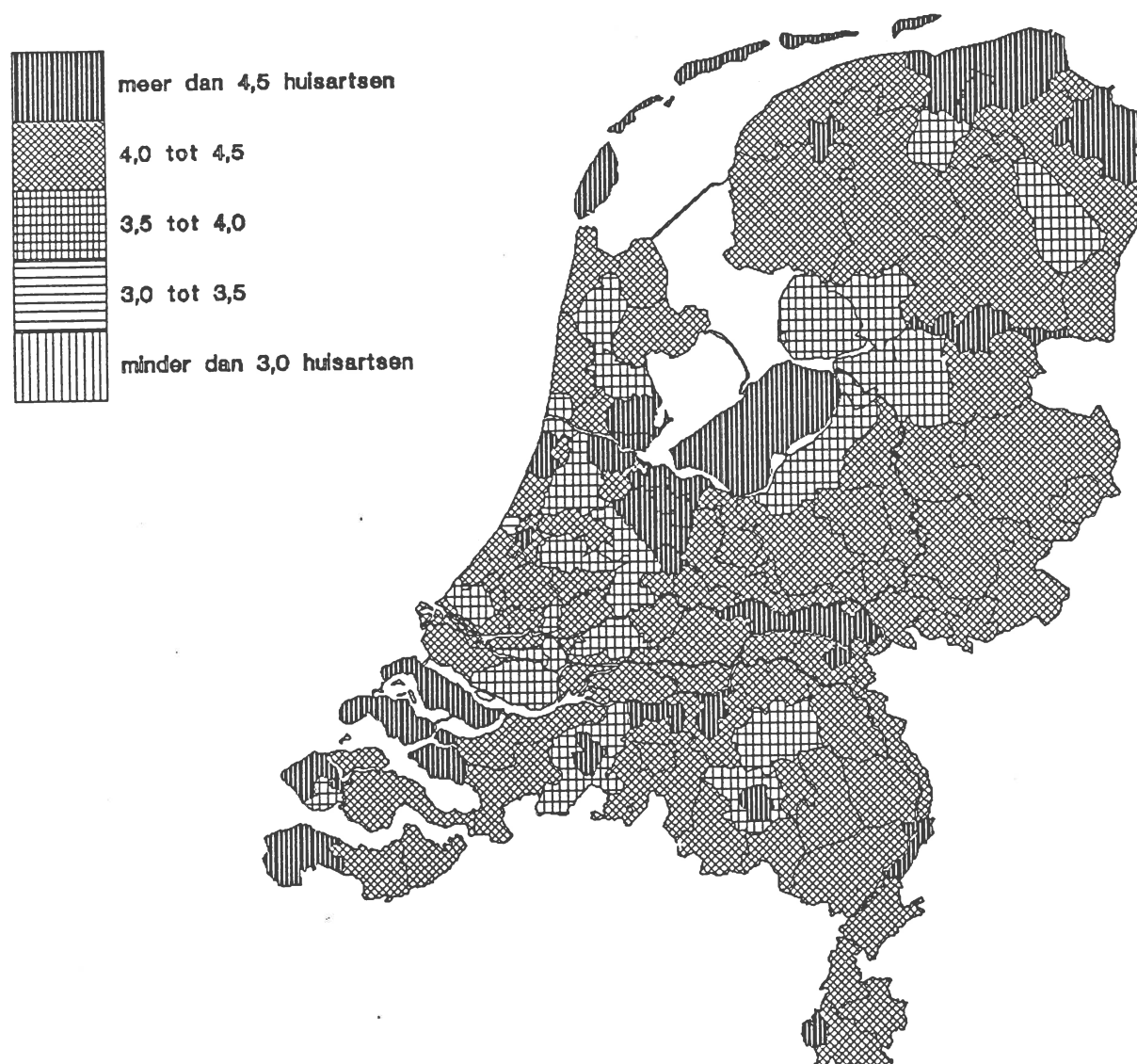
Bron: Hingstman, Pool, 1993

Op 1 januari 1992 waren in Nederland 6535 zelfstandig gevestigde huisartsen werkzaam (tabel 2.1). Dat betekent dat er op dat moment één zelfstandig gevestigde huisarts op iets meer dan 2300 inwoners was. De afgelopen 10 jaar is het aantal huisartsen in Nederland sterker gegroeid dan de bevolking, want in 1982 bedroeg het aantal inwoners per huisarts nog ruim 2600. De afgelopen vijf jaar is de groei van het aantal inwoners per huisarts minder snel geweest dan de vijf jaar daarvoor. Dit wordt veroorzaakt doordat de instroom in de periode 1982 tot 1986 hoger lag dan in de

afgelopen vijf jaar. Die instroom wordt mede bepaald door de opleidingscapaciteit die sinds de verlenging van de opleidingen (in 1988) van één naar twee jaar is gehalveerd tot 280 per jaar. Niettemin is in Nederland het aantal inwoners per huisarts het hoogste in Europa¹.

De huisartsen zijn niet volledig gelijkmatig over Nederland verspreid zoals figuur 2.1 laat zien. De afgelopen jaren is de spreiding over Nederland, mede onder invloed van het wettelijk vestigingsbeleid huisartsen, wel gelijkmatiger geworden (Hingstman, 1988). De wettelijke vestigingsregeling is echter recentelijk afgeschaft. Daarmee zijn er ook geen wettelijke normen meer voor de maximale en minimale omvang van de praktijkomvang. De Landelijke Huisartsen Vereniging hanteert als richtlijnen een minimale omvang van 800 en een maximale omvang van 2750.

Figuur 2.1 Aantal huisartsen per 10.000 inwoners in 1992 per Economisch Geografisch Gebied



Bron: Hingstman, Pool, 1993

¹ Het aantal inwoners per huisarts was in 1985 in België 725, in Frankrijk 1150, in Duitsland 2030, in het Verenigd Koninkrijk 1950, in Denemarken 1750 en in Nederland toen nog 2400 (Groenewegen et al, 1991).

Bijna 14% van de huisartsen in Nederland is van het vrouwelijk geslacht. Het percentage vrouwen in het beroep is de afgelopen jaren toegenomen (in 1970 was het nog 4% en in 1980 7%). Een verdere toename ligt in het verschiet, want van de huisartsen in opleiding is meer dan de helft van het vrouwelijk geslacht. Ruim 61% van de vrouwelijke huisartsen is jonger dan 40 jaar. Bij de mannelijke huisartsen ligt dit percentage op 29%.

Tabel 2.2 Ontwikkeling percentage zelfstandig gevestigde huisartsen in een solo-praktijk, in een gezondheidscentrum en apotheekhoudend sinds 1982

	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92
solo	69	67	65	62	59	57	56	55	55	54	53
gezondheidscentrum	6	6	7	7	7	7	7	8	8	8	9
apotheekhoudend	19	18	17	15	14	13	12	12	12	11	11

Bron: Hingstman, Pool, 1993

Ruim de helft (53%) van de zelfstandig gevestigde huisartsen voert een praktijk alleen (tabel 2.2). Dit percentage is de afgelopen 10 jaar afgenomen, vooral ten faveure van duo- en groepspraktijken (toename van 25% in 1982 tot 38% in 1992). Ook het percentage huisartsen werkzaam in gezondheidscentra is licht gestegen, wat zowel het resultaat is van een toename van het aantal centra als een toename van het aantal huisartsen per centrum (Pool, 1992). Het percentage huisartsen werkzaam in een solo-praktijk ligt boven dat in het Verenigd Koninkrijk waar nog slechts 10% als solist werkt, maar is aanzienlijk lager dan in landen als Frankrijk, België en Italië met respectievelijk 70, 95 en 99% solisten (Groenewegen et al, 1991).

Een geleidelijk aan afnemend percentage huisartsen exploiteert zelf een apotheek. Het percentage apotheekhoudende huisartsen bedroeg in 1992 11%. Deze apotheekhoudende huisartsen zijn geconcentreerd op het platteland, waar onvoldoende draagvlak is voor een apotheek. Er bestaan landelijke afspraken tussen huisartsen- en apothekersorganisaties over het minimaal benodigde draagvlak voor een apotheek (op het moment 8000 inwoners).

Een vergelijkbare tendens zien we bij de verloskunde. Op dit moment bedraagt het percentage huisartsen dat zelfstandig bevallingen doet nog 25% (Hingstman, Riteco, 1993). Niet-medisch geïndiceerde bevallingen worden indien een verloskundige in de regio is gevestigd volgens de Ziekenfondswet alleen vergoed als zij worden uitgevoerd door de verloskundige. In dun bevolkte gebieden, waar het draagvlak voor een verloskundige te gering is, doen de huisartsen de bevallingen. Op dit moment neemt de huisarts 15% van de bevallingen voor zijn rekening. Dit percentage vertoont een dalende tendens door een toename van het aantal 'medische indicaties' en een toenemend marktaandeel van de verloskundige.

organisatiestructuur

Er zijn twee landelijke organisaties van huisartsen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) richt zich op belangenbehartiging, ondersteuning en de organisatie van deskundigheidsbevordering. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) houdt zich vooral bezig met de ontwikkeling van het huisartsenberoep in inhoudelijke zin (circa 2/3 van de huisartsen is lid van het NHG).

Van de LHV is circa 95% van de zelfstandig gevestigde huisartsen lid (opgave LHV). De organisatie kent naast verschillende niveaus. De ruim 80 Regionale Huisartsen Verenigingen houden zich vooral bezig met de inhoudelijke relaties van de huisartsen met andere gezondheidszorgvoorzieningen. Deze worden overkoepeld door 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Deze DHV's

hebben een professionele staf en houden zich onder meer bezig met de onderhandelingen met verzekeraars en het vestigingsbeleid. De districten zijn het aanspreekpunt van de huisarts in de regio. Op landelijk niveau houdt de LHV zich bezig met het beleid voor de hele beroepsgroep.

financiering

Tot voor kort bestond er een wettelijke basis voor de overheid om een inkomensbeleid voor huisartsen te voeren met behulp van zogeheten norminkomens (de WIVB: de Wet Inkomen Vrije Beroepsbeoefenaren). Het norminkomen voor huisartsen is gekoppeld aan een normpraktijk: het aantal ingeschreven patiënten (zowel ziekenfonds als particulier verzekerd) met behulp waarvan onder de geldende tarieven² het norminkomen kan worden verdiend. Deze 'rekennorm' is in het kader van het beleid ter versterking van de eerste lijn geleidelijk aan gedaald van 2600 naar 2500 patiënten in 1983, van 2500 naar 2400 in 1985 en vervolgens naar 2350³ in 1986 (Baaijens, 1988, De Hoog, 1988). De WIVB is enige jaren geleden ingetrokken. Het norminkomen is toen vastgesteld op het niveau van 1987 en wordt sindsdien jaarlijks geïndexeerd. Sturing is mogelijk door middel van een aanwijzing door de staatssecretaris van WVC of door betrokken partijen, als uit het Financieel Overzicht Zorg blijkt dat de kosten voor huisartsenzorg te hoog worden. Een dergelijke aanwijzing is bij de huisarts nog niet voorgekomen, maar wel bij de fysiotherapie en de medisch specialist.

De tarieven zijn formeel opgebouwd uit een kostendeel (praktijkkosten, salaris van assistente en dergelijke), een deel voor sociale voorzieningen en een netto honorariumdeel (Heesters, 1983, Baaijens, 1988). In de praktijk is de huisarts vrij in de besteding van zijn praktijkinkomsten. Met andere woorden, omdat in het tarief rekening is gehouden met de kosten van het aanstellen van een praktijkassistent, is de huisarts nog niet verplicht een assistente in dienst te nemen.

Een internationale vergelijking van huisartseninkomens leert dat de Nederlandse huisarts met een inkomen van 66.900 ECU of ruim 150.000 gulden (na aftrek van kosten en koopkrachtcorrectie, maar zonder aftrek belasting) in 1985 na de huisarts in Duitsland (inkomen 79.100 ECU) en Oostenrijk (69.500 ECU) de derde plaats inneemt (Groenewegen et al, 1991). De ontwikkeling van de kosten van huisartsenzorg zijn weergegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Kostenontwikkeling huisartsgeneeskundige hulp

	'87	'88	'89	'90	'91	gem. groei
miljoenen gulden	1674	1796	1814	1964	2179	6,8
gulden per inwoner	115	122	123	132	145	6,0
% van uitgaven zorgsector	3,9	4,1	4,0	4,0	4,5	

Bron: FOZ, 1993

2 De techniek van het berekenen van de tarieven op basis van norminkomen en -praktijk, wordt gedetailleerd beschreven door Baaijens (1988, pp. 59). In essentie komt het hierop neer dat het norminkomen wordt gedeeld door het aantal ziekenfondspatiënten per huisarts om tot het abonnementstarief te komen en door de gemiddelde contactfrequentie van particuliere patiënten om tot het particuliere consulttarief te komen.

3 Met de afschaffing van het wettelijk vestigingsbeleid is de mogelijkheid tot sturing van de gemiddelde praktijkomvang van huisartsen grotendeels komen te vervallen. Indien het dreigend tekort aan huisartsen in de komende jaren zal leiden tot een vergroting van de gemiddeld praktijkomvang, terwijl als normpraktijk 2350 patiënten blijft gelden, dan zal dit de facto inhouden dat huisartsen méér zullen gaan verdienen dan het norminkomen. De tarieven zijn dan immers gebaseerd op een kleinere praktijkomvang dan de werkelijke.

Wat doet de huisarts?

De werktijd van de gemiddelde huisarts bedraagt in Nederland 50 uur (exclusief beschikbaarheidsdiensten). Gemiddeld wordt 28 uur besteed aan het spreekuur en 11 uur aan het visites afleggen. De rest wordt gevormd door niet-patiëntgebonden activiteiten als overleg met andere hulpverleners, nascholing, enzovoort (gegevens betreffen 1991; bron NIVEL).

De hulpverleningstaken, die de huisarts in principe kan uitvoeren, staan in het Basistakenpakket (LHV, 1987). In onderstaande beschrijving wordt ingegaan op de belangrijkste taken en worden die zo mogelijk kwantitatief onderbouwd.

Huisartsen werken voor een vaste praktijkpopulatie van op naam ingeschreven patiënten. Bij ziekenfondsverzekerden is de relatie tussen huisarts en patiënt vast omdat de huisarts zijn honorarium per ingeschreven patiënt ontvangt. In de praktijk bezoeken echter ook particuliere patiënten meestal een vaste huisarts.

Huisartsenhulp is voor iedereen in ons land beschikbaar, 24 uur per dag, 7 dagen per week. Buiten kantooruren is de huisarts alleen beschikbaar voor spoedeisende zaken. De Landelijke Huisartsen Vereniging hanteert als criterium dat overal in Nederland altijd binnen 15 minuten een huisarts aanwezig moet kunnen zijn. Ten behoeve van de 24-uursbereikbaarheid zijn huisartsen georganiseerd in waarneemgroepen.

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsklachten. De Nederlandse bevolking heeft gemiddeld 4,5 contacten per jaar met de huisartspraktijk (Groenewegen et al, 1992). Daarvan is ruim twee derde (3,2 contacten) met de huisarts zelf; de rest is met de praktijkassistente bijvoorbeeld ten behoeve van prescriptie van herhaalreceptuur. Ziektenfondsverzekerden hebben rekening houdend met verschillen in leeftijd/geslachtsopbouw circa 18% meer contacten met de huisarts dan particulier verzekerden.

Een contact met de huisarts duurt gemiddeld 8,5 minuten. Op elke 4 consulten op het spreekuur vindt één huisvisite plaats. De meeste contacten vinden op initiatief van de patiënt plaats. Zo'n 24% van de contacten vindt geheel of gedeeltelijk plaats op initiatief van de huisarts en nog geen 2% op initiatief van andere hulpverleners (Sixma et al, 1992).

Tabel 2.4 Verrichtingen in de huisartspraktijk

		verrichtingen per 100 contacten
Diagnostiek in eigen praktijk		58
Diagnostiek elders aangevraagd		5
Behandeling in de praktijk		59
w.o.	gespreksvoering	26
	voorlichting en advies	36
	even aankijken	4
	leefregels	3
	zelfmedicatie	2
	medisch-technische verrichtingen	7
	vaccinatie	2
Voorschrijven geneesmiddelen		65
Verwijzen naar tweede lijn		6
Verwijzen binnen eerste lijn		3
Overleg n.a.v. contact		1

Bron: Groenewegen et al, 1992

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de activiteiten van de *huisarts en de praktijkassistente* in hun contacten met patiënten. De tabel laat zien dat diagnostiek in de praktijk van de huisarts zelf, behandeling in de praktijk en het voorschrijven van geneesmiddelen het vaakst voorkomen. Veruit het grootste deel van de aan de huisarts voorgelegde gezondheidsproblemen worden dus door hem zelf afgehandeld. In bijna 6% van de contacten vindt een verwijzing naar een medisch specialist plaats en in 3% naar een eerstelijnsdiscipline, waarbinnen de fysiotherapeut veruit het belangrijkste is. In de behandeling door de huisarts zelf vinden gespreksvoering en voorlichting aanzienlijk vaker plaats dan medisch-technische verrichtingen.

Het voorschrijven van geneesmiddelen vindt 65 keer per 100 contacten met de huisartspraktijk plaats. Door de AWBZ vergoede medicijnen kunnen alleen worden verkregen op voorschrift van de huisarts of de medisch specialist. De huisarts neemt 83% van alle voorschriften voor zijn rekening, die 70% van de kosten van geneesmiddelen beslaan⁴. Internationaal gezien is de Nederlandse huisarts terughoudend met het voorschrijven. Zo blijkt bijvoorbeeld uit internationaal vergelijkend onderzoek dat Nederlandse huisartsen veel minder vaak antibiotica bij een acute oorontsteking voorschrijven dan hun collega's in andere landen (Froom, 1990).

Ook qua aantal verwijzingen is de Nederlandse huisarts terughoudend in vergelijking met andere landen (Fleming, 1992). Zo verwijst bijvoorbeeld de huisarts in West-Duitsland twee keer zo vaak en ligt het Nederlandse verwijscijfer ongeveer even hoog als in het Verenigd Koninkrijk.

Binnen Nederland zijn aanzienlijke verschillen in verwijs- en prescriptiecijfers tussen huisartsen onderling, zo blijkt uit vele onderzoeken. Naast verschillen in morbiditeit liggen verschillen in taakopvatting en werkstijl ten grondslag aan deze verschillen. Zo doen sommige huisartsen bepaalde medisch-technische verrichtingen eerder zelf terwijl andere huisartsen verwijzen. Sommige huisartsen schrijven bij psychische problemen eerder tranquillizers voor, terwijl andere door middel van een gesprek een oplossing proberen te vinden. Ook is in bepaalde gevallen een keuze tussen voorschrijven van medicijnen en verwijzen mogelijk (Post, 1984). Het honoreringssysteem werkt (althans bij ziekenfondsverzekerden) in het voordeel van huisartsen die snel verwijzen en die snel voorschrijven, want huisartsen die de bewerkelijke optie kiezen van zelf behandelen of met de patiënt praten krijgen daar niets meer door.

Door het frequente contact van de huisarts met zijn patiënt, de bekendheid van de huisarts met de geschiedenis van de patiënt en zijn omgeving en zijn rol als verwijzer naar andere hulpverleners heeft de huisarts in principe het overzicht over wat met de patiënt gebeurt. Dit is met name van belang bij mensen met meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Zo hebben bijvoorbeeld 60% van de patiënten met Diabetes Mellitus ook een hart-vaataandoening, artrose, hoge bloeddruk of CARA.

relaties met andere hulpverleners

Formeel gezien vervult de huisarts ten aanzien van de medisch specialist de rol van poortwachter, althans voor ziekenfondsverzekerden. De toegang tot de fysiotherapeut kan zowel via de huisarts als via de medisch specialist verlopen. In ruim 80% van de gevallen is de huisarts echter verwijzer (Kerssens et al 1986). Voor het RIAGG is de huisarts één van de mogelijk verwijzers, maar ook hier levert hij het grootste deel van de patiënten (57%, Friele, Verhaak, 1991). Voor andere hulpverlenersdisciplines is formeel gesproken geen verwijzing van de huisarts nodig. Niettemin is de huisarts toch een van de belangrijkste toeleveranciers: bijv. 37% van de cliënten van het algemeen maatschappelijk werk is door de huisarts verwezen (Friele, Verhaak, 1991), een vijfde van de

4 Bron: GIP, 1989: op grond van methodologische overwegingen kan worden verwacht dat deze cijfers een zekere overschatting van het aandeel van de huisarts geven.

cliënten van de wijkverpleging en ook de gezinszorg wordt voor een belangrijk deel ingeschakeld op initiatief van de huisarts.

Kenmerkend voor de huisarts in zijn verwijsrelaties met andere gezondheidszorgvoorzieningen is dat zij een *asymmetrisch* karakter hebben. Voor de huisarts is het aantal verwijzingen naar een afzonderlijke voorziening betrekkelijk gering, terwijl vanuit de afzonderlijke voorzieningen gezien de huisarts vaak de belangrijkste toeleverancier is.

De relaties met andere disciplines in de eerste lijn kunnen op verschillende manieren vorm krijgen. Naast verwijsrelaties zijn er ook samenwerkingsrelaties. Van alle huisartsen participeert bijna 9% in een gezondheidscentrum. In een gezondheidscentrum zijn minimaal een huisarts, een wijkverpleegkundige en een algemeen maatschappelijk werkende gezamenlijk gehuisvest die structureel met elkaar overleggen op vaste tijdstippen. Nog eens 23% van de huisartsen overlegt ook structureel met de wijkverpleging en maatschappelijk werk, aangevuld met eventuele andere disciplines in zogenoemde home-teams. In de andere gevallen vindt overleg op bilaterale en/of ad hoc basis plaats. Het merendeel van de huisarts participeert in overleg met de apotheker.

2.3. Ontwikkelingen

arbeidsmarkt

Een aantal ontwikkelingen zal invloed hebben op de toekomstige arbeidsmarkt voor huisartsen. Het is niet eens zozeer de toenemende vergrijzing die hier parten speelt. De bejaarden van de toekomst zijn gezonder en zullen minder gebruikmaken van de huisarts (STG, 1992). Van meer belang zijn de bevolkingstoename en ontwikkelingen in het aanbod: een groeiend percentage vrouwen in het beroep betekent een toename van het aantal part-timers, maar ook los daarvan is er een trend naar kortere werkweken en meer part-timers (Hingstman, Pool, 1992). Ook de verwerkingscapaciteit van huisartsen heeft de neiging terug te lopen doordat de gemiddelde consultduur de neiging heeft te stijgen en er toenemende aandacht is voor niet-patiëntgebonden activiteiten als deskundigheidsbevordering. Op een krappe arbeidsmarkt zullen pas afgestudeerde huisartsen betere mogelijkheden hebben de door hen gewenste vestigingswijze te realiseren. Uit onderzoek naar de voorkeuren van huisartsen blijkt dat pas afgestudeerden een grotere voorkeur hebben voor duo- of groepspraktijken en een geringere voorkeur voor het werken in de grote steden (Bensing et al, 1993).

functieverlies

Er is een aantal randgebieden tussen huisarts en andere hulpverleners aan te geven, waarop de huisarts terrein verliest. De apotheekhoudende huisarts en de verloskunde zijn al genoemd. Dergelijke ontwikkelingen zien we ook in de jeugdgezondheidszorg, waar de huisarts terrein verliest aan de CB-arts en de spoedeisende hulp waar in de steden de poliklinieken van het ziekenhuis een belangrijke rol spelen. Het functieverlies manifesteert zich dus vooral in stedelijke gebieden.

automatisering

Een ontwikkeling die de afgelopen jaren snel om zich heen gegrepen heeft is de automatisering. De meerderheid van de Nederlandse huisartsen heeft inmiddels een computer voor administratieve doeleinden. Een minderheid, maar het percentage groeit snel, heeft inmiddels ook het medisch dossier geautomatiseerd. Dit opent mogelijkheden voor uitwisseling van gegevens met bijvoorbeeld verzekeraars en ziekenhuizen, maar ook populatiegerichte preventie en kwaliteitsbewaking wordt beter mogelijk met behulp van de computer.

huisartsengroepen

Teneinde de organisatiestructuur van de huisartsen te versterken voert de LHV sinds 1989 een beleid gericht op de omvorming van waarneemgroepen in huisartsengroepen. Huisartsengroepen bestaan uit zes tot 10 personen die samen in een samenwerkingsovereenkomst afspraken hebben gemaakt over onder meer waarneming, nascholing, praktijkvoering en onderlinge toetsing. De waarneemgroepen krijgen dus meerdere functies, waaronder ook het bieden van een aanspreekpunt op lokaal niveau, het maken van afspraken met andere disciplines, et cetera.

NHG-standaarden

Op het terrein van normontwikkeling hebben zich in de huisartsgeneeskunde de afgelopen jaren belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft standaarden ontwikkeld voor veel voorkomende klachten of aandoeningen in de huisartspraktijk. Inmiddels zijn er ruim 30 standaarden en nog eens zo'n 30 in voorbereiding of in ontwikkeling. Het is de bedoeling dat de standaarden het Basistakenpakket van de huisarts zo veel mogelijk gaan dekken. De standaarden zijn duidelijk aangeslagen in de huisartsenwereld. Het is de bedoeling dat ze worden gehanteerd bij de onderlinge, intercollegiale toetsing, waarbij de standaarden niet gezien worden als een strakke norm, maar meer als een richtlijnen, waar men gemotiveerd van kan afwijken.

kwaliteitsbeleid LHV

Het kwaliteitsbeleid van de LHV is opgehangen aan de registratie/herregistratie. Zoals eerder uiteengezet vindt registratie als huisarts nu plaats wanneer men de huisartsenopleiding heeft voltooid en een maal per 5 jaar herregistratie op voorwaarde dat men het beroep van huisarts in de tussentijd ook daadwerkelijk heeft uitgeoefend. In de toekomst wil men naar een situatie toe dat deelname aan onderlinge toetsing in huisartsengroepen en het volgen van geaccrediteerde nascholing op uit onderlinge toetsing gebleken hiaten in de kennis een eis wordt voor herregistratie.

2.4. Knelpunten

arbeidsmarkt

Indien de huidige capaciteit van de opleiding gehandhaafd blijft dreigen fricties te ontstaan tussen vraag en aanbod (Hingstman, Pool, 1992). Deze zijn zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. Kwantitatieve tekorten zullen waarschijnlijk het eerst worden gevoeld in de grote steden. Kwalitatieve fricties doen zich voor omdat de behoefte aan part-time banen in samenwerkingsverbanden tegenover een aanbod van full-time-banen in solo-praktijken staan.

burnout

Uit een recent onderzoek blijkt dat burnout onder huisartsen (Van Dierendonck et al, 1992) frequenter voorkomt dan onder bijvoorbeeld verpleegkundigen en artsen op de intensive care unit. Het is vooral de subjectief ervaren werklast van de huisarts die bijdraagt aan gevoelens van burnout: avond- en weekenddiensten, lastige patiëntcontacten, oneigenlijke hulpvragen, et cetera. Burnout doet zich sterker voor in de steden dan op het platteland.

organisatie

Vrijblijvendheid en het ontbreken van lokale organisatie is een traditioneel knelpunt bij de huisartsen. De Landelijke Huisartsen Vereniging probeert verbetering in de situatie aan te brengen door het vormen van huisartsengroepen en een op herregistratie gericht kwaliteitsbeleid dat de vrijblijvendheid doorbreekt. In hoeverre men hierin zal slagen moet vooralsnog worden afgewacht.

samenwerking binnen de eerste lijn

Samenwerking en samenhang binnen de eerste lijn is traditioneel een knelpunt. Slechts een minderheid van de huisartsen werkt structureel samen met andere eerstelijnsdisciplines als gezondheidscentra en home-teams. Door het geleidelijk aan stopzetten van de subsidieregeling voor samenwerkingsverbanden moet eerder een verdere afname dan een toename worden verwacht. Vooral in de steden is het feit dat huisartsen hun patiëntpopulatie over de stad verspreid hebben terwijl andere eerstelijnsdisciplines wijkgebonden werken een belemmering voor structurele samenwerking. Samenwerking is vooral van belang bij chronische patiënten die tegelijkertijd hulp behoeven in de medische en in de verplegende en verzorgende sfeer. De verwachting is dat de omvang van deze groep in de thuiszorg zal toenemen onder invloed van de vergrijzing en de beperkte opnamecapaciteit van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Hier probeert de LHV verandering in te brengen door op het niveau van huisartsengroepen afspraken te maken met andere disciplines.

functionele omschrijving

Door het beleid gericht op versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is de positie van de huisartsen in Nederland tot dusver redelijk beschermd geweest. Niettemin is toch sprake van enige afbrokkeling van het takenpakket doordat zich op deelterreinen meer en meer gespecialiseerde hulpverleners hebben begeven. Voorbeelden zijn de verloskunde, de spoedeisende hulp en de jeugdgezondheidszorg. Een functionele omschrijving van algemene medische zorg zou een verdere afbrokkeling van het takenpakket van de huisarts in de hand kunnen werken, als zich op deelterreinen concurrenten gaan profileren (bijvoorbeeld de verpleeghuisarts). Het gevolg hiervan zou een verlies aan overzicht aan de kant van de huisarts zijn van wat er met de patiënt gebeurt, waardoor het moeilijker wordt om de poortwachtersfunctie waar te maken.

3. MEDISCH SPECIALISTEN

Drs. A.J.J. van der Kwartel, drs. J.R. Vandermeulen, dr. J.K. van Dijk (NZi)

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste feiten, ontwikkelingen en knelpunten in de wereld van de medisch-specialistische hulp. Onder andere komen daarbij aan de orde: enige kwantitatieve informatie, organisatorische aspecten, opleiding en registratie, kwaliteitsbewaking en -bevordering en kosten.

3.2. Feiten

Kwantitatieve informatie

In onderstaande tabel staan enige globale gegevens over de ontwikkeling van het aantal specialisten in algemene en categorale ziekenhuizen. In absolute zin blijkt het aantal erkende specialistenplaatsen langzaam te groeien (ongeveer 10% in 10 jaar tijd). Wanneer de daling in de categorale ziekenhuizen wordt meegerekend is de groei slechts 7%.

Feitelijk werken er ongeveer 9.000 vrijgevestigde specialisten in de ziekenhuizen.

Tabel 3.1 Aantal erkende specialisten, kosten en financiering medisch specialistische hulp

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. groei '82-'87	'87-'90
Erk. specialistenpl.:								
Algemeen:	5296	5730	5766	5784	5830	5856	1,6%	0,5%
Categoriaal:	466	434	373	325	350	334	-1,4%	-6,3%
Academisch ¹ :		2075	2075	2379	2408	2397	-	3,7%
Specialisten/inst.:								
Algemeen:	31	41	44	45	49	52		
Categoriaal:	9,7	10,1	8,5	8,1	9,7	9,3		
Kosten medisch en tandheelkundig specialisten (miljoenen)								
Ziekenfonds	1016	1088	992 ²	961	1135 ³	1245	1,4%	3,4%
Particulier	-	1016	1048	1040	1097	1233	-	5,0%
AWBZ ⁴	-	-	62	79	135	-	-	-
Overig	<u>948⁵</u>	<u>136</u>	<u>250²</u>	<u>312</u>	<u>201³</u>	<u>164</u>	-	4,8%
Totaal:	1964	2240	2289	2375	2512	2777	2,7%	5,5%

(Bron: FOZ 1992, 1993
NZi, 1992)

- 1) De specialisten in academische ziekenhuizen zijn voor 60% ten laste van de COTG-budgetten en voor 40% ten behoeve van onderwijs en onderzoek. Effecten van functieverruiming zijn niet geheel verwerkt.
- 2) Invoering eigen bijdrage ziekenfondsverzekering.
- 3) Afschaffing eigen bijdrage ziekenfondsverzekering.
- 4) Overheveling psychiatrie naar AWBZ.
- 5) Overige betalingen plus financiering particulier verzekerden.

Het gemiddeld aantal erkende specialistenplaatsen per instelling groeit sterk. In tien jaar tijd van 31 naar 49. De grotere ziekenhuizen krijgen daarmee een breder en gevarieerder samengestelde medische staf en kunnen daarmee dan ook een breder pakket aan dienstverlening aanbieden. Deze historische ontwikkeling heeft te maken met de tendens in de ziekenhuiswereld om te komen tot minder en grotere ziekenhuizen. Deze ontwikkeling wordt in het volgende hoofdstuk beschreven.

Organisatie

De landelijke specialistenvereniging (LSV) is de overkoepelende organisatie van de specialisten. Zij vormt tesamen met de Landelijke Huisartsenvereniging LHV, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG) de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG). Specialist in loondienst kunnen tevens lid zijn van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Naast de LSV zijn er nog drie andere verenigingen van specialisten: Het Nederlands Specialisten Genootschap (NSG), die ten opzichte van de LSV een wat 'linkere' koers lijkt te varen en met name uitgaat van de maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de specialist. De NSG telt ongeveer 500 leden. Daarnaast bestaat de Nederlandse Specialisten Federatie (NSF), die juist een wat 'rechtsere' koers lijkt te varen ten opzichte van de LSV en streeft naar een zo sterk mogelijke behartiging van met name de materiële belangen van de specialist. De NSF heeft ongeveer 1.000 leden. Ten slotte is er de Academische Specialisten Vereniging (ASV), die zich richt op de specialisten, werkzaam in de academische ziekenhuizen. De ASV telt zo'n 1500 leden.

Specialisten kunnen van meerdere belangenverenigingen tegelijk lid zijn. Geschat wordt, dat ongeveer 85% van de specialisten lid is van een of meer van deze verenigingen.

Er zijn negenentwintig erkende specialisaties. Per specialisme bestaat er een wetenschappelijke vereniging, die verantwoordelijk is voor zaken als: opleidingen, kwaliteitsbevordering, protocolontwikkeling, enz..

Specialisten zijn in het algemeen verbonden aan ziekenhuizen. Een geheel zelfstandige praktijk komt bijvoorbeeld voor onder de psychiaters. Verreweg de meeste specialisten zijn vanwege de noodzakelijke technische voorzieningen aangewezen op het werken in een ziekenhuis. Soms hebben specialisten daarnaast nog een eigen praktijk. Een betrekkelijk recent verschijnsel is de specialist, die in een privé-kliniek werkzaam is. Dit blijkt zich in hoofdzaak tot een klein aantal specialismen te beperken (zie ook hoofdstuk 4).

Een specialist kan in een ziekenhuis werken als 'vrijgevestigd specialist' of hij kan in loondienst zijn. Momenteel is het grootste deel van de specialisten vrijgevestigd. In 1991 was in de algemene ziekenhuizen ongeveer 9% van de specialisten in loondienst. Daaronder waren relatief veel kinderartsen, psychiaters en revalidatieartsen. Cardiologen en chirurgen zijn relatief weinig in loondienst.

Binnen een ziekenhuis zijn specialisten in het algemeen verenigd in 'maatschappen'. Hierop wordt in hoofdstuk 7 nader ingegaan.

Uit een onderzoek uit 1982 zijn geen aanwijzingen naar voren gekomen, dat het al dan niet vrijgevestigd zijn van een medisch specialist van directe invloed is op de omvang van de productie. [Commissie Structuur Honorering Medische Specialisten, 1982] Sinds 1982 is hiernaar geen onderzoek meer verricht.

Binnen het ziekenhuis kan verder nog onderscheid worden gemaakt tussen de zogenaamde 'poortspecialismen' en de 'ondersteunende specialismen'. Poortspecialismen kunnen weer worden onderverdeeld in beschouwende en heelkundige specialismen. Poortspecialismen zijn die specialis-

men, waarnaar patiënten normaal gesproken door de huisarts worden verwezen. Bijvoorbeeld: interne, longgeneeskunde, oogheelkunde, chirurgie, enz.. Ondersteunende specialismen zijn bijvoorbeeld: anaesthesie, radiologie, enz..

Ter illustratie: In 1990 werden er van de 5.830 erkende full-time-specialistenplaatsen in algemene ziekenhuizen 4.537 bezet door 'poortspecialisten'.

Opleiding en registratie

De medische professie is zelf verantwoordelijk voor vorm en inhoud van de vervolgopleidingen na het artsexamen. De professie bepaalt wat de eisen van de opleiding zijn, stelt vast wie de opleiding mag verzorgen, wie tot de opleiding wordt toegelaten en wie deze met succes heeft afgerond. Er zijn zo'n vijftig ziekenhuizen met opleidingsbevoegdheid (exclusief de negen academische ziekenhuizen). De verwachting is, dat dit aantal in de komende jaren terug zal lopen naar zo'n twintig à dertig ziekenhuizen.

De beroepsgroepen bepalen zelf de toelating tot de opleiding tot medisch specialist. Deze toelating is beperkt. Artsen, die tot deze opleiding worden toegelaten worden AGIO's genoemd (Assistent-Geneeskundige In Opleiding).

Per januari 1992 waren er 2353 specialisten in opleiding, waarvan 722 vrouwen.

De opleidingscapaciteit is beperkt. Per 1.1.1992 was het aantal (part-time) opleidende specialisten 3685. (Per 1.1.1987 was dit aantal 3307.)

Vanwege de beperkte toegangsmogelijkheden is er in de loop van de jaren een overschot ontstaan aan basis-artsen, die zich na hun opleiding verder willen specialiseren, maar (nog) geen toegang tot de vervolgopleiding hebben gekregen. Om hun vakbekwaamheid toch op peil te kunnen houden werken deze als algemeen basisarts in het ziekenhuis. Zij worden AGNIO's genoemd: Assistent-Geneeskundigen, Niet In Opleiding. De omvang van deze groep groeit. Per 1 januari 1992 waren er 1034.

Hoewel er in de praktijk verschillende nuances voorkomen, kan in het algemeen worden gesteld, dat AGNIO's vooral in dienst zijn van de maatschappen in ziekenhuizen en dat zowel ziekenhuizen als maatschappen AGIO's in dienst hebben.

In principe kan een specialist slechts één assistent-geneeskundige begeleiden.

Na afronding van de opleiding volgt de registratie, waarna periodiek herregistratie plaats vindt. De KNMG hanteert voor herregistratie een periode van vijf jaar. Eisen bij (her)registratie zijn met name kwantitatief van aard: ze gaan in op wat men doet.

In het kader van het kwaliteitsbeleid richten artsen-organisaties zich op het stimuleren van na- en bijscholing door middel van een koppeling hiervan aan de herregistratie.

Registratie is verplicht en is niet gekoppeld aan het lidmaatschap van een van de specialistenverenigingen.

Kwaliteitsbewaking en -bevordering

De medisch specialisten kennen een systeem van intercollegiale toetsing.

Ook organiseert de Wetenschappelijke Raad van het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) sinds 1982 landelijke consensusbijeenkomsten, teneinde in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen te komen tot richtlijnen rond (controversiële) medische onderwerpen. De richtlijnen worden vertaald naar lokale criteria en gebruikt ten behoeve van kwaliteitsbewaking.

Een andere vorm van kwaliteitsbewaking en -bevordering conform de professionele standaarden, bestaat uit visitaties. Deze visitaties kunnen zich op drie niveaus afspelen:

1. Visitatie van de opleiding tot specialist.

Alvorens een erkenning van een specialist als opleider en van een instelling als opleidingsinrichting kan worden verleend, dient visitatie plaats te vinden onder de hoede van de Specialisten Registratie Commissie (SRC).

2. Visitatie van medische staven.

In het beleid van de LSV heeft het toetsen van medische staven prioriteit. Het doel is kwaliteitsbevordering. Er is een lijst met kwaliteitscriteria opgesteld. Inmiddels hebben 10 proefvisitaties plaats gevonden.

3. Visitatie van maatschappen.

Een educatieve kwaliteitsverbeterende activiteit, die onder auspiciën van de wetenschappelijke verenigingen ontwikkeld en getoetst wordt in niet-opleidingsklinieken. Het oordeel wordt veelal nog geveld op grond van impliciete criteria en heeft daardoor het karakter van een 'aanbeveling' of een 'advies'.

Wetenschappelijke verenigingen, die gestart zijn met de ontwikkeling van een visitatieprogramma zijn de verenigingen van: anesthesisten, chirurgen, internisten, gynaecologen, kinderartsen, orthopaeden, pathologen en radiologen.

Kosten

De loonkosten van een specialist in loondienstverband bedragen ca f 200.000,= per fte-specialist. De praktijkkosten ca. f 100.000,=. De totale 'kosten' van specialisten in loondienst liggen dus rond de f 300.000,=.

Voor vrijgevestigde specialisten wordt door het COTG uitgegaan van een norminkomen van f 205.000,= per jaar. De normpraktijkkosten bedragen f 71.000,= per jaar. In de praktijk blijken deze laatste kosten op zo'n f 100.000,= te liggen. Er was in de tariefstelling een afbouwtraject naar het normbedrag voorzien. In het kader van het vijfpartijen-overleg is dit voornemen losgelaten.

Wanneer op grond van een aantal macro-gegevens schattingen worden gemaakt, komt men uit op een gemiddelde omzet per specialist van zo'n f 350.000,=. Overigens is er in dit opzicht sprake van grote verschillen zowel tussen als binnen de verschillende specialismen.

Tegenover deze kosten staat de productie van medische specialisten. Om een indruk te geven volgt hieronder een overzicht voor de productie van een aantal specialismen voor het jaar 1990:

Tabel 3.2 Produktie per specialist voor enkele specialismen (1990)

Specialisme	Aantal fte	Aantal ont- slagen per sp.	Aantal ver- pleegd. per sp.	Aantal 1e polikl.bez. per sp.	Tot. aant. polikl. bez. per sp.
Interne Spec. Tot.	1.779	243	3.040	887	3.528
<i>Waarvan:</i>					
Inw. gen.	680	261	3.825	800	3.319
Cardiologie	323	361	3.266	876	2.900
Kindergen.	284	285	2.783	559	2.062
Heelkunde Tot.	2.191	343	2.871	1.534	4.750
<i>Waarvan:</i>					
Chirurgie	606	403	4.462	1.398	4.734
Gynaecol.	447	502	2.918	884	3.812
Oogheelk.	285	122	599	3.408	6.502

Bron: NZI, 1992

3.3. Ontwikkelingen

Een belangrijke ontwikkeling binnen de medisch-specialistische beroepsgroep is, dat de grenzen tussen verschillende specialismen beginnen te vervagen. Bijvoorbeeld tussen bepaalde poortspecialismen en bepaalde ondersteunende specialismen. Ook worden de grenzen minder duidelijk tussen de -meer generalistische- 'moeder-specialismen' en de diverse subspecialismen. Bijvoorbeeld 'inwendige geneeskunde' tegenover gastro-enterologie.

Een tweede ontwikkeling is, dat sinds het op gang komen van de discussies over het volume van de specialistische zorg, tegenstellingen binnen de medisch-specialistische beroepsgroep naar voren zijn gekomen. Die tegenstellingen kunnen er zijn tussen de 'rijke' en de 'arme' specialismen, tussen verschillende regio's en tussen specialisten, die vooral ziekenfondspatiënten hebben versus degenen, die vooral particulier verzekerden als patiënten hebben.

3.4. Knelpunten

Vanuit de invalshoek van externe sturing kan als een knelpunt worden beschouwd, dat de medisch-specialistische beroepsgroepen in hoge mate zelf zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het medisch-specialistisch handelen bepalen, door:

- Zelf te beslissen over de omvang en de inhoud van de opleiding tot medisch specialist; de wetenschappelijke verenigingen zijn bepalend voor het vaststellen van het aantal opleidingsplaatsen.
- Tot op zekere hoogte zelf de omvang van hun produktie te kunnen regelen;
- De kwaliteitsbewaking, -bevordering en -toetsing binnen de beroepsgroep zelf te regelen.

Het is onduidelijk in hoeverre het behoefte-criterium en het huidige erkenningenbeleid door de overheid bij het opleidingsbeleid een rol speelt. Het laatste officiële rapport hierover stamt uit 1980 (Ministerie van WVC, 1986). Toen werden tekorten voorspeld bij de psychiaters, de orthopaeden en de geriateren. Het is niet bekend in hoeverre deze verwachtingen van invloed zijn geweest op het opleidingsbeleid.

In geval van het verkrijgen van opleidingsplaatsen bij de academische ziekenhuizen richten de wetenschappelijke verenigingen zich tot WVC én O&W. Dit in verband met de financiering van een opleidingsplaats (geschetste kosten op jaarbasis f 75.000,-).

Op dit moment zijn er signalen, dat er voor bepaalde specialistische beroepsgroepen tekorten zijn of zullen gaan ontstaan.

Vanuit sturingsoptiek is een moeilijkheid gelegen in de vraag, hoe omgegaan moet worden met de professionele autonomie, die door de medisch specialisten wordt geclaimd. Populair gezegd: Hoe stuur je professionals?

Een ander knelpunt lijkt het systeem van erkenningen voor specialistenplaatsen. Deze erkenningen zijn gebaseerd op bepaalde normen, gerelateerd aan een bepaalde bevolkingsomvang. (Bijvoorbeeld 1 oogarts op X duizend inwoners) Het is de vraag of deze normen nog steeds adequaat zijn, onder andere gegeven de veroudering van de bevolking.

Vanuit de landelijke sturing gezien is ook een knelpunt, dat de meeste specialisten vrijgevestigd zijn. Zij zijn daardoor in bepaalde opzichten 'risicodragende ondernemers'. Zij zijn verplichtingen aangegaan, hebben geïnvesteerd (denk aan de goodwill-problematiek) en zullen landelijke maatregelen dus altijd toetsen op de financiële consequenties. Als beroepsgroep beschikken zij over de mogelijkheden om hun belangen in deze te verdedigen.

Het inkomen van de medisch-specialisten is de laatste vijftien jaar onderwerp van discussie geweest. Er is sprake geweest van een continue (maatschappelijke) druk om de inkomensontwikkeling van specialisten te beheersen. Deze discussies hebben veel sociale schade aangericht. Er is een sterke polarisatie ontstaan tussen de beroepsgroep aan de ene kant en de overheid en de verzekeraars aan de andere kant.

Men zou als knelpunt kunnen beschouwen, dat specialisten niet of nauwelijks een carrière-perspectief kennen. Er is geen 'hiërarchie' (zoals die bijvoorbeeld in Duitsland wel bestaat onder medisch specialisten), geen ontwikkeling in inkomen (als AGIO is men in loondienst, als vrijgevestigd specialist maakt men onmiddellijk een omzet op het niveau van collega-specialisten), enz.. Er lijkt dus geen sprake te zijn van een 'normale' loopbaanontwikkeling, zoals die in veel andere beroepen (ook andere 'vrije beroepen') wel aanwezig is.

Een laatste knelpunt wordt gevormd door het onlangs doorgevoerde werktijdenbesluit voor AGIO's en AGNIO's. Door dit besluit worden de arts-assistenten geacht niet langer dan 48 uur per week te werken. Dit roept ten minste een tweetal problemen op: de inzetbaarheid van deze artsen loopt sterk terug en voor sommige opleidingen wordt vanuit de wetenschappelijke verenigingen gesteld, dat deze niet zijn te realiseren binnen een werkweek van 48 uur. Gezien de noodzaak om meer AGIO's/AGNIO's aan te stellen, loopt de gezondheidszorg bovendien het gevaar dat dit (zeker op termijn) tot produktieverhogingen leidt.

4. ZIEKENHUIZEN

Drs. A.J.J. van der Kwartel, drs. L.J.R. Vandermeulen (NZi)

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal onder andere aandacht worden gegeven aan: kwantitatieve aspecten van de ziekenhuiswereld, organisatorische, management, financiële, personele en zorginhoudelijke aspecten.

4.2. Feiten

Kerngegevens

Hieronder volgt eerst een tabel met een aantal relevante kerngegevens met betrekking tot de ziekenhuizen in Nederland:

Tabel 4.1 Kerngegevens Ziekenhuizen

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Aantal:								
Algemeen:	169	140	130	128	120	113	-3,7%	-5,2%
Categoriaal:	48	43	44	40	36	36	-2,2%	-4,3%
Academisch:	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>8</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>		
Totaal:	224	191	182	177	165	158	-3,1%	-4,6%
Erkende bedden¹:								
Algemeen:	57286	54818	54366	53531	52423	51599	-0,9%	-1,5%
Categoriaal:	5723	5284	5198	4862	4687	4569	-1,6%	-3,6%
Academisch:	<u>6747</u>	<u>7154</u>	<u>7456</u>	<u>7588</u>	<u>7579</u>	<u>7576</u>	1,2%	1,4%
bedden:								
Per alg. ziekh.	339	392	418	418	437	457	2,9%	3,9%
Per 1000 inw. ² :	4,50	4,04	3,98	3,94	3,82	3,71	-2,1%	-2,1%

Bron: NZi, 1992
FOZ 1993

- 1) Inclusief PAAZ-bedden, wiegen, bedden ten behoeve van revalidatie en epilepsie, bedden in astmacentra en sanatoria.
- 2) Erkende algemene bedden, dus excl. PAAZ-bedden, wiegen etc.

In de afgelopen 15 jaar heeft in de ziekenhuiswereld een proces van schaalvergroting plaats gevonden. (In 1975 waren er nog 191 algemene ziekenhuizen.) Het gemiddeld aantal bedden per algemeen ziekenhuis nam toe. Per saldo nam het totaal aantal bedden af van 74.662 in 1975 naar 63.744 in 1991. Over het totaal aantal ziekenhuisbedden betekent dit een daling van 5,5 bedden per duizend inwoners in 1975 naar 4,2 bedden per duizend inwoners in 1991. Het aantal algemene bedden (dus niet PAAZ-bedden en wiegen) is sinds 1983 onderhevig aan een beddenreductiebeleid. Sinds 1983 zijn er als gevolg hiervan bijna 8.000 bedden verdwenen, een daling van 12,5 procent. Het beleid is er op gericht in 1995 een promillage van 3,4 bedden per duizend inwoners te bereiken.

De belangrijkste oorzaak voor het verminderen van het aantal ziekenhuizen is gelegen in een grootschalig proces van fusie, schaalvergroting en concentratie van functies. Dit heeft geleid tot het

sluiten van een aantal kleinere ziekenhuizen, die zijn opgegaan in grotere eenheden.

De belangrijkste redenen voor deze fusiegolf zijn:

- Verhoging van de doelmatigheid.
Een van de uitingvormen hiervan is, dat de nieuwbouw van gefuseerde ziekenhuizen per saldo minder bedden telde dan de afzonderlijke instellingen bij elkaar.
- Een strategische reactie op de grootschalige fusie- en samenwerkingsontwikkelingen in de wereld van de verzekeraars (zie ook elders in dit overzicht).

De wijze, waarop deze fusieprocessen uitwerken, blijkt sterk te worden beïnvloed door de lokale situatie. Men ziet dan ook verschillende verschijningsvormen van ziekenhuizen ontstaan. In de grootstedelijke agglomeraties in de randstad ziet men een tendens naar een beperkt aantal (zeer) grote ziekenhuizen met elk eigen speerpunten voor medisch-specialistische behandeling. Voor de wat grotere steden buiten de randstad is er de tendens tot vorming van één grote ziekenhuisorganisatie. Soms kennen deze meerdere lokaties, waarbij dan sprake kan zijn van een zekere taakverdeling (bijvoorbeeld: medisch-technisch/urgent tegenover routinematig/planbaar). In het verstedelijkte platteland zullen naar verwachting de streekziekenhuizen in middelgrote steden een regionale centrumfunctie gaan vervullen.

Organisatorische aspecten

Op landelijk niveau zijn de ziekenhuizen georganiseerd in de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Deze vormt, tesamen met haar zusterverenigingen uit de drie andere intramurale sectoren (Geestelijke Gezondheidszorg, Verpleeghuiszorg en Zwakzinnigheidszorg) de Nederlandse Zorgfederatie (NZf).

Op instellingsniveau kennen de meeste algemene ziekenhuizen op dit moment een functionele dienstenstructuur. Wel zijn vele ziekenhuizen bezig met de voorbereiding van een nieuwe organisatiestructuur. De gedachten gaan hierbij meestal uit naar een zogenaamde 'divisiestructuur'. Onder andere in het kader van experimenten gericht op management-participatie van medisch specialisten, wordt gezocht naar het vormen van werkeenheden met eigen bevoegdheden op de gebieden zorg, middelenbeheer, planning, en dergelijke. De medisch specialisten hebben een plaats in het management van deze zogenaamde 'werkeenheden'.

In een van de experiment-ziekenhuizen vallen de werkeenheden samen met de diverse specialismen en maatschappen (zogenaamde 'functiegroepen').

Samenvattend kan men stellen, dat er pogingen worden gedaan om de zogenaamde 'duale structuur' van het ziekenhuis op te heffen. Daarbij wordt decentrale management-participatie van medisch specialisten vaak als een voorwaarde gezien.

Financiële aspecten

Tabel 4.2 Enkele financiële gegevens

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Kosten (x miljoen):								
<i>Per sector:</i>								
Alg. Ziekenh.	8.220	8.686	8.843	9.245	9.761	10.492	1,1%	4,8%
Cat. Ziekenh.	795	861	820	765	803	870	1,6%	0,3%
Acad. Ziekenh.	<u>1.814</u>	<u>2.328</u>	<u>2.411</u>	<u>2.630</u>	<u>2.796</u>	<u>3.224</u>	5,1%	8,5%
Totaal	10.829	11.875	12.073	12.640	13.360	14.586	1,9%	5,3%
<i>Per kostencategorie:</i>								
Personele en sociale kosten:	6.724	7.079	7.151	7.306	7.723	8.343	1,0%	4,2%
Middelen	2.815	3.187	3.308	3.555	3.757	4.006	2,5%	5,9%
Rente en afsch.	<u>1.289</u>	<u>1.608</u>	<u>1.614</u>	<u>1.778</u>	<u>1.879</u>	<u>2.237</u>	4,5%	8,6%
Totaal (bruto):	10.828	11.875	12.073	12.639	13.360	14.586	1,9%	5,3%
Betalingen derden:	<u>-177</u>	<u>-251</u>	<u>-229</u>	<u>-302</u>	<u>-338</u> ¹	<u>-350</u> ¹		
Totaal (netto)	10.651	11.624	11.844	12.337	13.022	14.236	1,8%	5,2%
Totaal budget								
Nominaal:	10.774	11.527	11.744	12.151	12.974	13.985	1,4%	5,0%
Reëel (prijzen 1986):	11.685	11.484	11.506	11.532	11.585	11.640	-0,3%	0,3%

Bron: FOZ, NZi

1) Schatting

In 1990 is het rekeningschema gewijzigd. Eén van de consequenties van deze wijziging is geweest, dat de kosten die ziekenhuizen aan andere instellingen in rekening brengen, niet langer als 'negatieve kosten' worden geboekt. Op het niveau van de sector ziekenhuizen als geheel ontstaat er hierdoor een dubbeltelling. De 'binnensectorale intermediaire leveringen' zitten zowel aan de kant van de leverende instelling in de kosten (salarissen, middelen), als aan de kant van de ontvangende instelling (die daar een vergoeding voor moet betalen). De meeste statistieken (CBS, DESO, NZi) geven tot 1990 netto cijfers, en na 1990 bruto cijfers weer. Hierdoor lijken de kosten in deze statistieken ca. f 340 mln. sterker toegenomen dan in werkelijkheid.

In de bovenstaande kostenreeks zijn daarom tevens de netto-kosten opgenomen. De netto-kosten zijn minder toegenomen dan de totale kosten.

In 1990 heeft het ministerie van WVC een onderzoek gedaan naar de financiële positie van ziekenhuizen. Sinds 1986 is de reservepositie van de ziekenhuizen aan het verslechteren. In 1989 had ruim 70% van de ziekenhuizen een negatief exploitatieresultaat. Het aantal instellingen met een negatieve reservepositie is opgelopen tot 19%. Uit de jaarlijkse enquête van het COTG blijkt, dat deze cijfers voor het jaar 1990 iets verbeterd zouden zijn. In dat jaar zou ruim 54% van de ziekenhuizen een negatief exploitatieresultaat kennen en zou het aantal ziekenhuizen met een totaal negatieve reserve zijn teruggelopen tot 15%.

Redenen voor de afname van het aandeel loonkosten zijn onder andere:

- het stringente loonbeleid in de tachtiger jaren;
- het gevoerde beheersingsbeleid ten aanzien van de sociale premies;
- de groei van de kosten van medische middelen en rente en afschrijvingen.

De relatief sterke stijging van de post 'rente en afschrijvingen' kent drie oorzaken:

1. Het systeem van afschrijvingen op basis van historische kosten brengt hoge afschrijvingskosten op nieuwe investeringen met zich mee.
2. In academische ziekenhuizen werden de investeringskosten vóór 1988 op à fonds perdu basis betaald. De exploitatiekosten voor investeringskosten bleven hier dus buiten beschouwing.
3. De rentekosten zijn gestegen. Enerzijds als gevolg van de nabetalingsachterstand (zie het hoofdstuk over ziekenhuizen en verzekeraars), anderzijds ten gevolge van hogere rentetarieven.

Als we kijken naar de reële kostenontwikkeling, dan valt de negatieve groei op in de periode '82-'87. Deze is een gevolg van generieke budgetkortingen uit 1985 en 1986.

De financieringsaspecten van het ziekenhuis komen uitgebreider aan bod in het gedeelte "Ziekenhuizen en verzekeraars".

Personele aspecten

Tabel 4.3 Personele gegevens

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Arbeitsplaatsen (Full-time equivalents)								
Alg. ziekenh.	101.245	98.811	99.894	99.948	100.098	100.923	-0,5%	0,5%
Cat. ziekenh.	10.510	10.378	9.566	8.630	8.625	8.660	-0,3%	-4,7%
Acad. ziekenh.	<u>22.204</u>	<u>25.897</u>	<u>26.550</u>	<u>27.672</u>	<u>29.064</u>	<u>28.934</u>	3,1%	2,8%
Totaal:	133.959	135.086	136.010	136.250	137.787	138.517	0,2%	0,6%
Werknemers (full-timers en part-timers)								
Alg. ziekenh.	119.569	124.227	127.472	129.401	130.756	134.732	0,8%	2,1%
Cat. Ziekenh.	12.324	13.078	12.348	11.176	11.249	11.380	1,2%	-3,7%
Acad. ziekenh.	<u>24.681</u>	<u>29.896</u>	<u>30.914</u>	<u>32.858</u>	<u>34.520</u>	<u>35.911</u>	3,9%	4,7%
Totaal:	156.574	167.201	170.734	173.435	176.525	182.023	1,3%	2,1%

Bron: NZi

In totaal verschaffen de ziekenhuizen werkgelegenheid aan zo'n 182.000 personen. Globaal ligt de verhouding mannen/vrouwen in algemene en categorale ziekenhuizen op 30% tegen 70%. In academische ziekenhuizen is deze verhouding ongeveer 40%/60%.

Opvallend is de ontwikkeling in het aantal deeltijdwerkers. Lag de verhouding tussen arbeidsplaatsen en aantal medewerkers in algemene ziekenhuizen in 1982 nog op 1:1,18 in 1991 was deze opgelopen tot 1:1,33. Voor de categorale ziekenhuizen zijn deze cijfers respectievelijk: 1:1,17 naar 1:1,31. Voor de academische ziekenhuizen geldt: van 1:1,11 naar 1:1,24.

Tabel 4.4 Opleidingen

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Aantal inservice leerlingen								
Algemeen:	17.410	12.730	12.593	12.087	11.419	11.016	-6,1%	-3,6%
Categoriaal:	798	382	293	257	229	180	-13,7%	-17,1%
Academisch:	<u>1.641</u>	<u>1.164</u>	<u>1.141</u>	<u>1.090</u>	<u>1.230</u>	<u>1.267</u>	<u>-6,6%</u>	<u>2,1%</u>
Totaal	19.849	14.276	14.027	13.434	12.878	12.463	-6,4%	-3,3%
Instroom inservice onderwijs (eerstejaars)								
Verpleegk. A:	5.090	4.547	4.114	3.762	3.473	3.612	-5,6%	-1,8%
Aantal studenten verpleegkunde in hoger en middelbaar beroepsonderwijs								
HBO-V:	5.074	7.226	7.767	8.616	9.667	9.600	7,3%	7,4%
MBO-V/MDGO-VP:	1.433	2.618	2.815	2.900	3.069	3.487	12,8%	7,4%
Verhouding gediplomeerd/leerling verpleegkundigen (procenten)								
Algemeen:	61/39	71/29	72/28	73/27	74/26	76/24		
Categoriaal:	80/20	90/10	92/8	92/8	93/7			
Academisch:	78/22	86/14	87/13	88/12	88/12	87/13		

Bron: NZi

Zorginhoudelijke aspecten

Het ziekenhuis is heden ten dage vooral een centrum voor hoogwaardige medisch-specialistische hulp. Zoals de koepelorganisatie van de ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het in haar nota "Het ziekenhuis aan bod" formuleerde:

"Medisch-specialistische zorg en de bijbehorende verpleging en verzorging vormen het domein van het ziekenhuis; dit is de 'core-business'."

Tabel 4.5 Productie gegevens

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'86	groei '87-'91
Opnamen (x 1.000)								
Algemeen:	1.405	1.292	1.293	1.313	1.308	1.317	-1,7%	0,5%
Categoriaal:	61	56	50	40	38	38	-1,7%	-9,2%
Academisch:	154	178	188	194	196	193	2,9%	2,0%
Totaal:	1.620	1.526	1.531	1.547	1.542	1.548	-1,2%	0,4%
Verpleegdagen (x 1.000)								
Algemeen:	17.862	14.804	14.533	14.355	13.882	13.620	-3,7%	-2,1%
Categoriaal:	1.782	1.532	1.458	1.340	1.283	1.257	-3,0%	-4,8%
Academisch:	<u>1.990</u>	<u>2.106</u>	<u>2.164</u>	<u>2.182</u>	<u>2.159</u>	<u>2.109</u>	<u>1,1%</u>	<u>0,0%</u>
Totaal:	21.634	18.442	18.155	17.877	17.324	16.986	-3,1%	-3,0%

vervolg tabel 4.5

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'86	groei '87-'91
Gemiddelde verpleegduur (dagen)								
Algemeen:	12.7	11.5	11.2	10.9	10.6	10.3	-2,0%	-2,7%
Categoriaal:	29.2	27.4	29.1	33.2	33.9	32.9	-1,3%	4,7%
Academisch:	<u>13.0</u>	<u>11.8</u>	<u>11.5</u>	<u>11.2</u>	<u>11.0</u>	<u>11.0</u>	-1,9%	-1,7%
Totaal:	13.4	12.1	11.9	11.6	11.2	11.0	-2,0%	-2,4%
Bedbezettingspercentage								
Algemeen:	85.4	74.0	73.0	73.5	72.5	72.3		
Categoriaal:	85.3	79.4	76.7	75.5	75.0	75.4		
Academisch:	78.5	80.6	79.3	78.8	78.0	76.3		
Aantal dagverpl. dgn. (x 1.000)								
Algemeen:	107	274	302	333	365	414	20,7%	10,9%
Categoriaal:	0	10	12	6	7	7	-	-8,5%
Academisch:	<u>0</u>	<u>29</u>	<u>40</u>	<u>42</u>	<u>40</u>	<u>43</u>	-	10,3%
Totaal:	107	313	354	381	412	464	23,9%	10,3%
Aantal 1e polikliniekbezoeken (x 1.000)								
Algemeen:	3.474	4.467	4.894	5.360	5.625	5.829	5,2%	6,9%
Academisch:	<u>368</u>	<u>489</u>	<u>540</u>	<u>604</u>	<u>602</u>	<u>559</u>	5,9%	3,4%
Totaal:	3.842	4.956	5.434	5.964	6.227	6.388	5,2%	6,6%
Totaal aantal polikliniekbezoeken (x 1.000)								
Algemeen:	16.824	17.507	17.588	18.119	18.757	18.859	0,8%	2,2%
Academisch:	<u>2.177</u>	<u>2.531</u>	<u>2.647</u>	<u>2.727</u>	<u>2.716</u>	<u>2.674</u>	3,1%	0,8%
Totaal:	19.001	20.038	20.235	20.846	21.473	21.533	1,1%	2,0%
Aantal patiënten (opnamen, dagopnamen en eerste polikliniekbezoeken) (x 1.000)								
Totaal:	5.569	6.795	7.319	7.892	8.181	8.400	4,0%	5,7%
Aantal verrichtingen (index 1982 = 100)								
Totaal:	100	107,7	110,4	114,6	117,8	121,8	1,5%	3,1%
Aandeel verpleegdagen door 65+ ers (in procenten)								
Totaal:	35,5	41,3	42,5	43,5	44,1	44,5	3,1%	1,9%

Bron: NZI, LMR

Enkele opmerkingen bij dit cijfermateriaal:

De cijfers voor de categorale ziekenhuizen zijn in een aantal gevallen niet te vergelijken met die van de andere typen ziekenhuizen, omdat zij een heterogene groep vormen. De gemiddelde verpleegduur is gemiddeld over bijvoorbeeld de revalidatiecentra en de oogziekenhuizen.

Veel van deze getallen moeten ook met enige voorzichtigheid worden beschouwd. Zo is bijvoorbeeld het bedbezettingspercentage gerelateerd aan het aantal verpleegdagen en het aantal erkende bedden. Naast verpleegdagen zouden ook dagopnamen (of dagverplegingen) in de teller van deze ratio meegenomen moeten worden. Het kan ook zijn, dat in sommige ziekenhuizen minder bedden feitelijk in gebruik zijn, dan er erkend zijn. Uit doelmatigheidsoverwegingen zijn in veel ziekenhuizen verpleegafdelingen gesloten. Een bedbezetting van 75% wil dus niet zeggen, dat gemiddeld in ziekenhuizen een kwart van de bedden onbezet zijn.

Een ander voorbeeld is de gemiddelde verpleegduur. Deze cijfers worden nog wel eens ten onrechte vergeleken met de Amerikaanse situatie, waaruit veel kortere gemiddelde verpleegduren zouden blijken. In de Nederlandse statistiek worden echter de dagopnamen niet als opnamen

geteld. Dus alle patiënten met een verpleegduur van één dag vallen buiten de berekening van de gemiddelde verpleegduur. Deze bijzonderheid van de nederlandse statistiek beïnvloedt ook de opnamecijfers.

In de verrichtingenindex wordt de ontwikkeling van het aantal therapeutische en diagnostische verrichtingen gemeten. Het gaat hierbij om verrichtingen, zoals: laboratorium- en functie-onderzoeken, operaties, verlossingen, röntgenfoto's, CT-scans, enz.. Een aantal top-klinische functies (haemodialyses, PTCA's, etc.) is niet in deze index begrepen.

Internationale vergelijking

Tabel 4.6 Ziekenhuizen, internationaal vergeleken.

	Ned.	Bel.	BRD	Fr.	Den.	V.K.	V.S.
Bedden/1.000 inwoners (1990)	4,3	5,6 ²	7,5	5,2	4,7 ²	2,8 ¹	3,6
Opnamen/100 inwoners (1990)	10,3	17,0 ²	18,5	21,0	20,5	12,9 ¹	12,4
Ligdagen/inwoner (1991)	1,1	1,7	2,3	1,4	1,3	0,9	0,9
Gemiddelde ligduur (1990)	11,2	10,0 ²	13,4	7,0	6,6	7,8 ¹	7,3
Zkh.bd./ov. intr. bedden (1990)	37,5	56,9 ²	71,8	53,0	79,1 ²	39,2 ¹	76,6

Bron: OECD Health Data

1) 1986

2) 1989

Enige opmerkingen bij deze cijfers:

Voor wat betreft het bedpromillage en het aantal ligdagen 'scoort' Nederland redelijk laag. Zeer laag scoort Nederland waar het gaat om het aantal opnamen. Wellicht vinden in Nederland veel behandelingen plaats in dagbehandeling en poliklinisch. Dit leidt er ook toe, dat Nederland vrij hoog scoort met de gemiddelde ligduur. Doordat er veel poliklinisch en in dagbehandeling wordt verricht, zijn er relatief weinig opnamen. Ten aanzien van het aantal ziekenhuisbedden in relatie tot het totaal aantal bedden in de intramurale zorg moet er op worden gewezen, dat Nederland relatief veel 'overige intramurale voorzieningen' kent (psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen, enz.).

4.3. Ontwikkelingen

Het proces van schaalvergroting en concentratie zal de komende jaren de boventoon blijven voeren. De verwachting is uitgesproken, dat het uiteindelijke aantal algemene ziekenhuizen beneden de 100 zal liggen.

Overigens blijkt de staatssecretaris zich zorgen te maken over deze tendens. Een citaat uit de nota "Structurering van de ziekenhuiszorg":

Kortom, de "toegevoegde waarde" van schaalvergroting en concentratie is niet meer altijd duidelijk en de ambitie tot superspecialisatie is niet altijd wenselijk. Omdat schaalvergroting (...) tot duurdere zorg leidt, ook voor eenvoudige ingrepen, ben ik dan ook vooralsnog van oordeel dat de baten niet tegen de kosten opwegen en dat een heroverweging wenselijk is.

Ook het management van ziekenhuizen is aan grote veranderingen onderhevig. Van Vondel [1992] typeerde deze verandering in vier bewegingen:

- Van opbrengstgericht naar kostengericht naar marktgericht denken;

- Samenhang tussen zorginhoudelijke beslissingen en beheersmatige beslissingen;
- Van management van een facilitair bedrijf naar integraal zorg- en economisch management;
- Van constaterende registratie naar sturings- en managementinformatie.

In het licht van de veranderingen in de organisatie van de ziekenhuiszorg kunnen nog de volgende ontwikkelingen worden aangegeven:

- Het ontstaan van 'buitenpoliklinieken'.
Deze ontwikkeling lijkt een reactie op de concentratietendens. Buitenpoliklinieken vergroten de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg. Overigens zijn veel van deze buitenpoliklinieken een gevolg van een fusieproces tussen een of meer grote ziekenhuizen en een klein ziekenhuis. Het laten voortbestaan van de kleinste lokatie als buitenpolikliniek is dan soms een 'politiek' compromis.
- Het ontstaan van diagnostische centra.
Diagnostische centra zijn in feite ziekenhuisvoorzieningen ten behoeve van de huisartsen. In die functie leveren zij een bijdrage aan een bevordering van de doelmatigheid, doordat onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn daarmee kunnen worden voorkomen.
- Het ontstaan van dagverplegingscentrum en/of een short stay kliniek.
Deze voorzieningen leveren zowel een bijdrage aan de doelmatigheid als aan de bereikbaarheid. (Kortere verpleegduur, hogere doorstroom, geen onnodig medisch-technische voorzieningen, enz.)

Samengevat kan in de ziekenhuiswereld een viertal grote tendensen met betrekking tot de externe organisatorische vormgeving worden waargenomen:

1. *Concentratietendens:*

Niet alleen fusies, maar ook: 'joint ventures'; ontwikkeling van gezamenlijke ondersteunende faciliteiten; onderlinge taakverdeling en concentratie.

2. *Integratietendens:*

De verbindingen tussen ziekenhuizen, specialisten en huisartsen en tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen nemen sterk toe. Voor het eerste valt daarbij te denken aan zaken als: toenemende management-participatie door specialisten; protocol-ontwikkeling tussen specialisten en huisartsen; enz.. Voor het tweede valt te denken aan het omgaan met de 'verkeerde-bed-problematiek'.

3. *Decentralisatietendens:*

Ziekenhuizen met meerdere lokaties en een decentrale organisatie, mede onder invloed van de grotere betrokkenheid van de specialisten bij het management.

4. *Markttendens:*

Ziekenhuizen richten zich op beter passende produkt-markt-combinaties.

Ook zijn ziekenhuizen bezig om nieuwe geldstromen aan te boren. Daarbij valt te denken aan zaken als: Sponsoring, medical trials, medische dienstverlening aan bedrijven, enz.. Deze inkomsten staan los van het budget.

[Lems, 1990]

Een relatief nieuwe ontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg is het ontstaan van "privé-klinieken" of, beter geformuleerd, "niet-klinische behandelcentra". Er bestonden al langer particuliere bureaus voor gezondheidszonderzoek (bijvoorbeeld voor keuringen ten behoeve van bedrijven), maar met name het "Boerema-initiatief" was de eerste poging om buiten het wettelijke systeem van erkenningen om te komen tot een centrum voor diagnostiek en niet-klinische behandeling. Na langdurig juridisch touwtrekken bepaalde de rechter uiteindelijk, dat de Boerema-kliniek niet onder de werking van de WZV valt. Sindsdien is een zeker 'gedoogbeleid' gevoerd en zijn er naar schatting inmiddels zo'n veertigtal niet-klinische behandelcentra in Nederland. Voor zover nu

bekend zijn de belangrijkste specialismen, die in deze centra functioneren: Plastische chirurgie, oogheelkunde, dermatologie, flebologie en orthopaedie.

Ook sommige ziekenhuizen overwegen om over te gaan tot de oprichting van privé-klinieken.

Ondanks het gevoerde gedoogbeleid is de staatssecretaris terughoudend, blijkens een bericht in het VNZ-Journaal (1993, nr. 6):

De komende jaren zal de huidige aanbodbeheersing ex WZV worden voortgezet, maar buitenpoliklinieken van ziekenhuizen vallen daar wel onder en privé-klinieken niet. Daarom baart de mogelijkheid van een patiëntenwedloop tussen ziekenhuizen en behandelcentra de staatssecretaris enige zorg. Hij wil daarom terughoudend zijn jegens de groei van het aantal behandelcentra.

Het algemene beeld is, dat er een grote verschuiving gaande is in de zorgverlening door ziekenhuizen. Ondanks de vergrijzing van de bevolking is het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen in de afgelopen tien jaar licht gedaald en is het aantal verpleegdagen (de gemiddelde verpleegduur) zelfs sterk gedaald. Daar staat tegenover een sterke stijging van het aantal dagverplegingsdagen en van het aantal eerste polikliniekbezoeken.

Al deze ontwikkelingen zijn in hoofdzaak het gevolg van de voortschrijdende medische technologie. Hierdoor is het mogelijk, dat men voor bepaalde behandelingen veel korter in het ziekenhuis hoeft te verblijven dan vroeger c.q. dat steeds meer behandelingen in dagbehandeling of poliklinisch kunnen plaats vinden.

De verwachting is, dat het aantal dag- en poliklinische behandelingen nog verder zal stijgen. Tegenover deze positieve ontwikkeling staat wel, dat de zorg voor de patiënten, die wel moeten worden opgenomen een intensiever karakter zal gaan dragen. Het zullen immers over het algemeen de zwaardere patiënten zijn, die moeten worden opgenomen en zij worden binnen een steeds kortere periode behandeld.

Overigens zal er wel een einde komen aan de daling van de gemiddelde verpleegduur ten gevolge van de voortgaande vergrijzing van de bevolking. Oudere mensen hebben in het algemeen een gemiddeld langere verpleegduur nodig dan het gemiddelde dat in bovenstaande tabel is genoemd. Maar niemand kan voorspellen, wanneer de daling van de gemiddelde verpleegduur zal zijn afgelopen.

Medisch-technologische ontwikkelingen maken meer mogelijk en voor meer doelgroepen en geven daarmee een grotere druk op het ziekenhuis. Bepaalde ontwikkelingen leiden ertoe, dat de technische en personele infrastructuur van een ziekenhuis nodig is, een aantal andere leidt er juist toe, dat er meer verrichtingen buiten het ziekenhuis kunnen gebeuren. Het ziekenhuis zal dus verschillende rollen kunnen gaan krijgen in zijn wijze van zorgverlening. Een citaat uit de nota "Het ziekenhuis aan bod":

"Vanuit dit domein [de medisch-specialistische zorg en bijbehorende verpleging] zal het ziekenhuis binnen zijn mogelijkheden streven naar een goede samenwerking met de eerste lijn, het verpleeghuis en andere zorgaanbieders. Het is niet zo dat de gespecialiseerde medische en verpleegkundige zorg altijd beperkt moet blijven tot binnen de muren van het ziekenhuis. In een aantal situaties zal het ziekenhuis deze zorg ook kunnen verlenen in de thuissituatie, waarbij het zelf de eindverantwoordelijkheid blijft dragen."

Over een breed front bestaat er in toenemende mate aandacht voor de ontwikkeling van programma's voor kwaliteitsbevordering, meestal in de combinatie 'kwaliteit en doelmatigheid'. Enkele ziekenhuizen hebben zich in een groep georganiseerd om te komen tot de ontwikkeling van

kwaliteitsstandaarden. Een citaat uit de Leeuwarder Courant van 2-12-1992:

Er komt een 'keurmerk' voor ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van een goede kwaliteit van zorg. Acht Nederlandse Ziekenhuizen (...) hebben de afgelopen jaren kwaliteitsnormen ontwikkeld die toegepast kunnen worden in het gehele ziekenhuiswezen. (...) De stichting PACE verwacht dat certificatie van ziekenhuizen na de stelselwijziging in de gezondheidszorg een belangrijke rol zal spelen. Ziekenhuizen moeten in de toekomst overeenkomsten sluiten met de zorgverzekeraars. De kwaliteit van de te leveren diensten moet dan kunnen worden gegarandeerd.

Hoff [1991] doet in dit verband onder meer de volgende constatering:

"Algemene ziekenhuizen zien (...) de noodzaak meer aandacht te geven aan de bevordering van de kwaliteit van hun organisatie. Ziekenhuizen maken daarbij in toenemende mate gebruik van de (industriële) expertise die externe adviesbureaus aanbieden op op het gebied van "Integrale Kwaliteitszorg". De aandacht gaat bij de speciaal hiervoor opgezette ondersteuningsprogramma's uit naar het stimuleren van de medewerkers om gezamenlijk gericht en systematisch aan kwaliteitsbevordering te werken. Daardoor wordt geprobeerd de totale prestatie van het ziekenhuis te verbeteren."

Over het algemeen is de patiënt wat kritischer dan zo'n tien jaar geleden. Deze kritische houding heeft zowel te maken met de diagnose en medische behandeling als met de bejegening in het ziekenhuis. Ten aanzien van de diagnose en behandeling gaat het met name om volledige informatie en het zelf mee bepalen (binnen bepaalde grenzen) van de behandeling. De bejegening in het ziekenhuis, alsmede de verzorging wordt kritisch gevolgd.

De algemene ziekenhuizen spelen op deze veranderingen in door zaken als: een betere informatievoorziening (bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal), klachtenbehandeling en patiëntenenquête.

4.5. Knelpunten

In het algemeen lijkt er sprake te zijn van een verschuiving in de verhouding tussen het in-service-onderwijs en het dag-onderwijs. Per saldo is het aantal verpleegkundigen in opleiding tussen 1982 en 1989 afgenomen van 26.356 naar 25.743. Er zijn aanwijzingen, dat deze daling zich verder voortzet.

In het algemeen is de inschatting, dat de arbeidsvoorziening voor ziekenhuizen moeizamer zal gaan verlopen. Enkele aspecten, die daarbij een rol spelen zijn:

- Een teruglopend aantal schoolverlaters;
- Daarmee samenhangend: een toenemende concurrentie vanuit andere sectoren, met name het bedrijfsleven;
- Een veranderd beeld van het beroep van verpleegkundige (van een 'roeping' naar een 'baan') en daarmee een andere maatschappelijke afweging tegenover andere beroepen. Het 'image' van het beroep is sterk veranderd. Door langdurige berichten over slechte betaling en hoge werkdruk is dat maatschappelijke beeld zeker niet optimaal.

Schaarste van personeel betekent ook, dat personeel duurder zal gaan worden. Er zal dan ook een toenemende spanning zijn tussen het beloningsniveau aan de ene kant en het volume dan wel de kwaliteit van de zorg aan de andere kant. Een hogere beloning voor medewerkers betekent immers, dat dit ergens anders in het budget zal moeten worden gecompenseerd.

Opgemerkt moet worden, dat de personeelsproblematiek niet in alle regio's op dezelfde wijze speelt. Op dit moment is de spanning op de arbeidsmarkt voor verpleegkundige en (para)medische beroepen in de randstad groter dan in de rest van Nederland.

Ook speelt de arbeidsmarkt-problematiek niet voor alle beroepen even zwaar. In bepaalde beroepsgroepen is nadrukkelijk sprake van een grotere schaarste dan in andere.

Overigens bestaat de indruk, dat met name het afgelopen jaar de knelpunten op de arbeidsmarkt zijn afgenomen. Als redenen hiervoor kunnen worden genoemd:

- betere erkenning voor de functies verpleging en verzorging;
- betere salariëring;
- geringer verloop en ziekteverzuim;
- een intensieve arbeidsmarktcampagne;
- minder concurrentie uit andere bedrijfstakken als gevolg van een algemene recessie.

Ondanks de toegenomen produktie van ziekenhuizen, blijkt toch, dat zij de ontwikkeling in de vraag naar medisch-specialistische hulp niet bij kunnen houden. Uit een representatieve steekproef onder ziekenhuizen bleek, dat het aantal personen, dat langer dan vier weken op een wachtlijst voor opname staat, in 1989 47.500 bedroeg en in 1991 49.100. (Deze getallen zijn extrapolaties vanuit de steekproef naar het landelijke niveau.)

De wachtlijst kan worden gezien als een 'thermometer' voor de discrepantie tussen de beschikbare en de benodigde middelen. Wachtlijsten zijn echter niet zonder meer een indicatie voor een tekort aan medische specialisten. Voor oogartsen lijkt dit bijvoorbeeld wel het geval te zijn, maar voor bijvoorbeeld orthopaeden is de beschikbaarheid van de medische hulpmiddelen eveneens een beperkende factor. Ook het aantal beschikbare bedden kan een rol spelen bij het ontstaan van wachtlijsten.

Daarnaast moet men zich ook realiseren, dat bij een optimale benutting van de beschikbare voorzieningen een zekere wachttijd onvermijdelijk is.

Natuurlijk zijn niet al die wachttijden even schadelijk, maar zorgwekkend lijkt wel te zijn, dat de schatting werd gegeven, dat er bijna 27.000 personen medisch gezien te lang op een wachtlijst staan. [Bron: NZi]

Ook hier geldt overigens weer, dat de problemen niet voor alle patiëntencategorieën hetzelfde zijn. Er zijn uitschieters met extreem lange wachttijden, zoals bijvoorbeeld oogheelkunde en orthopedie.

Integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis kent enkele tegenstrijdigheden. Er is een tegenstelling tussen de nagestreefde organisatiebinding en de autonomie van de (dikwijls) vrijgevestigde specialisten. Ook is er een tegenstrijdigheid tussen het hiervoor noodzakelijke krachtige leiderschap en de professionele autonomie van de medisch specialist. "Medici kunnen niet worden 'gedwongen' tot medewerking en zullen alleen participeren indien zij hier zelf baat bij hebben." [Hoff, 1991]

Als laatste knelpunt dient nog te worden gewezen op het probleem van de 'verkeerde bedden'. Het gaat dan in het algemeen om mensen, die in het ziekenhuis zijn opgenomen, maar geen medische indicatie (meer) hebben. In absolute zin gaat het om vrij grote aantallen. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft in 1987 een onderzoek gedaan naar de verkeerde bedproblematiek voor mensen, die een verpleeghuis-indicatie hadden, maar voor wie geen plaats beschikbaar was. Het bleek om zo'n 480.000 ligdagen te gaan, ofwel, omgerekend, zo'n 1.300 bedden. Gespecificeerd naar regio's, blijkt er een samenhang te zijn met een normatief tekort aan verpleeghuisbedden.

Het College eindigt met te stellen:

"Op het moment is de problematiek in de ziekenhuizen nog niet zodanig dat de ziekenhuizen bepaalde functies niet meer uit kunnen oefenen als gevolg van de grote omvang van het aantal verkeerd bezette bedden. In de toekomst zal, mede door de voorziene reductie van het aantal ziekenhuisbedden, dit echter wel het geval kunnen zijn." [CvZ, 1992]

DEEL II: DE ONDERLINGE RELATIES

In dit deel komen de relaties tussen huisarts en specialist, huisarts en ziekenhuis en specialist en ziekenhuis aan de orde. Onder het kopje feiten zal de relevante regulering worden beschreven. Ook zal worden ingegaan op de manier waarop de huidige samenwerking gestalte krijgt en de knelpunten die daarbij naar voren komen.

5. DE RELATIE HUISARTS-SPECIALIST

L.J. Stokx, arts (NIVEL)

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie huisarts-specialist. Deze relatie is van belang omdat hierbij de patiënt vanuit een systeem van relatief eenvoudige en goedkope zorg overgaat naar een systeem van ingewikkelde en dure zorg en terug. Daarbij is vooral aandacht voor de manier waarop de samenwerking tussen beide inhoudelijk en administratief is geregeld en wat de belangrijkste knelpunten en relevante ontwikkelingen zijn in deze relatie.

5.2. Feiten

huidige situatie

De Nederlandse gezondheidszorg kan tot nu toe, ondanks het huidige overheidsbeleid gericht op een functionele omschrijving en organisatie van het zorgaanbod, een geëcheloniseerd systeem genoemd worden. De relatie tussen huisarts en medisch specialist is te typeren als 'Working Apart Together'. Echelonnering betekent een scheiding tussen de werksferen van huisarts en specialist. Hierdoor is het verwijzen van patiënten van eerstelijns naar tweedelijns (en terug) het belangrijkste kenmerk van de onderlinge relatie. De huisarts fungeert als een poortwachter tussen de beide echelons met twee onderscheiden taken: hij selecteert wie wel en wie niet naar de specialist mogen (schildwachtfunctie: vaak benadrukt in het beleid) en zorgt dat de individuele patiënt bij de juiste specialist terecht komt (gidsfunctie: benadrukt door de beroepsgroepen). De volgende getallen geven een inzicht in de patiëntenstroom tussen eerste en tweedelijns: In 1991 vonden in Nederland iets meer dan anderhalf miljoen ziekenhuisopnamen plaats en een kleine tweeëntwintig miljoen polikliniek bezoeken waarvan grofweg één derde eerste polikliniekbezoeken betrof (FOZ '93). Het verwijzen van patiënten naar medisch specialistische hulp is formeel juridisch vastgelegd in het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 4 lid 2). Het verstrekkingenbesluit is een uitwerking van de ziekenfondswet. Veel particuliere verzekeraars hebben het verwijspincipe overgenomen. Het verwijskaartensysteem is gewijzigd per 1 juli 1991. Vanwege het belang gaan we hier kort in op de oude en de nieuwe situatie. Op de achtergronden van de wijziging komen we terug in de paragraaf knelpunten.

Situatie tot 1 juli 1991:

Een verwijskaart is een door de huisarts uitgeschreven en door de specialist bij het ziekenfonds ingediende en geaccepteerde declaratie voor poliklinische hulp gedurende één maand. Een verwijskaart vertegenwoordigt voor de specialist dus een contante waarde. Een specialist mag op basis van een door de huisarts uitgeschreven verwijskaart binnen één jaar na afgifte van de verwijskaart, een beperkt aantal zogenoemde herhalingskaarten declareren. Is de specialist van mening dat de patiënt na afloop van dit jaar verder onder zijn behandeling dient te blijven, dan moet een nieuwe verwijskaart (vaak verlengingskaart/-verwijzing genoemd) worden uitgeschreven door de huisarts.

De situatie na 1 juli 1991

Tegenwoordig kunnen huisartsen drie typen verwijskaarten uitschrijven:

Ten eerste een korte kaart (geldig voor één maand bij de heelkundige specialismen en twee maanden voor de beschouwende specialismen), voor die gevallen waarbij de huisarts de patiënt

voor een beperkte tijd wil verwijzen.

Ten tweede een **jaarkaart**, indien de huisarts de patiënt een verwijzing met een geldigheid van één jaar wenst mee te geven.

Ten derde een **aanvullende kaart**, die de geldigheidsduur van de korte kaart verlengt tot één jaar (ter vervanging van de herhaalkaarten). De aanvullende kaart wordt door de huisarts op verzoek van de behandelend medisch specialist afgegeven indien de huisarts de visie van de medisch specialist deelt dat een voortgezette behandeling door de medisch specialist is aangewezen. Hiermee wordt de eerder afgegeven korte kaart omgezet in een jaarkaart. Deze jaarkaart geldt vanaf de aanvangsdatum van de korte kaart voor een periode van één jaar.

Een specialist mag voor een korte kaart 80% van de waarde van een jaarkaart declareren.

Jarenlang is het *verwijscijfer* (het aantal uitgeschreven verwijskaarten per 1000 ingeschreven verzekerden) als globale maat gebruikt om het verkeer tussen eerste en tweede lijn te kenschetsen. Vanaf 1966 tot 1974 is er een sterke stijging te zien van dit cijfer van ongeveer 390 naar ongeveer 470 ongeveer in gelijke tred met de stijging van het aantal ziekenhuisopnamen en verpleegdagen. Daarna is een stabilisatie opgetreden. Tot 1985 is het verwijscijfer rond de 450 gebleven, ondanks het feit dat de veroudering van de bevolking langzaam, maar zeker voortschreed en het aantal medisch specialisten in fors tempo bleef stijgen (Van der Zee 1985). Na 1985 zijn geen betrouwbare data meer voor handen, maar uit extrapolaties blijkt dat het verwijscijfer in de periode tot 1991 ongeveer gelijk is gebleven (Stokx e.a. 1992)

Al liggen de verwijscijfers in Nederland in vergelijking tot andere landen niet bijzonder hoog, toch bestaan er behoorlijke verschillen in het verwijzen tussen verschillende huisartsen (Gloerich & Van der Zee, 1992). Deze zijn behalve op verschillen in aangeboden morbiditeit terug te brengen op de wijze waarop de huisarts praktijk voert en de opvattingen die hij heeft. Zo verwijzen huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra bij voorbeeld minder dan solo- en duopraktijken. Dit komt vooral door een geringer aantal administratieve verwijzingen (verlengingsverwijzingen en verwijzingen achteraf). Huisartsen die meer technische handelingen zelf verrichten verwijzen minder, terwijl huisartsen die vinden dat ze als arts minder centraal staan bij de behandeling juist meer, vooral administratieve, verwijzingen realiseren. Ook de (toenemende) druk vanuit de patiënt om te worden verwezen speelt een rol⁵. De beschikbaarheid van voorzieningen (aantal beschikbare ziekenhuisbedden, afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis) en de actieve opstelling van specialisten om door middel van een verhoogd aantal administratieve verwijzingen patiënten in hun praktijk te krijgen, spelen een rol.

Naast het verwijzen verbindt het voorschrijven van geneesmiddelen huisarts en specialist. Specialist schrijven (evenals huisartsen) vaak geneesmiddelen voor ter behandeling van patiënten. Indien de behandeling met deze middelen een chronisch karakter krijgt dan is de huisarts voor de patiënt vaak het makkelijkst te bereiken als het gaat om het verkrijgen van een vervolgrecept. De huisarts neemt dan de verantwoordelijkheid om deze receptuur te continueren.

De relatie tussen huisarts en specialist vereist communicatie zodat de verleende zorg in eerste- en tweedelij op elkaar kan worden afgestemd. In Nederland is deze communicatie in de praktijk meestal beperkt tot verwijsbrieven van de huisarts en ontslagbrieven van de specialist en vindt verder weinig overleg plaats. Huisartsen bewaken de continuïteit van zorg bij ziekenhuisopnamen in hoofdzaak via overleg over de beslissing tot opname (bij circa 15 % van de opnames). Overleg

5 Binnen Europa kennen de Nederlandse huisartsen verreweg de meeste invloed toe aan patiënten. Slechts bij 40 % van de verwijzingen heeft volgens hen de patiënt geen enkele invloed, terwijl dat in de landen van Zuid-Europa en Frankrijk consequent meer dan 60 % is (Fleming, 1992).

tussen huisarts en specialist tijdens het verblijf van patiënten in het ziekenhuis en in verband met de beslissing tot ontslag en nazorg komt weinig voor (bij resp. 5% en 4% van de opnames, Kersten 1991). Ook proberen huisartsen telefonisch bij specialisten met de meest pregnante wachtlijstproblematiek (zoals bij oogheelkunde en orthopaedie), vaak op verzoek van de patiënt, de patiënt hoger op de wachtlijst te krijgen (Stokx, Kersten 1991). Voor het overige onderhouden huisartsen en specialisten contacten door middel van refereeravonden, klinische middagen/patiëntenbesprekingen en dergelijke. In welke vorm en met welke frequentie is zeer verschillend per regio en per specialisme.

Iedere huisarts heeft een meer intensieve relatie met een beperkt aantal specialisten, die voor het grootste deel in de nabij gelegen ziekenhuizen werkzaam zijn. In plattelandsgebieden is de huisarts zelfs vaak volledig op de specialisten van een enkel ziekenhuis gericht. In de steden heeft de huisarts door het grotere specialistische aanbod over het algemeen contacten met een groter aantal, specialisten. Met specialisten in Academische of ander topvoorzieningen hebben huisartsen slechts incidenteel relaties afhankelijk van het aanbod van bepaalde minder vaak voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk. Omgekeerd geldt ook dat specialisten in landelijke gebieden met een kleiner aantal huisartsen te maken hebben dan specialisten die werkzaam zijn in de stedelijke gebieden en de academische ziekenhuizen. In tabel 5.1 is aangegeven met welke specialismen huisartsen kwantitatief het meeste van doen hebben.

Tabel 5.1. Percentage verwijzingen van huisarts naar de diverse medisch specialisten voor ziekenfondspatiënten

	1985 (LISZ)	1987/88(NIVEL)
oogheelkunde	20.3	16.6
chirurgie	13.8	14.0
interne geneeskunde	10.8	10.5
KNO	8.1	8.7
verloskunde/gynaecologie	7.4	7.8
dermatologie/allergologie	6.9	7.2
orthopaedie	6.5	7.5
neurologie	5.5	6.1
cardiologie	4.4	5.0
kindergeneeskunde	3.2	2.7
urologie	2.7	3.5
longziekten en tuberculose	2.7	2.9
overige	7.8	7.6

Bron: Stokx et al, 1992

5.3. Ontwikkelingen

communicatie

Sinds enkele jaren worden er experimenten gedaan waarbij voor de onderlinge communicatie gebruik gemaakt wordt van de nieuwe media zoals datacommunicatietechnieken (Electronic Data Interchange (EDI) en fax-verkeer).

standaarden en protocollen

Zoals in paragraaf 2.3 werd beschreven ontwikkelen huisartsen (NHG) zogenaamde standaarden van zorg voor veel voorkomende aandoeningen/klachten in de huisartspraktijk. Vaak zijn deze standaarden gericht op het zelf behandelen in plaats van verwijzen naar de medisch specialist. Tegelijkertijd worden soortgelijke activiteiten vanuit de medisch specialistische hoek onder de noemer van Protocollen door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) ontplooid. Ondanks het feit dat over en weer wel enige inbreng is vanuit de andere beroepsgroep, vindt de ontwikkeling van Standaarden en Protocollen redelijk onafhankelijk van elkaar plaats.

Vooraf epidemiologisch gefundeerde verschillen van inzicht belemmeren het gezamenlijk opstellen van richtlijnen. Een belangrijk argument van huisartsenzijde is bij voorbeeld dat de specialist niet ziet wat de huisarts ziet, terwijl dat omgekeerd wel het geval is en dat een tweedelijns aanpak in de eerstelijns een enorme 'overshoot' aan medische bemoeienis geeft, zonder uitzicht op betere effecten. Bij aandoeningen die in beide echelons veel voorkomen is het relatief eenvoudiger om tot overeenstemming te komen blijkens de recente discussies rondom Diabetes Mellitus type II ('Het Zwols protocol', zie Van Ballegooi 1991).

thuiszorg

In het kader van de thuiszorg vinden experimenten plaats om specialisten te betrekken bij het verlenen van zorg aan chronisch zieken en terminale patiënten in de thuissituatie en om tot nu toe aan specialisten voorbehouden technieken naar de thuissituatie te verplaatsen (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1992).

5.4. Knelpunten in de relatie huisarts-specialist

honorering van de beide beroepsgroepen

Het systeem van honorering van de beide groepen beroepsbeoefenaren in Nederland is zodanig dat het prikkelt om patiënten zorg te bieden binnen de tweede lijn en stimuleert niet om in het geval van verwijzing de zorg gezamenlijk uit te voeren. Huisartsen worden voor 60% van de patiënten, de ziekenfondsverzekerden, op abonnementsbasis betaald en voor de particulier verzekerden per consult. De Nederlandse specialisten worden voor het overgrote deel per verrichting gehonoreerd. Dit leidt ertoe dat huisartsen geen financieel belang hebben bij het zelf behandelen van patiënten, terwijl specialisten een financieel belang hebben bij het 'aanzuigen' en 'vasthouden' van patiënten. Vanuit het honoreringssysteem bestaat dus een 'dubbele incentive' gericht op meer specialistische zorg. De werking van deze prikkels moet niet worden overdreven. Met name bij de huisartsen zijn er professionele prikkels om patiënten niet te verwijzen, maar zelf te behandelen. Een aantal NHG-standaarden zijn hier op gericht en de verwijscijfers van de Nederlandse huisartsen in vergelijking met buitenlandse collega's liggen dan ook niet hoog.

functioneren van het verwijskaartensysteem

De belangrijkste reden voor de wijziging van het systeem van verwijskaarten bestond uit de behoefte bij huisartsen om over een advieskaart te kunnen beschikken. Met die advieskaart zou de huisarts in één enkel consult of een paar consulten aanwijzingen van de specialist moeten ontvangen om zelf de behandeling voort te zetten. De advieskaart zou in die visie ook aanzienlijk lager gehonoreerd moeten worden dan een 'normale' verwijskaart, waarmee de huisarts aangeeft de behandeling te willen overdragen.

Na een jarenlange ingewikkelde discussie is in het 'Vijfpartijenoverleg' zo'n soort mogelijkheid overeengekomen ingaande op 1 juli 1991. Dit vormt de crux van de beschreven wijziging. De

'korte kaart' geeft huisartsen de mogelijkheid om patiënten in principe voor een korte periode te verwijzen naar een medisch specialist. Bij een verwijzing met een korte kaart vraagt de huisarts aan de specialist om een advies, om een korte behandeling of om een combinatie van beiden.

Voorheen kon de specialist door middel van het uitschrijven van herhaalkaarten extra inkomsten verwerven tot een jaar na afgifte van een verwijskaart. Daarbij was de follow-up door de specialist in principe aan het oog van de huisarts onttrokken, tenzij de huisarts zich zelf actief inzette om meer informatie te verwerven omtrent het lot van de patiënt in de tweede lijn. Door de hoge vergoeding die de korte kaart oplevert (80% van een jaarkaart) is de door huisartsen gewenste inhoudelijke functie van de advieskaart eigenlijk totaal ondergraven. Huisartsen krijgen niet de door hen gewenste invloed op patiëntenstromen. Tussen de assistentes van huisartsen en secretaresses van specialisten is een uitgebreid administratief verwijskaartenverkeer op gang gekomen dat nogal eens tot irritatie over en weer leidt (Post, 1992). Een zeer recente voorlopige rapportage (februari 1993) van de VNZ laat zien dat een belangrijk deel van de overschrijdingen voor de kosten van specialistische hulp terug te voeren is aan juist de verandering van het verwijskaartensysteem (Collaris).

cultuurverschil

De huisarts biedt aan zijn vaste patiëntenpopulatie zorg met een persoonlijk, generalistisch en integraal karakter. Daar tegenover staat de specialist, die een steeds van samenstelling wisselende populatie bedient en daarbij vooral medisch-technologische vaardigheden gebruikt, gericht op enkele facetten van de totale problematiek van een patiënt. Een ander elementair verschil is gelegen in de veel grotere mate van aandacht voor psychosociale problematiek in de huisartspraktijk tegenover een meer somatische gerichte aanpak in de tweedelij.

Ook het gebruik van medische probleem-oplossende strategieën is verschillend voor huisartsen en specialisten. In eerste instantie is bij de ontrafeling van een (gezondheids)probleem voor beiden de patroonherkenning van belang. Vervolgens lijken specialisten vooral van een algoritmische benadering gebruik te maken (één voor één proberen van mogelijke oplossingen) en huisartsen van de heuristische exploratie (zoeken naar informatie om vast te stellen of er veelbelovende onderzoeksrichtingen bestaan)(Everzwijn, de Melker, 1985).

taakafbakening en taakafstemming

De spanningen die naar voren komen in het verwijskaartsysteem lijken een vertaling te zijn van aspecten die een rol spelen in elke samenwerkingsrelatie. Steeds weer komen verschillen van inzicht naar voren op het gebied van de taakafbakening en taakafstemming tussen beide groepen. Kort samengevat gaat het daarbij steeds om het verwijt van de specialist dat de huisarts patiënten (te) laat instuurt en het verwijt van de huisarts dat de specialist patiënten (te) lang vasthoudt en niet laat weten wat voor behandeling de patiënt krijgt en hoe die verloopt. Er bestaat een aanzienlijke discrepantie tussen de opinies van huisartsen en specialisten over hoe de onderlinge samenwerking in verband met verwezen patiënten zou moeten verlopen en de manier waarop in werkelijkheid wordt samengewerkt. 'Op papier' claimen huisartsen een rol als bewakers van de continuïteit van zorg voor verwezen patiënten en het vermijden van overconsumptie in de tweedelij. Huisartsen vinden overwegend dat zij zoveel mogelijk de zorg voor patiënten in eigen hand moeten houden en zeggenschap moeten houden over wat er met hun verwezen patiënten gebeurt. Over het algemeen claimen huisartsen meer taken dan specialisten aan hen wensen toe te staan. Overigens blijkt dat huisartsen in de praktijk relatief weinig pogingen doen om procedures in de tweedelij te sturen (Kersten, 1991). Specialisten kunnen dan zelf het beleid bepalen, omdat huisartsen hen de vrije hand geven. Vaak wordt door huisartsen gezegd dat ze dit niet doen omdat de specialist toch 'zijn eigen gang' gaat. In de weinige gevallen dat de huisarts wil dat de specialist zich beperkt in zijn handelen doet de specialist dit vaak niet.

onderlinge communicatie

Over en weer bestaat kritiek op de inhoud en de volledigheid van de verwijs- en specialistenbrieven en de snelheid waarmee de laatste de huisarts bereikt. Klacht van beide beroepsgroepen is dat men elkaar telefonisch vaak moeilijk kan bereiken (Meyboom & Casparie, 1980, Hageman et al, 1984, Verhage-Spliet & Eggink, 1990, Kersten et al, 1992).

Onderling overleg tussen de beroepsgroepen verloopt vaak erg moeizaam zoals bij voorbeeld te zien is geweest bij de herziening van de verloskundige indicatielijst.⁶

Een centrale conclusie die steeds in de overigens talrijke samenwerkings experimenten teruggevonden wordt is dat men een verkeerd beeld heeft van elkaars beroep en wederzijdse vooroordelen heeft met betrekking tot elkaars professionele kwaliteiten. Deze verschillen worden vooral bepaald door de manier waarop de beide groepen ieder vanuit de eigen professie aankijken tegen gezondheid en gezondheidszorg:

6 De herziening van de zogenaamde Kloostermanlijst voor verloskundige indicaties is geen makkelijk proces geweest. Uit een evaluatie blijkt dat de acceptatie en het gebruik in de praktijk van deze lijst heel groot is bij verloskundigen en huisartsen enerzijds en heel gering bij gynaecologen anderzijds. (Riteco & Hingstman, 1992)

6. DE RELATIE HUISARTS-ZIEKENHUIS

Drs. D.M.J. Delnoy (NIVEL), drs. A.J.J. van der Kwartel (NZi)

6.1. Inleiding

Het belangrijkste dat over de relatie huisarts-ziekenhuis in Nederland kan worden opgemerkt, is dat deze relatie grotendeels afwezig is. Voor Nederland geldt formeel dat, zodra een patiënt het ziekenhuis betreedt, zijn behandeling onder de verantwoordelijkheid van een specialist valt. De ziekenhuisadministratie stuurt weliswaar een schriftelijk bericht aan de huisarts bij opname en ontslag van een patiënt, maar van een inhoudelijke relatie is hierbij geen sprake. Wanneer een patiënt nazorg nodig heeft, na zijn ontslag uit het ziekenhuis, vindt overleg hierover eerder via de verpleegkundige as plaats (tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging). Wel vindt er in een aantal gevallen en dan met name in de ontslagfase⁷ van een ziekenhuisverblijf contact plaats tussen huisarts en patiënt. In het algemeen blijkt dat patiënten met een langere ligduur, die met spoed zijn opgenomen en met een meer levensbedreigende aandoening, vaker door huisartsen worden bezocht bij een verblijf in het ziekenhuis. Ook bezoeken huisartsen eerder patiënten die op hun eigen initiatief in het ziekenhuis zijn opgenomen en worden oudere patiënten relatief vaker bezocht dan jongere.

Hoewel er dus vaker contact is met de patiënt in het geval van een ziekenhuisopname, heeft de huisarts weinig invloed op de duur en de aard van de behandeling in het ziekenhuis en doet hij ook nauwelijks pogingen een dergelijke invloed uit te oefenen (Kersten, 1992, pp. 131-139). Voor de relatie huisarts-ziekenhuis betekent dit dat deze op medisch-inhoudelijk terrein slechts op twee gebieden bestaat, namelijk voor wat betreft in het ziekenhuis aangevraagde diagnostiek en de zogenoemde verplaatste thuisbevalling. Op beide typen relaties zal in de volgende paragraaf kort worden ingegaan.

6.2. Huidige situatie

Diagnostiek

Zoals in hoofdstuk 2 al werd aangegeven, wordt voor 6,2 van de 100 patiënten (ofwel in 5 van de 100 contacten) door de huisarts externe diagnostiek aangevraagd, dat wil zeggen, diagnostiek die niet in de eigen praktijk wordt uitgevoerd. Het gaat daarbij om laboratoriumdiagnostiek, bloedchemie (2 per 100 patiënten), haematologie/serologie (2,1 per 100 patiënten), röntgenologie (2,1 per 100 patiënten) en overige diagnostiek, bijvoorbeeld functie-onderzoek (1,7 per 100 patiënten) (Groenewegen et al, 1992, pp. 41-42). Een huisarts kan voor deze externe diagnostiek⁸ gebruik maken van de faciliteiten van het ziekenhuis in zijn omgeving. Patiënten gaan dan zonder tussenkomst van een specialist direct naar de diagnostische afdeling van het ziekenhuis. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de bezetting van de diagnostische capaciteit in een ziekenhuis. Uit onderzoek van Silvertand (1992) kunnen gegevens worden afgeleid over het gebruik van diagnostische faciliteiten door huisartsen in het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg. Voor de afdeling

7 Bij ongeveer de helft van de opgenomen patiënten heeft de huisarts contact met de patiënt of diens mantelzorg over ontslag uit het ziekenhuis en over eventuele nazorg. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis wordt met slechts een derde van de patiënten contact opgenomen en rond de opname van een patiënt in het ziekenhuis, heeft de huisarts met ruim een kwart van de patiënten contact (Kersten, 1991).

8 In sommige regio's bestaan huisartsenlaboratoria waar huisartsen laboratoriumdiagnostiek kunnen aanvragen.

functie-onderzoek geldt dat 4% van alle verrichtingen wordt uitgevoerd ten behoeve van derden, waaronder huisartsen, terwijl voor de afdeling scapie worden 5% van alle verrichtingen uitgevoerd ten behoeve van huisartsen. Huisartsen leggen dus in verhouding geen groot beslag op de capaciteit van deze afdelingen. Anders ligt dit voor de röntgenafdeling, waar maar liefst 33% van alle verrichtingen wordt uitgevoerd in opdracht van huisartsen (Silvertand, 1992, pp. 36-39). In tabel 3 zijn enige landelijke gegevens over laboratorium- en röntgenverrichtingen weergegeven.

Tabel 6.1. Kwantitatieve gegevens (poliklinische verrichtingen)

Laboratoriumpunten							Gem. groei '87-'91
	'82	'87	'88	'89	'90	'91	
(x miljoen)	165	173	179	196	207	217	1,0%
Waarvan t.b.v. huisartsen:	21	29	34	36	43	43	6,7%
Percentage:	12,7	16,8	19,0	18,4	20,8	19,8	-
Röntgenverrichtingen (vanaf 1987 exc. CT)							
(x 1.000)	5.084	4.959	5.027	5.132	5.258	5.374	-0,5%
Waarvan t.b.v. huisartsen:	1.148	1.389	1.483	1.598	1.713	1.778	3,9%
Percentage:	22,6	28,0	29,5	31,1	32,6	33,1	

Bron: NZi: De Intramurale gezondheidszorg in cijfers

Uit tabel 6.1 blijkt dat er zowel in absolute zin als in relatieve zin (ten opzichte van de totale onderzoeken door het ziekenhuis) sprake is geweest van een sterke stijging van het aantal onderzoeken ten behoeve van de huisartsen. Was in 1982 nog ongeveer één op de acht laboratoriumpunten in ziekenhuizen toe te rekenen aan huisartsen, in 1991 is dat ongeveer één op de vijf. Voor de röntgen-onderzoeken komt deze ontwikkeling overeen van een verhouding van één op vijf naar één op drie. In het systeem van functiegerichte budgettering wordt ongeveer 2% gevormd door produktie ten behoeve van de eerste lijn.

Verplaatste thuisbevalling

Ongeveer een kwart van de Nederlandse huisartsen doet zelf nog bevallingen (Riteco & Hingstman, 1991). Het gaat daarbij om low-risk zwangerschappen en bevallingen, waarbij geen indicatie bestaat voor het bevallen in een ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog. Desalniettemin kan een vrouw kiezen voor een "primaire poliklinische bevalling", ook wel de "verplaatste thuisbevalling" genoemd. De bevalling vindt daarbij zonder medische indicatie plaats in het ziekenhuis, echter onder leiding van de eerste lijn (huisarts of verloskundige), waarna moeder en kind binnen 36 uur na de geboorte naar huis worden vervoerd, om daar het kraambed door te brengen. Het aantal primaire poliklinische bevallingen is gestegen van 15% in 1970 tot 23% in 1989. Het aandeel van de huisarts in deze ziekenhuisbevallingen is echter geleidelijk aan gedaald, van bijna 12% van het totaal aantal bevallingen in het ziekenhuis in 1970 tot iets meer dan 2% in 1989 (Riteco & Hingstman, 1991, pp. 34).

6.3. Ontwikkelingen

Een aantal ontwikkelingen kan van invloed zijn op de toekomstige relatie huisarts-ziekenhuis. Ten eerste is het, in het kader van de stelselherziening, voorstelbaar dat ziekenhuizen zich steeds meer op de thuiszorgmarkt zullen begeven, vooral door thuisverpleging vanuit het ziekenhuis te organiseren. Voor huisartsen zou dit kunnen betekenen dat zij in de toekomst meer professionele contacten zullen moeten onderhouden met verpleegkundig personeel dat gelieerd is aan een ziekenhuis.

Op het vlak van thuiszorgtechnologie kan, ten tweede, worden gesignaleerd dat technologieën uit het ziekenhuis worden overgedragen aan de huisarts voor toepassing in de thuiszorg. Dit vindt vooral plaats op het terrein van pijnbestrijding, beademing, diagnostiek en voeding van patiënten. Deze ontwikkeling blijft op den duur uiteraard niet zonder gevolgen voor het werk van de huisarts en de eisen die aan diens opleiding en nascholing moeten worden gesteld. Een derde ontwikkeling die kan worden gesignaleerd, ligt op het vlak van budgettering. In het Verenigd Koninkrijk bestaat sinds 1991 de mogelijkheid voor huisartspraktijken met meer dan 9000 ingeschreven patiënten, om budgethouder te worden voor onder meer poliklinische verrichtingen en voor sommige typen klinische zorg, met name niet-acute chirurgie (zie voor een bespreking hiervan paragraaf 8.4.). Indien een dergelijk systeem in Nederland ingang zou vinden, dan zouden huisartsen zorg moeten gaan inkopen bij ziekenhuizen. Dit impliceert dat zij zouden moeten gaan onderhandelen om zo gunstig mogelijk contracten te kunnen afsluiten. Uiteraard zou dit de nu nog nauwelijks ontwikkelde relatie tussen huisartsen en ziekenhuizen drastische intensiveren en van aard doen veranderen.

Andere ontwikkelingen op het vlak van de relatie huisarts-ziekenhuis tenslotte, liggen op het vlak van de communicatie. Door sommige ziekenhuizen wordt actief gewerkt aan het verbeteren daarvan. Er zijn bijvoorbeeld diverse experimenten gaande met betrekking tot elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en ziekenhuis. De huisarts kan vanaf zijn of haar PC uitslagen van onderzoeken en wellicht zelfs patiëntendossiers bekijken.

Een andere ontwikkeling is die van de diagnostische centra. Dit houdt in, dat voor de huisarts binnen het ziekenhuis een vast aanspreekpunt beschikbaar is, waar deze terecht kan met vragen over diagnostiek en/of behandeling van zijn of haar patiënten.

6.4. Knelpunten in de relatie huisarts-ziekenhuis

Het lijkt vreemd om te spreken van knelpunten in de relatie huisarts-ziekenhuis, terwijl er nauwelijks sprake is van een dergelijke relatie, zoals in de inleiding al werd gesteld. Wel zou men zich kunnen afvragen of juist het grotendeels ontbreken van deze relatie op zichzelf tot het ontstaan van knelpunten in de gezondheidszorg leidt. In dit verband kan worden gewezen op twee mogelijke problemen, te weten een mogelijk gebrek aan continuïteit van zorg, en problemen met betrekking tot spoedeisende hulp (met name EHBO).

Continuïteit van zorg

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) komt tot de conclusie dat de sterke kanten van de huidige, vrij strak doorgevoerde echelonnering liggen op het vlak van doelmatigheid en het voorkomen van onnodige medicalisering. Waar echter complexe zorgverlening noodzakelijk is, wrekt zich deze breuk in de continuïteit tussen generalistische eerstelijnszorg en specialistische tweedelijnszorg (STG, 1992, pp. 109).

In een aantal andere Westerse landen gaat opname in het ziekenhuis niet per definitie gepaard met behandeling door de specialist. In de Verenigd Staten, Canada en Australië bijvoorbeeld, hebben huisartsen het recht om patiënten in het ziekenhuis te behandelen, terwijl huisartsen in het

Verenigd Koninkrijk en Finland hun eigen "eerstelijnsbedden" in huisartsklinieken ter beschikking kunnen hebben (Delnoy, 1992). In medisch-inhoudelijk opzicht is de rol die buitenlandse huisartsen in het ziekenhuis vervullen nogal divers. Over het algemeen hospitaliseren zij echter vooral patiënten ter observatie, op sociale indicatie of vanwege een behoefte aan verpleegkundige zorg, wanneer de thuissituatie (tijdelijk) tekort schiet.

Indien Nederlandse huisartsen voor deze patiëntencategorieën ziekenhuisbedden ter beschikking zouden hebben, zou in ieder geval voor deze groepen patiënten de continuïteit van zorg verbeteren. Het zou echter meer voor de hand liggen om eerst naar minder ingrijpende oplossingen te zoeken. Kersten (1991, pp. 148) heeft aangetoond dat huisartsen in het algemeen weinig energie steken in het bewaken van de continuïteit van zorg wanneer één van hun patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis. Huisartsen voeren bijvoorbeeld nauwelijks overleg met specialisten over opname, ontslag of nazorg van patiënten. Op dit vlak valt dus op een relatief gemakkelijke manier (vergeleken met het ter beschikking stellen van ziekenhuisbedden aan huisartsen) nog veel winst te boeken.

EHBO

Een ander knelpunt in de gezondheidszorg, dat gebaat zou zijn bij een betere samenwerking en afspraken tussen huisartsen en ziekenhuizen, ligt op het vlak van de eerste hulp bij ongeval (EHBO). Zowel huisartsen als de Eerste Hulp poliklinieken van ziekenhuizen vervullen hierin een taak. Huisartsen zouden zich daarbij moeten richten op relatief eenvoudige letsels en voor gecompliceerde letsels moeten verwijzen naar de polikliniek. In de praktijk blijken vooral in de grote steden veel patiënten zich, ook met eenvoudig letsel, rechtstreeks te wenden tot de polikliniek van het ziekenhuis, zonder daarnaar dus door de huisarts te zijn verwezen (vergelijk Sixma & Hackenitz, 1992, pp. 3). Dit kan niet alleen leiden tot onnodige medicalisering, maar ook tot onnodig hoge kosten voor EHBO. Om die reden zijn bijvoorbeeld, bij de opening van het Lage Land ziekenhuis in Zoetermeer in maart 1988, afspraken gemaakt tussen huisartsen en ziekenhuis omtrent de EHBO-functie: patiënten die zich zonder verwijzing van de huisarts bij de polikliniek melden, zouden voor zover mogelijk voor behandeling worden teruggestuurd naar de huisarts. Deze afspraken lijken effectief te zijn geweest, in die zin dat een verschuiving van patiëntenstromen naar de polikliniek van het ziekenhuis kon worden voorkomen, hoewel ze vrij snel na de opening van het ziekenhuis weer zijn afgeschaft. Wel had de regeling een negatieve weerslag op de tevredenheid van patiënten (Sixma, 1990).

Bij de opening van het Flevoziekenhuis in Almere in maart 1991, is via een ander model eveneens geprobeerd om een verschuiving van patiëntenstromen (van huisartspraktijk naar polikliniek) zoveel mogelijk te voorkomen. In het Almeerse model fungeren een aantal EHBO-posten in gezondheidscentra met name overdag en 's avonds als concurrentie voor de polikliniek. In vergelijking met Zoetermeer is het Almeerse model iets minder effectief, maar ook na de opening van het ziekenhuis blijkt dat de eerstelijns nog steeds het grootste deel van alle EHBO-patiënten opvangt en behandelt, terwijl landelijk sprake is van een 50/50 verdeling (Sixma & Hackenitz, 1992, pp. 67). Vergeleken met Zoetermeer, is de Almeerse bevolking bovendien veel tevredener over de EHBO-voorziening.

Uit beide onderzoeken kan worden afgeleid, dat het via gerichte afspraken tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en ziekenhuizen mogelijk is om - bij opening van een nieuw ziekenhuis - ook in stedelijke gebieden⁹ de EHBO-functie voor een groot deel bij de huisarts te laten berusten. Het werkelijk terugbrengen van de EHBO-functie naar huisartsen in gebieden waar

⁹ Met dien verstande, dat zowel in Almere als in Zoetermeer slechts één ziekenhuis aanwezig was. Dit in tegenstelling tot de echte grote steden, waar over het algemeen meer ziekenhuizen functioneren, hetgeen het maken van goede afspraken natuurlijk bemoeilijkt.

ze die al grotendeels aan de polikliniek hebben moeten afstaan, is natuurlijk veel moeilijker zo niet onmogelijk. Een voorwaarde daarvoor is in ieder geval een goede bereikbaarheid van de beroepsgroep huisartsen, die daarnaast over de bereidheid en vaardigheid moet beschikken om de EHBO-functie opnieuw ter hand te nemen. Een wellicht meer voor de hand liggende oplossing zou zijn om huisartsen diensten op de polikliniek van het ziekenhuis te laten draaien. Met deze optie wordt thans op kleine schaal geëxperimenteerd.

7. ZIEKENHUIZEN EN MEDISCH SPECIALISTEN

Drs. A.J.J. van der Kwartel, dr. J.K. van Dijk (NZi)

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken, ontwikkelingen en knelpunten in de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Onder meer komen aan de orde: de organisatorische relaties en de wijze, waarop de verschillende relaties formeel zijn geregeld.

7.2. Feiten

Organisatie

De organisatie van een ziekenhuis kan worden getypeerd met de term "professionele bureaucratie". Daarmee wordt bedoeld, dat de core-business van de organisatie wordt verzorgd door professionals, die handelen volgens standaarden, die door de professionele beroepsgroep zijn vastgesteld. Dat betekent, dat het management van een ziekenhuis ten aanzien van het professionele handelen van de specialisten geen directe sturingsmogelijkheden heeft.

Men zou kunnen stellen, dat de medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie twee werelden zijn, die tot elkaar veroordeeld zijn. De medisch specialisten kunnen voor een (groot) deel van hun beroepsuitoefening niet buiten de faciliteiten, die het ziekenhuis hen te bieden heeft en andersom is de medische hulpverlening en daarbij behorende verpleegkundige zorg de primaire taak van een ziekenhuis.

Die beide werelden zijn echter heel verschillend georganiseerd. De ziekenhuisorganisatie kent in principe een hiërarchische opbouw -gebaseerd op het principe van 'eenheid van leiding', terwijl de besluitvorming binnen de medische staf is gebaseerd op het principe van 'collegialiteit van bestuur'.

Binnen een ziekenhuis zijn alle specialisten bij elkaar georganiseerd in de 'medische staf'. Deze medische staf kent een 'stafbestuur'. De communicatie tussen het management van het ziekenhuis en de medische staf verloopt in het algemeen via dit bestuur.

De relatie tussen de medische staf en directie verschilt per ziekenhuis. Veel is afhankelijk van de samenwerking tussen het zogenaamde stafbestuur en de directie. Als deze relatie goed is, zijn er ook goede voorwaarden voor een goede samenwerking met de medische staf.

De voorzitter van de medische staf (en derhalve van het stafbestuur) is in veel ziekenhuizen voor een beperkt deel van zijn tijd (bijvoorbeeld één dag per week) vrijgesteld voor activiteiten op dit gebied. Het ziekenhuis zorgt dan voor een compensatie van de inkomensderving.

Aangezien de besluitvorming binnen de medische staf gebaseerd is op het principe van "collegialiteit van bestuur", zal er vrijwel altijd geprobeerd worden om tot een maximale consensus in de besluitvorming te komen. Over het algemeen weten de medisch specialisten heel goed dat het bij de verdeling van middelen gaat om 'geven en nemen'. Dit betekent onder meer, dat men 'billijkheid' als een belangrijk principe hanteert: Ieder specialisme (of maatschap) moet in de loop van de tijd naar billijkheid bepaalde voordelen in de besluitvorming behalen.

Bijzonder voor Nederland is de organisatie van een medisch specialisme in de vorm van een maatschap.

Maatschappen zijn horizontale samenwerkingsverbanden tussen zelfstandig werkende beoefenaren van eenzelfde beroep. De horizontale structuur komt tot uiting in een gelijke verdeling van werk

en inkomen, en in het ontbreken van hiërarchische verhoudingen.

Juridisch gezien is een maatschap geen rechtspersoon. Het is een samenwerkingsverband, waarbij de deelnemers individueel aanspreekbaar blijven. De financiële opbrangsten worden volgens een afgesproken sleutel verdeeld.

Maatschappen zijn traditioneel in verreweg de meeste gevallen georganiseerd per specialisme. Dit is een gevolg van het in het verleden gevoerde LSV-beleid. (Het was gebruikelijk een maatschapsovereenkomst ter toetsing voor te leggen aan de LSV.)

Bij de invoering van de budgettering in 1983 is er van verschillende kanten op gewezen, dat de ziekenhuizen als gevolg van deze invoering voor de noodzaak van fundamentele veranderingen in de beleidsvoering en organisatie zouden komen te staan. De kern van de boodschap luidde, kort gezegd, dat budgettering een meer effectieve beheersing van het zorgverleningsproces in het ziekenhuis vereiste. Een dergelijke beheersing was alleen mogelijk, indien de beleidsvoering en de interne organisatie van het ziekenhuis voldoende zouden worden aangepast.

In de meeste ziekenhuizen zijn in de afgelopen tien jaar pogingen gedaan om de medische specialisten mede-verantwoordelijk te maken voor de beheersing van de kosten. Zonder de organisatiestructuur van het ziekenhuis ingrijpend te wijzigen, zijn er verschillende manieren uitgetoetst om de medisch specialisten in de besluitvorming binnen het ziekenhuis te betrekken. Voorbeelden hiervan vormen de beleidsplannen en het in dit kader ontwikkelen van een zogenaamd 'medisch beleidsplan' (of medische beleidsplannen) door de medische staf of de verschillende maatschappen. In de meeste algemene ziekenhuizen heeft in de tweede helft van de jaren tachtig een dergelijke ontwikkeling plaatsgevonden.

De budgettering heeft derhalve beleidsplanning gestimuleerd en daarmee ook het ontwikkelen van medische beleidsplannen. Op deze wijze werd het mogelijk om gezamenlijk aan de beleidsplanning te werken.

Voorts worden in veel ziekenhuizen medisch specialisten betrokken bij de interne budgetteringsprojecten. De praktijken zijn overigens zeer verschillend. In sommige ziekenhuizen wordt gezocht naar mogelijkheden om volume-afspraken met medisch specialisten te maken.

In veel ziekenhuizen zijn medisch specialisten betrokken bij de besluitvorming over de aanschaf van medische apparatuur. Ook participeren in veel ziekenhuizen medisch specialisten in een zogenaamde ziekenhuisbudgetcommissie, en dergelijke.

In het algemeen kan men stellen, dat participatie van medisch specialisten op strategisch niveau redelijk van de grond is gekomen. In vrijwel alle ziekenhuizen zijn de specialisten in de gelegenheid om mee te praten over het te voeren beleid en belangrijke investeringen.

Er is formeel geen relatie tussen het aantal bedden en bepaalde specialismen. Al sinds 1972 is een vaste verhouding bedden/specialismen verlaten. Wel veroorzaken bepaalde specialismen meer verpleegdagen dan andere. Het aantal bedden voor een specialisme binnen een ziekenhuis is in principe een kwestie van overleg tussen management en betrokken specialisten, maar de wijze waarop een en ander is geregeld kan per ziekenhuis sterk verschillen. Ook lokale gegevens (bijvoorbeeld de bouwkundige structuur van het ziekenhuis) kunnen een rol spelen.

Dezelfde variëteit geldt trouwens voor het gebruik van de operatiekamers. Ook de toewijzing van de operatiecapaciteit per specialisme wordt in verschillende ziekenhuizen op verschillende wijzen geregeld.

In internationaal perspectief beschouwd blijkt de relatie specialist-ziekenhuis in Nederland (als vrijgevestigd beroepsbeoefenaar werken binnen een ziekenhuis) tamelijk uniek te zijn. Enkele voorbeelden uit andere landen [Wiggers, 1993]:

In de Verenigde Staten zijn meerdere vormen zichtbaar: Artsen werken in loondienst, voor eigen

rekening of in enigerlei vorm van partnership.

Ook in het Verenigd Koninkrijk komen meerdere vormen voor: artsen kunnen in dienst zijn van de Regional Health Authorities, kunnen werken in privé-klinieken of volledig particulier werken.

In Duitsland wordt poliklinische specialistische hulp in het algemeen uitgevoerd door zelfstandig gevestigde specialisten. Deze zijn wettelijk verplicht op regionaal niveau met elkaar samen te werken. Daarnaast werken zelfstandig gevestigde specialisten samen in 'Praxis-klinieken': samenwerkingsverbanden voor ambulante en klinische behandeling. Ziekenhuizen hebben over het algemeen specialisten in loondienst. De mogelijkheid bestaat, dat deze artsen ook deelnemen aan de ambulante zorg.

In België zijn de meeste artsen vrijgevestigd en kunnen zowel werkzaam zijn in hun eigen beroepspraktijk als in poliklinieken en ziekenhuizen. Specialisten zijn eigenaar van de eigen kliniek.

In Zweden zijn verreweg de meeste artsen in dienst van de 'County Council'. Soms werken zij voor een deel van hun tijd in een privé-praktijk. Ook de vrij-gevestigde artsen moeten een contract hebben met de County Councils. Deze fungeren als financiers van de zorg.

In Frankrijk en Denemarken zijn specialisten overwegend in dienstverband.

Regelgeving

De overheid stelt het aantal specialistenplaatsen per ziekenhuis vast. Dit zegt overigens niet alles over het werkelijke aantal specialisten. Er kunnen meer specialisten werkzaam zijn in een ziekenhuis, dan er erkende plaatsen zijn. (hiervoor krijgt het ziekenhuis dan geen budget.)

Afspraken over de relatie tussen specialisten onderling en tussen specialisten en ziekenhuis worden in drie soorten regelgeving vastgelegd:

- een maatschapsovereenkomst;
Hierin worden zaken geregeld als: toetreding, uittreding, proeftijd, praktijkovername, goodwilloverdracht, winstdeling, liquiditeit, kapitaalfinanciering, boekhouding aansprakelijkheid, arbeidsongeschiktheid, waarneming, enz..
- een stafreglement;
Hierin worden zaken geregeld, als: communicatie tussen medische staf en management/bestuur, verantwoordelijkheid en samenwerking, toetsing en verslaglegging medisch werk, het lidmaatschap, structuur van de medische staf, taken stafbestuur, besluitvorming, enz..
- een toelatingsovereenkomst;
In deze overeenkomst worden zaken geregeld, als: de plicht tot behandeling van patiënten, nevenfuncties, gebruik polikliniek, relatie met medische staf, meewerken aan opleidingen, bereikbaarheid bij spoedgevallen, beschikbare ruimte, personeel en outillage, behandeling patiëntendossiers, inzet van assistent-geneeskundigen, schorsing, praktijkovername, enz..

De LSV heeft (onder meer in samenwerking met de toenmalige NZr/Sectie ziekenhuizen) voor deze overeenkomsten modellen opgesteld. Het is de vraag in hoeverre deze modellen nog stroken met de eisen van deze tijd. (Het model 'toelatingsovereenkomst' werd voor het laatst in 1980 bijgesteld.)

In veel ziekenhuizen is de toelating van nieuwe specialisten mede afhankelijk gesteld van een positieve beoordeling van de maatschapsovereenkomst door het bestuur en/of de directie.

7.3. Ontwikkelingen

In het algemeen kunnen in de relatie ziekenhuis-specialist de volgende ontwikkelingen worden geschetst:

- Er is een ontwikkeling gaande naar grotere maatschappen. Dit is met name het gevolg van

het feit, dat de grenzen tussen specialismen steeds meer beginnen te vervagen en dat er spanningen groeien tussen de moederspecialismen en de subspecialismen. Grotere maatschappen kunnen een middel zijn om deze grensconflicten hanteerbaar te maken. Daarnaast bieden zij mogelijkheden om binnen een maatschap meer structuur aan te brengen.

- Allerlei externe ontwikkelingen neigen ertoe het ziekenhuis te zien als het integrerende kader voor de medisch-specialistische zorg. De klassieke visie van het ziekenhuis als facilitair bedrijf voor het medisch-specialistisch handelen begint steeds meer onder druk te komen. Voorbeelden van dit soort (externe) ontwikkelingen zijn:
 - * De wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) maakt het ziekenhuis voor de patiënt in veel opzichten het eerste aanspreekpunt.
 - * De teneur van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is eveneens, dat de instelling het primaire aanspreekpunt is.
- Sinds kort beginnen specialistenmaatschappen, vooral onder de druk van gelimiteerde middelen, aandacht te ontwikkelen voor een methodische sturing van de kwaliteit van verleende medische zorg;
- In samenhang met deze ontwikkelingen raken specialisten in toenemende mate betrokken bij het management van de ziekenhuizen.

Vanuit diverse bronnen (onderzoeks- en beleidsrapporten) wordt de ontwikkeling naar managementparticipatie door medisch specialisten als grote ontwikkelingslijn zichtbaar. Een extra externe prikkel kan worden gevormd door het mogelijke perspectief, dat in de wat verdere toekomst de verzekeraars zullen streven naar één geïntegreerd contract over hulp die aan verzekerden dient te worden gegeven door het ziekenhuis en de daaraan verbonden medisch specialisten.

Op enkele plaatsen wordt een toekomstbeeld geschetst, waarin de medisch specialisten op steeds meer werk- en/of besluitvormingsniveaus van het ziekenhuis participeren.

Onder 'niveaus' dienen dan te worden verstaan:

1. De diagnostiek en behandeling van individuele patiënten;
Is bij uitstek het domein van de specialist.
2. Het medisch beleid inzake categorieën van patiënten;
In maatschappen, multidisciplinaire overlegvormen, enz.
3. Management van (clusters van) werkeenheden;
'Werkeenheden' zijn in deze visie patiënt-georiënteerde samenhangende functies van ziekenhuizen.
4. Ziekenhuisbeleid en management.

De ontwikkeling naar managementparticipatie door specialisten op de verschillende niveaus wordt door zowel het management van instellingen als de specialisten steeds meer onderschreven.

Mogelijke modellen

Verschillende publikaties met elkaar combinerend, ontstaat een volgend mogelijk toekomstbeeld:

- Specialisten leveren een belangrijke bijdrage aan het beleid en de coördinatie van de zorgverlening door (mede-)verantwoordelijkheid te dragen voor het management van grote organisatorische eenheden;
 - Specialisten kunnen (reeds binnen hun opleiding) het perspectief ontwikkelen om:
 - * zich verder te verdiepen in hun specialisatie;
 - * zich in de breedte ontwikkelen tot manager van zorgeenheden.
- Van deze laatste groep zal een beperkt aantal uiteindelijk kunnen participeren in de besturing van het ziekenhuis op de hogere beleidsniveaus.

- De honoreringssystematiek van de specialisten dient zodanig te worden aangepast, dat er geen spanningsveld meer bestaat tussen de financiële belangen van de instelling en die van de specialist. Als oplossingsrichtingen worden genoemd:
 - * het opnemen van de 'kosten' (= de omzet) van de medisch specialisten in het budget van het ziekenhuis;
 - * de medisch specialisten komen in loondienst van het ziekenhuis;
 - * de inkomens van de medisch specialisten (ook de vrij gevestigden) worden genormeerd.

Tegenover dit 'integratie-model' staat natuurlijk ook nog steeds het klassieke model van het ziekenhuis als facilitair bedrijf voor de medisch-specialistische zorg. Bij een dergelijk model past ook een financieringsstructuur, waarin de verzekeraars rechtstreeks afspraken maken met de medisch specialisten. In termen van de visie-ontwikkeling bij diverse groepen betrokkenen lijkt het, dat dit model nog slechts door een minderheid wordt verdedigd.

7.4. Knelpunten

Voordat de hierboven geschetste ontwikkeling echter daadwerkelijk in gang kan worden gezet, zullen er eerst een groot aantal knelpunten moeten worden opgelost. Hieronder noemen wij er enkele:

Algemeen:

Over de huidige situatie zijn al vele nota's geschreven, discussies gevoerd en pogingen gedaan om bepaalde veranderingen aan te brengen.

De standpunten van de verschillende betrokken partijen, maar ook zeker binnen de partijen, variëren nogal. Sommigen tonen zich gelukkig met een duidelijke scheiding in bevoegdheden en belangen (ook al vanwege de corrigerende werking die daarvan uitgaat), anderen zijn uitgesproken negatief over deze scheiding.

De invoering van de budgettering heeft bepaalde nadelen van de zogenaamde duale structuur aan het licht gebracht. Denk bijvoorbeeld aan het feit, dat de specialist per verrichting wordt betaald. Dit heeft een 'output-maximaliserende' tendens in zich. Het budget-systeem voor ziekenhuisfinanciering heeft echter wat betreft het aantal medisch-specialistische verrichtingen bepaalde output-minimaliserende tendensen in zich. Dit zijn twee mechanismen, die haaks op elkaar lijken te staan of -positiever geformuleerd- met elkaar twee 'countervailing powers' vormen.

Ten aanzien van de relatie specialist-ziekenhuis:

- Onderlinge afspraken hebben vrijwel uitsluitend betrekking op de dagelijkse gang van zaken en daarmee op het uitvoeringsniveau. Dit belemmert de planning/beleidsvorming voor de langere termijn.
- Er zijn geen gemeenschappelijke doelen of gezamenlijk na te streven regelingen in het toelatingscontract opgenomen.
- De veranderingen in de wetgeving, de stelselwijziging, het marktprincipe, etc. zijn nog niet vertaald in de toelatingscontracten.
- De gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en medisch specialist voor het uiteindelijke produkt komt niet of nauwelijks tot uitdrukking in de contractuele afspraken.
- Er is onvoldoende afstemming tussen het maatschapscontract, het toelatingscontract en het stafreglement.
- In veel ziekenhuizen biedt het toelatingscontract bescherming aan het goodwill-systeem. De goodwill is een verstarrende factor bij het in- en uitreden bij een maatschap. De teamvor-

ming van een maatschap is uitermate belangrijk voor een goed, kwalitatief medisch functioneren. In dit verband is dan ook veel meer flexibiliteit in de samenstelling van de maatschappen van groot belang.

- Knelpunten in de interne organisatie van de maatschap raken direct het ziekenhuisfunctioneren, waardoor ook de samenwerking met directie en ziekenhuisafdelingen in het gedrang kan komen.
- Knelpunten in de interne organisatie van de maatschap kunnen hun weerslag hebben op de strategische positie van de maatschap en daarmee op die van het ziekenhuis. Het ziekenhuismanagement heeft overigens zeer weinig mogelijkheden om in maatschappen te interveniëren.

Ten aanzien van de specialisten:

- Medisch-specialistische opleiding is vooral gericht op de vaktechnische kwaliteitsaspecten en geeft geen aandacht aan zaken als management en organisatie.
- Er dient een adequaat opleidingsaanbod aan zittende specialisten te komen op het terrein van het kwaliteitsmanagement.
- De werkdruk en tijdsgebrek van veel specialisten.
- Tekorten op de arbeidsmarkt voor veel specialismen als gevolg van het sterk restrictieve beleid van veel wetenschappelijke verenigingen met betrekking tot de opleidingscapaciteit.

Ten aanzien van de maatschappen:

- Er ontbreekt een (consensus over) een maatschapsbeleid. Men stelt zich op als een federatie van gelijkgestelden.
- De structuur van en de procedures in maatschappen en in het collectief van de medische staf voorzien vaak onvoldoende in een goede mandatering voor de gewenste vormen van sturing.

Ten aanzien van de financiële structuur:

- De financiële prikkels in de honoreringsstructuur:
 - * stimuleren meer tot 'doen' dan tot 'denken';
 - * zijn vooral gerelateerd aan het medisch technisch handelen en doen geen recht aan andere aspecten van kwaliteit;
 - * zijn produktiebevorderend en staan daarmee een effectief doelmatigheidsbeleid in de weg;
 - * stimuleren niet tot het leveren van bijdragen aan het kwaliteitsmanagement en andere vormen van managementparticipatie.
- Het vigerende honoreringssysteem kent geen aparte vergoedingen voor niet-patiëntgebonden activiteiten; deze is ingebouwd in de huidige tarieven.
- De meer materiële belangen van de specialist sporen niet altijd met de doelstellingen en belangen van het ziekenhuis als geheel. De belangen van ziekenhuis en specialist kunnen nog verder uit elkaar lopen als de specialist deel uitmaakt van een maatschap met een werkgebied dat zich uitsrekt tot buiten de ziekenhuisorganisatie. (privé-praktijk, ander ziekenhuis, enz.)

(NVZ-werkgroep, 1992)

Overigens dient vanuit het perspectief van het ziekenhuismanagement de discussie over het vrijgevestigd dan wel in loondienst zijn van specialisten enigszins te worden genuanceerd. Voor vrijgevestigde specialisten geldt immers, dat het beleid van het ziekenhuismanagement rechtstreeks van invloed kan zijn op hun inkomen. Ondanks alle praktische problemen, die hierboven zijn aangegeven, zal daardoor hun betrokkenheid bij het ziekenhuisbeleid relatief groot zijn. Specialist in loondienst zouden meer geneigd kunnen zijn om zich op hun professionele domein terug te trekken. Dit zou het streven naar -de door velen noodzakelijk geachte- management-participatie van medisch specialisten kunnen belemmeren.

DEEL III: RELATIES MET VERZEKERAARS

Er zijn drie typen verzekeraars: de ziekenfondsen, de particuliere verzekeraars en de publiekrechtelijke verzekeringen. Alle drie werken zij met een verschillend premieheffingsstelsel en een verschillend uitbetalingssysteem.

Alle werknemers met een inkomen beneden de loongrens (f 56.650 in 1993) zijn automatisch verzekerd bij het ziekenfonds. Ook eventuele gezinsleden zijn meeverzekerd. Het ziekenfonds is vooral regionaal georiënteerd. Het betaalt zijn verplichtingen uit 'in natura'. Dat wil zeggen, dat zijn verzekerden niet zelf eerst de rekening voor medische verzorging behoeven te betalen. Deze wordt rechtstreeks toegestuurd aan het ziekenfonds. Dit impliceert, dat een ziekenfonds zich vooral richt op de hulpverleners. Iedereen, die een hoger inkomen heeft dan de ziekenfondsloungrens kan zich laten verzekeren bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. Deze is veelal landelijk georiënteerd. De particuliere ziektekostenverzekeraar voldoet zijn verplichtingen via het zogenaamde 'restitutiesysteem'. Dat wil zeggen, dat in principe de patiënt zelf de rekening voor medische hulpverlening krijgt toegezonden en betaalt. Vervolgens declareert de verzekerde deze rekening bij zijn verzekeraar en krijgt deze geheel of gedeeltelijk (of niet) vergoed, afhankelijk van de afgesproken polisvoorwaarden. De eerste oriëntatie van een particulier verzekeraar is daardoor vooral gericht op zijn verzekerden.

Voor ambtenaren (gemeente, provincie en politie) geldt een ingewikkeld stelsel van ziektekostenregelingen. Het lijkt op een combinatie van de beide andere systemen: Uitbetaling geschiedt in het algemeen volgens het restitutie-systeem, deelname is voor grote groepen ambtenaren verplicht en er zijn eigen bijdragen van de verzekerden. Deze eigen bijdragen zijn veelal gebonden aan een bovengrens, die wordt bepaald als een percentage van het inkomen. [Van Praag, 1986]

Het bovenstaande is een uiterst globale typering van hoe tot voor kort de wereld der verzekeraars er uit zag.

Sinds de discussies over de stelselwijziging op gang zijn gekomen, hebben zich echter in deze wereld enorme veranderingen voor gedaan. Wij willen er hier een paar noemen:

- Ziekenfondsen zijn niet meer gebonden aan een bepaalde regio, maar mogen het gehele land tot hun werkgebied rekenen. Inmiddels is al tenminste één ziekenfonds landelijk werkzaam.
- Er heeft zich op grote schaal een proces van fusie en samenwerking afgespeeld. Fusies tussen particuliere verzekeraars, maar ook tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen. Er zijn schattingen gedaan, dat er uiteindelijk slechts minder dan tien grote verzekeraars in de gezondheidszorg zullen overblijven.
- Verzekeringsmaatschappijen blijken zich ook niet meer te beperken tot ziektekostenverzekeringen. Allerlei combinaties van verzekeringen komen voor en worden in sommige gevallen ook als 'pakketten' aangeboden.
- Maar het gaat nog verder. Verzekeringsmaatschappijen blijken in toenemende mate samen te werken met banken. Er ontstaan nieuwe combinaties. Bank, die hypotheek aanbieden in combinatie met een levensverzekering in combinatie met een ziektekostenverzekering, enz..
- Een laatste belangrijke ontwikkeling is, dat er een grote concurrentieslag aan de gang is op de markt van de collectieve contracten. Dat geldt niet alleen voor de 'klassieke' particuliere verzekeraars. Ook de ziekenfondsen (in samenwerking met particuliere verzekeraars) begeven zich op deze markt. Het valt niet goed te overzien, wat dit tot gevolgen heeft. Het zou kunnen leiden tot een verschil in verzekeringen tussen werkenden en niet-werkenden. Ook zou het de betrokkenheid van de werkgevers met de (financiering van de) gezondheidszorg ingrijpend kunnen wijzigen.

8. DE RELATIE HUISARTS-VERZEKERAARS

Dr. D.H. de Bakker (NIVEL)

8.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie van verzekeraars met de huisarts. Deze relatie is sinds de plannen met betrekking tot de stelselherziening zijn gelanceerd aan verandering onderhevig. Vooruitlopend op de stelselwijziging worden op dit terrein activiteiten ontplooid die onder het kopje ontwikkelingen aan bod komen. De 'oude' situatie komt aan de orde onder het kopje feiten.

8.2. Feiten

De relatie van de huisarts met de ziekenfondsen verschilt fundamenteel van die met particuliere verzekeraars. Het belangrijkste verschil is erin gelegen dat een huisarts om voor ziekenfondsverzekerden te kunnen werken een contract met het ziekenfonds moet hebben terwijl voor particulier verzekerden een contract niet nodig is.

Huisartsen, die een contract met het ziekenfonds hebben, kunnen ziekenfondsverzekerden in hun praktijk inschrijven. De op naam ingeschreven ziekenfondsverzekerden zijn uitgangspunt voor het honorarium van de huisarts: het abonnementstarief. Dit is een vast tarief per patiënt per jaar ongeacht of en hoe vaak een patiënt gebruik maakt van de huisarts (in 1992 was het tarief f 116 voor de eerste 1600 ingeschrevenen en f 69 voor de rest).

Dat bij particulier verzekerden een vaste relatie tussen verzekeraar en huisarts ontbreekt wordt veroorzaakt door de honoreringssystematieken door het feit dat particuliere verzekeraars in het algemeen niet regionaal werken. Particulier verzekerden betalen de huisarts per consult (f 33 in 1992), dat men afhankelijk van het feit of men voor huisarts is verzekerd terugkrijgt van de verzekeraar. De verzekeraar heeft dus weinig met de huisarts te maken. Zelfs als de honoreringssystematiek zou veranderen zou een één op één relatie tussen huisarts en particuliere verzekeraar niet mogelijk zijn omdat huisartsen patiënten hebben van meerdere landelijk werkende particuliere verzekeraars.

situatie tot aan de stelselwijzigingplannen

Tot voor kort werd de relatie tussen huisarts en ziekenfonds vooral vormgegeven op nationaal niveau. De Landelijke Huisartsen Vereniging onderhandelde met de toenmalige Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen over de hoogte van het norminkomen en de grootte van de normpraktijk. Het resultaat van die onderhandelingen was onderhevig aan goedkeuring door de Ziekenfondsraad en later ook het COTG. De individuele contracten van huisartsen met verzekeraars waren afgeleid van op landelijk niveau bepaalde en gedetailleerd uitgewerkte modelovereenkomsten (goed te keuren door de Ziekenfondsraad). De ziekenfondsen hebben naast een administratieve ook een controlerende taak voor wat betreft de doelmatigheid van de verleende huisartsenzorg.

Het feit dat zo'n 60% van de patiënten van een huisarts staan ingeschreven bij één ziekenfonds maakte zo'n toezicht op efficiency en kwaliteit van de kant van het ziekenfonds tot op zekere hoogte mogelijk. Dat toezicht is beperkt tot activiteiten van de huisarts die bij het ziekenfonds worden gedeclareerd: de verwijfskaarten naar de medisch specialist, de machtigingen voor fysiotherapie, de door de apotheek afgeleverde medicijnen en de kosten van aangevraagde laboratoriumdiagnostiek. Huisartsen met extreem hoge verwijfscijfers etc., waarvan het onwaarschijnlijk is dat deze worden veroorzaakt door een ongezondere praktijkpopulatie, kunnen door de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds worden benaderd voor een

gesprek, waarin wordt ingegaan op mogelijke oorzaken en verbeteringen. Daarnaast dient de adviserend geneeskundige machtigingen goed te keuren en kan deze, in individuele gevallen, patiënten voor een controle oproepen (zie Kerkhof, 1984).

de situatie na de stelselwijzigingsplannen

Een aantal veranderingen is relevant voor de beoordeling van de situatie nadat de plannen voor de stelselwijziging werden gelanceerd. Een deel van die plannen is het resultaat van overheidsmaatregelen ter voorbereiding van de invoering van de stelselwijziging; een ander deel van de veranderingen is het gevolg van anticiperende activiteiten in het veld:

- *de afschaffing van de contracteerplicht.* Tot 1 januari 1992 waren ziekenfondsen verplicht huisartsen die een vestigingsvergunning hadden een contract aan te bieden. Deze contracteerplicht is afgeschaft om de ziekenfondsen meer 'countervailing power' te geven in hun onderhandelingen met de huisartsen.

- *de afschaffing van de vestigingsregeling.* In samenhang met het voorgaande is de bestaande vestigingsregeling voor huisartsen afgeschaft. Vestiging van huisartsen wordt nu vooral door de beroepsgroep geregeld in samenspraak met de verzekeraars.

- *de afschaffing van de werkgebieden van de ziekenfondsen.* Sinds 1 januari 1992 zijn ziekenfondsen niet meer verplicht om voor een bepaald gebied te werken. Huisartsen kunnen hierdoor in plaats van met één met meerdere ziekenfondsen te maken krijgen. Er is discussie over de vraag in hoeverre ziekenfondsen zich zullen omvormen tot landelijk werkende verzekeraars. Gezien de immobiliteit van de Nederlandse bevolking is het te verwachten dat de ziekenfondsen voorlopig nog wel een regionale binding zullen behouden. Niettemin worden huisartsen nu al geconfronteerd met verzekerden van buiten het werkgebied van het eigen ziekenfonds. Volgens de LHV geeft dit veel extra administratieve belasting.

- *Uitkomsten van Overleg (UVO's).* De modelovereenkomsten tussen de landelijke koepels maken plaats voor zogenoemde Uitkomsten Van Overleg. Deze zijn veel globaler van karakter dan de modelovereenkomsten. Schreef voorheen de Ziekenfondswet voor wat tenminste moest worden opgenomen in de modelovereenkomst, nu staat erin wat ten hoogste mag worden opgenomen. Daarmee zijn de mogelijkheden om regionaal te onderhandelen over de invulling van de contracten vergroot.

- *Grootschalige fusieprocessen bij de verzekeraars.* Anticiperend op de stelselwijziging heeft zich de afgelopen jaren een spectaculair fusieproces in de ziekenfondswereld afgespeeld. Gekoppeld aan het verlaten van de werkgebieden kan dit op den duur leiden tot een beperkt aantal, landelijk werkende ziektekostenverzekeraars. Anderzijds zijn er ook fondsen, die zich nadrukkelijk regionaal willen profileren, zoals bijvoorbeeld de Meander-groep, een samenwerkingsverband van vijf ziekenfondsen.

8.3. Ontwikkelingen

micro-controle

Aan de kant van de verzekeraars worden enkele initiatieven ontplooid om op micro-niveau meer vat te krijgen op de via de huisarts gegenereerde kosten. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij Amerikaanse voorbeelden als 'Health Maintenance Organizations' en 'managed care' (zie bijv. Weiner, Ferris, 1990). In beide gevallen is sprake van een nauwere band tussen verzekeraar en zorgaanbieder, dan tot dusver gebruikelijk in Nederland. De artsen zijn dan bijvoorbeeld in dienst van de verzekeraar. Door deze nauwere band is het mogelijk om de huisarts meer verantwoordelijk te stellen voor de door hem gegenereerde kosten. Een bekend initiatief op dit vlak is dat van het Zilveren Kruis in Maarssenbroek. Volgens opgave van de verzekeraar liggen de kosten per verzekerde bij aan het experiment in Maarssenbroek deelnemende hulpverleners lager dan voor verzekerden in vergelijkbare nieuwbouwwijken.

Een systeem dat zich hier ook op baseert is het zogenoemde 'fundholding'. In het Verenigd Koninkrijk bestaat sinds 1 april 1991 de mogelijkheid voor huisartspraktijken met méér dan 9000 ingeschreven patiënten, om budgethouderte worden voor onder meer ziekenhuisdiagnostiek, ambulante zorg, een geselecteerd aantal chirurgische verrichtingen en geneesmiddelen (Robinson, 1991, Crebolder, 1992). Eerste onderzoeksresultaten leren dat het aantal verwijzingen van huisartsen die aan het 'fundholding'-experiment deelnemen niet lager ligt dan bij niet-deelnemers (Coulter, 1993).

zorgaanbodorganisaties

Tot voor kort werkten de ziekenfondsen regionaal gebonden. Een huisarts had met één of in grensgebieden hooguit met twee ziekenfondsen te maken. Vooruitlopend op de stelselwijziging is een proces van schaalvergroting in de ziekenfondswereld opgetreden, dat er toe leidt dat er in Nederland slechts een klein aantal ziekenfondsen zijn, die niet strikt lokaal gebonden werken. In reactie daarop zijn door de Landelijke Huisartsen Vereniging plannen ontwikkeld om de vereniging om te vormen tot een zorgaanbodorganisatie. Deze zorgaanbodorganisatie onderhandelt in hun visie met de verzekeraars over prijs en kwaliteit van de te leveren zorg en sluit collectieve contracten af. De individuele huisartsen hebben dan contracten met de zorgaanbodorganisatie. Op regionaal niveau zouden in de visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging zogenoemde Huisartsen Administratie Kantoren moeten worden opgericht, waarin verzekeraars en aanbodorganisatie gezamenlijk de administratie voeren tussen huisarts en verzekeraar.

farmaco-therapeutisch overleg

De Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars heeft in 1991 een overeenkomst gesloten met de Landelijke Huisartsenvereniging waardoor deelname aan farmacotherapeutisch overleg door huisartsen wordt vergoed. Farmacotherapeutisch overleg is overleg van een groep huisartsen met een apotheker waarin geprobeerd wordt tot een gemeenschappelijk voorschrijfbeleid van de deelnemende huisartsen te komen. De verslagen van de bijeenkomsten worden aan het ziekenfonds verstrekt op basis waarvan het ziekenfonds gegevens aan de huisartsen verstrekt over hun prescriptie. Verondersteld wordt dat vanuit het op deze manier aan de groep terugkoppelen van gegevens de leden van de groep meer overeenkomstig het uitgestippelde prescriptiebeleid gaan werken. Daarmee wordt, naar wordt verwacht, de kwaliteit van het voorschrijven verhoogd en de kosten verlaagd.

terugkoppeling

De laatste jaren worden de gegevens van de ziekenfondsen over aantallen verwijzingen, afleveringen medicijnen meer en meer teruggekoppeld naar de huisartsen. Dergelijke gegevens kunnen worden gebruikt bij intercollegiale toetsing of in het overleg met de apotheker over het te volgen farmacotherapeutisch beleid. De waarde van de gegevens blijft echter beperkt omdat onbekend is bij welke indicaties is verwezen dan wel voorgeschreven en bij welke indicaties niet.

8.4. Knelpunten

kostenbewustzijn

In de relatie tussen huisarts en verzekeraars ontbreekt het tot dusver aan mechanismen die leiden tot kostenbewust handelen. Het feit dat het aantal verwijzingen en het aantal medicijnvoorschriften in vergelijking tot andere landen relatief laag liggen wordt eerder veroorzaakt door de professionele attitude van de Nederlandse huisarts. De terughoudendheid in voorschrijven en verwijzen wordt ook teruggevonden in de professionele standaarden van de huisartsen (de eerder genoemde NHG-standaarden). Experimenten op

het vlak van honorering om tot meer kostenbeheersing te komen hebben tot dusver weinig succes opgeleverd (Delnoy, 1993):

- In de regio Leiden/Alphen is geëxperimenteerd met een gemengd abonnements-/verrichtingentarief. Medisch-technische verrichtingen waarbij in principe een keuze bestond tussen zelf doen en verwijzen werden op verrichtingenbasis gehonoreerd. Hoewel op sommige punten wel een verschuiving van werk van specialist naar huisarts optrad leidde het over het geheel genomen niet tot kostenbesparing.
- In de regio Emmen is getracht door middel van een programma van deskundigheidsbevordering te komen tot kostenbeheersing ('kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'). Als gevolg van dit programma trad inderdaad kwaliteitsverbetering op, maar de beoogde kostenbesparing bleef uit.

In beide experimenten was het probleem dat zij zich richtten op een dermate klein onderdeel van de huisartsenzorg dat eventuele effecten ondersneeuwden in de totale kosten van de huisarts.

krapte op de arbeidsmarkt voor huisartsen

Eén van de ideeën achter de opheffing van de contracteerplicht is dat verzekeraars een beleid kunnen gaan voeren ten aanzien van het al of niet aanbieden van contracten en daaraan eventueel voorwaarden verbinden op het terrein van kostenbeheersing, kwaliteit, enzovoort. Tot dusver krijgen alle huisartsen die zich vestigen echter gewoon een contract, vanwege de schaarste op de arbeidsmarkt voor huisartsen. Zolang deze krapte blijft bestaan, en dit hangt samen met de opleidingscapaciteit, is de vrijheid van contracteerplicht voor verzekeraars maar relatief.

gebrek aan ervaring bij verzekeraars met inhoudelijke sturing

Volgens de ideeën van de stelselwijziging zouden ziektekostenverzekeraars op regionaal niveau afspraken moeten gaan maken met aanbieders over prijs en kwaliteit van de te leveren zorg. Dit impliceert dat men zich inhoudelijk moet gaan bezighouden met de huisartsenzorg. Tot nu toe is de inhoudelijke bemoeienis van de ziekenfondsen beperkt en van de particuliere verzekeraars vrijwel nihil gebleven (op een enkel experiment na). Dit geldt nog sterker ten aanzien van de kwaliteit van de zorg dan ten aanzien van de kosten.

9. MEDISCH SPECIALISTEN EN VERZEKERAARS

Drs. A.J.J. van der Kwartel (NZi)

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de relatie tussen medisch specialisten en verzekeraars. Aan de orde komen onder meer: de 'uitkomsten van overleg' en de modelovereenkomsten, de contractplicht, goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap en zorgvernieuwing.

9.2. Feiten

Uitkomsten van Overleg en modelovereenkomsten

In de huidige situatie bepaalt de Ziekenfondswet (ZFW) dat de ziekenfondsen schriftelijke overeenkomsten moeten sluiten met personen en instellingen die een of meer vormen van hulp kunnen verlenen. Deze worden door de koepels van ziekenfondsen, personen en instellingen vastgesteld; dit zijn de zgn. Uitkomsten van Overleg (UvO). Deze moeten ter goedkeuring aan de Ziekenfondsraad (ZFR) worden voorgelegd. Mochten partijen niet tot een overeenkomst komen, dan stelt de ZFR een overeenkomst vast: de in de wet genoemde modelovereenkomst. In de huidige praktijk worden individuele overeenkomsten tussen ziekenfondsen aanbieder overeenkomstig de geldende UvO afgesloten, mede omdat overeenkomsten waarin van de UvO wordt afgeweken de voorafgaande goedkeuring van de Ziekenfondsraad behoeven.

In een toekomstige situatie is de individuele overeenkomst van (veel) grotere betekenis dan vroeger in de tijd dat er uitsluitend modelovereenkomsten bestonden en geen UvO's. De UvO's mogen bepalingen bevatten betreffende de aard en omvang van wederzijdse rechten en verplichtingen, waartoe ook afspraken over kwaliteit en doelmatigheid kunnen horen. Er is echter gesteld dat het hier gaat om een globale invulling van de kwaliteitsafspraken, die in de individuele overeenkomsten moeten worden gespecificeerd. Dit heeft tot gevolg dat de UvO's voor wat betreft beroepsbeoefenaren slechts betrekking mogen hebben op onderwerpen die in de ZFW beschreven staan. Voor instellingen geldt dit niet: onderwerpen zoals beschreven in de ZFW dienen tenminste in de UvO zijn opgenomen. Partijen kunnen op landelijk niveau naast de UvO/modelovereenkomst ook een kader voor afspraken opstellen, die echter niet opgenomen mogen worden in de UvO/modelovereenkomst. Afhankelijk van de vorm van organisatie van partijen, zijn deze afspraken meer of minder bindend. Voor de individuele overeenkomst betekent dit dat in principe van deze afspraken afgeweken mag worden, zonder dat een langdurig goedkeuren via de ZFR noodzakelijk is. [Van den Oetelaar, 1993]

Van contractplicht naar contracteervrijheid

Per 1 januari 1993 is de contractplicht vervallen. Wettelijk is er nog een half jaar tijd, voordat een contract daadwerkelijk kan worden beëindigd. Dus 1 juli 1993 is het formele moment, waarop de contracten aflopen en zullen moeten worden vernieuwd. Er zijn echter geen aanwijzingen, dat vanaf die datum ineens contracten ter discussie zullen gaan worden gesteld. Zolang een specialist op een erkende specialistenplaats zit, zal waarschijnlijk een nieuw contract worden aangeboden. Wel is het mogelijk, dat de contracten met specialisten, die niet verbonden zijn aan een erkende specialistenplaats (privé-klinieken of particuliere privé-praktijken) opnieuw kritisch zullen worden bekeken.

Goed medewerkerschap

In het licht van het opheffen van de contracteerverplichting heeft de NRV een rapport uitgebracht over 'goed medewerkerschap'.

In dit rapport noemt de Raad een aantal kwaliteitsaspecten van goed medewerkerschap, zoals die in bestaande overeenkomsten voorkomen. Wij noemen ze hier puntsgewijs:

Algemene kwaliteitsaspecten

- Doeltreffendheid
- Doelmatigheid

Persoonsgebonden kwaliteitsaspecten:

- Deskundigheid en Geschiktheid;
- Zorgvuldigheid;
- Indicatiestelling;
- Respectvolle bejegening;
- Informatiebereidheid;
- Vertrouwensrelatie;
- Coöperatie
- Verantwoordelijkheid;

Organisatorische kwaliteitsaspecten:

- Beschikbaarheid;
- Continuïteit;
- Integrale zorg;

Middelengebonden kwaliteitsaspecten:

- Veiligheid;

Verder noemt de Raad 16 normen, die naar zijn oordeel voor de beroepsuitoefening essentieel zijn.

De Raad suggereert ten slotte om aan bepaalde kwaliteitsaspecten in de overeenkomst meer aandacht te geven. Het gaat dan -naast een aantal van de hierboven genoemde aspecten- onder meer om zaken als: protocolleringen standaardontwikkeling, zorg op maat, informatie aan de patiënt, second opinion, intercollegiaal overleg, enz..

Goed verzekeraarschap

De Raad voor het Vrije Beroep (RVB) heeft het initiatief genomen om een rapport op te stellen over 'goed verzekeraarschap':

"Voor een evenwichtige verhouding tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is het immers essentieel dat wederzijds een vergaande mate van consensus bestaat over normen en voorwaarden die aan het beleid, de handelwijze, de opstelling en de prestaties van elk van deze partijen mogen en kunnen worden gesteld." [RVB, 1992]

In dit rapport worden een groot aantal voorwaarden gesteld aan 'goed verzekeraarschap'. Hieronder volgen er enkele:

Uitgangspunten zijn onder andere:

- zorg voor kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg;
- de zorgverzekeraar dient uitsluitend gekwalificeerde zorgaanbieders te contracteren;
- de zorgverzekeraars onthouden zich van risicoselectie;
- de verzekerde moet vrije keuze uit zorgaanbieders kunnen hebben;

- de professionele autonomie wordt gerespecteerd, waar het gaat om behandelwijze en beslissingen over de te verlenen hulp;

Als spelregels bij het contracteren worden onder meer voorgesteld:

- procedurele aspecten van het contracteringsproces, inclusief de rechten van degene, die een verzoek om contractering doet;
- vertegenwoordigingsbevoegdheid;
- de verzekeraar met weinig verzekerden in een bepaalde regio conformeert zich aan de afspraken, die zijn gemaakt tussen zorgaanbieders en de verzekeraar(s), die een substantieel deel van de zorgvragers als verzekerden hebben;
- geschillen- en klachtenprocedures;

Afspraken met betrekking tot de uitvoering:

- de zorgverzekeraar pleegt -in het kader van de beleidsvorming- ten minste twee maal per jaar overleg met vertegenwoordigers van de zorgsector;
- regelingen met betrekking tot de informatievoorziening;
- privacy-bepalingen;
- medewerking aan centrale financieringen;
- bereidheid tot het maken van landelijke afspraken;
- vastlegging van afspraken.

Zorgvernieuwing

Als het gaat om beleidsmatige beslissingen in relatie tot het zorgproces (bijvoorbeeld het overgaan op dagbehandeling, de ontwikkeling van protocollen met de huisartsen, enz.), kan bijvoorbeeld de volgende procedure worden gevolgd:

In eerste instantie worden op professioneel niveau de mogelijkheden, knelpunten, enz. verkend door de verzekeringsgeneeskundige in overleg met de betrokken specialist of maatschap. Op grond daarvan brengt de verzekeringsgeneeskundige verslag uit aan de directie van de verzekeraar over de wenselijkheid en haalbaarheid van het nieuwe beleid. Vanaf dat moment wordt het een agendapunt voor het structurele overleg tussen de directie van het ziekenhuis en de directie van de verzekeraar. De directie van het ziekenhuis vormt in dat proces een intermediaire functie tussen de verzekeraar en de specialisten. Hij wordt geacht vóór het overleg met de verzekeraar afstemming te hebben gepleegd met de specialisten. Hierop wordt hij ook door de verzekeraar aangesproken.

In dit model gaat de verzekeraar niet zelf afspraken aan met de specialisten.

9.3. Ontwikkelingen

Als algemene trend kan worden aangegeven, dat de verzekeraar in toenemende mate moeite doet om de medisch specialisten te commiteren aan de beleidsontwikkeling, zoals die tussen de verzekeraar en de instellingsdirectie wordt nagestreefd.

Door in ieder geval één verzekeraar wordt regelmatig een tripartiet overleg georganiseerd tussen de medische staf, de ziekenhuisdirectie en de verzekeraar. Dit overleg draagt nog een tamelijk vrijblijvend karakter, maar het streven is erop gericht om het meer inhoud te geven door 'zware' onderwerpen op de agenda te zetten, zoals bijvoorbeeld: de verkeerde bed problematiek, wachtlijsten voor bepaalde specialisten, invoering van dagbehandeling, enz.. Een actueel voorbeeld is de recente verlaging van de tarieven van medisch specialisten. De ziekenhuisdirectie vreest, dat deze verlaging zal leiden tot een verhoging van de productie, hetgeen weer allerlei negatieve gevolgen voor het ziekenhuis kan hebben. De directie hoopt deze problematiek via het tripartiete overleg bespreekbaar te krijgen en tot afstemming te komen.

Een mogelijke ontwikkeling op de lange termijn naar raam-overeenkomsten tussen verzekeraars en groepen van specialisten is niet ondenkbaar.

In het kader van de betrokkenheid tussen specialist en verzekeraar (en trouwens ook tussen ziekenhuis en verzekeraar) gaan de gedachten onder meer uit naar wat wordt genoemd "managed care". Zoals Van Harten [1992] aangeeft, kent dit begrip meerdere verschijningsvormen:

1. Managed care door middel van controle.
Hierbij valt te denken aan zaken als: het afgeven van machtigingen; utilisation review; verplichte second opinions; retrospectieve controle.
2. Managed care door coördinatie.
Hierbij valt te denken aan: case management; preventief huisbezoek; objectieve voorlichting over voor- en nadelen van ingrepen; samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.
3. Managed Care door keuzebeperking.
Bijvoorbeeld door: het afsluiten van voorkeurscontracten; regionale keuzebeperking; gesloten circuits van hulpverlening.
4. Managed care met behulp van financiële prikkels.
Voorbeelden hiervan zijn: Prikkels voor de patiënt, zoals eigen bijdragen, eigen risico's en bijbetalingssystemen; prikkels voor de zorgaanbieders: bonus-malus-regelingen; prikkels voor de instellingen: bijvoorbeeld DRG-achtige systemen.

In december 1989 is het zogenaamde 'Vijfpartijenakkoord' (VPA) gesloten. In dit akkoord zijn afspraken vastgelegd tussen verzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen over: volumebeperking, honorering, manpowerplanning en praktijkvoering. Dit akkoord is opgesteld door vertegenwoordigers van: de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ), de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), de Nationale Ziekenhuisraad (NZr) en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ).

"De afspraken betroffen de tarieven (uniformering, afschaffing degressief tarief en egalisatie van praktijkinkomsten), een regeling tot reductie van excessief overwerk van assistenten, beheersing van de instroom en opleidingscapaciteit, een registratiesysteem nodig ter uitvoering van een en ander, de invoering van een macro-budget voor de kosten van medisch-specialistische hulp en de vaststelling van modelovereenkomsten (...)" [Van Wijmen, 1991]

Naast de modelovereenkomst is aan het VPA ook een addendum toegevoegd met betrekking tot de toelatingsovereenkomst ziekenhuis-specialist.

In dit addendum worden achtereenvolgens geregeld:

- de professionele autonomie;
- het medewerken aan kwaliteitsbevordering;
- de beschrijving van een budgetprocedure, die de volgende elementen bevat:
 - * de opstelling van een ziekenhuisbeleidsplan;
 - * een activiteitenraming;
 - * het bevorderen van het doelmatig gebruik van middelen;
 - * een budgetbewakingsregeling;
 - * een tripartiet overleg tussen medische staf, directie en verzekeraar.
- het voeren van een extramurale praktijk;
- overleg over de formatie van AGIO's en AGNIO's;
- opzegging van de toelatingsovereenkomst.

[Van Wijmen, 1991]

9.4. Knelpunten

Het belangrijkste knelpunt in de relatie tussen medisch-specialisten en verzekeraars is gelegen in het feit, dat verzekeraars vanuit overwegingen van kostenbeheersing en bevordering doelmatigheid onder andere zullen willen sturen op de kosten en het volume van de medisch-specialistische zorg. Voor verreweg de meeste specialisten betekent dit direct een aanslag op hun omzet en dus op het inkomen. Dit maakt het moeilijk om in een situatie terecht te komen, waarin bij de betrokken partijen 'bereidheid tot verandering' zal ontstaan. De ervaring heeft inmiddels geleerd, dat gewenste veranderingsprocessen vooral tot resultaten leiden, wanneer er voor alle betrokken partijen sprake is van een "win-win-situatie". Die 'winst' hoeft niet specifiek financieel van karakter te zijn. Ook zaken als doelmatigheidswinst, kwaliteitswinst, enz. kunnen een motivering zijn om actief mee te werken aan veranderingsprocessen.

Juist in de ontwikkeling van de relatie tussen de medisch-specialisten en de verzekeraars, moet nogmaals worden gewezen op het feit, dat de specialisten zich al zo'n vijftien jaar in hun inkomen bedreigd voelen. Dat is een ongunstige start-situatie om veranderingen in gang te zetten.

De verschillen in omzet tussen de diverse medisch specialisten c.q. maatschappen blijken ook een knelpunt te kunnen vormen voor het in gang zetten van veranderingsprocessen. Zo heeft de LSV bijvoorbeeld het beleid gevoerd om tot regionale maatschapsvorming te komen. Dit is onder andere om reden van verschillen in omzet slechts op enkele plaatsen gelukt.

De vergoeding, die een medisch specialist ontvangt voor bepaalde verrichtingen, is vaak gebaseerd op normen, die al meerdere (soms vele) jaren oud zijn. Er is in de loop van de tijd geen rekening gehouden met zaken als produktiviteitsverbetering ten gevolge van verbeterde technologieën, en dergelijke. Dit kan in zoverre een knelpunt vormen, dat het 'opschonen' van deze tarieven weer zal worden gezien als een aanslag op het inkomen van de specialist.

10. ZIEKENHUIZEN EN VERZEKERAARS

Drs. A.J.J. van der Kwartel, drs. L.J.R. Vandermeulen (NZi)

10.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen de ziekenhuizen en de verzekeraars verder uitgewerkt. Onder andere worden beschreven: de financiering van de ziekenhuizen, het wettelijk kader, de liquiditeitsproblematiek en de investeringen.

10.2. Feiten

De toename van gebruik, capaciteit, productie en kosten in de ziekenhuiszorg (voor wat betreft de periode 1975-1991) heeft vooral in de jaren zeventig plaats gevonden. Deze kostenstijging is voor het grootste gedeelte (80%) veroorzaakt door loon- en prijseffecten (inflatie). [Grünwald, 1987] Rond 1982 treedt een trendbreuk op. Vanaf die tijd ontwikkelen de kosten van de ziekenhuiszorg zich beheerst. De financiële stuurbaarheid op macro-niveau blijkt effectief.

Tabel 10.1: De financiering van ziekenhuizen

(Mln. gld.)	'82	'87	'88	'89 ¹	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Ziekenfonds	7.395	7.408	7.587	7.464	7.559	8.615	0,0	3,8
AWBZ	150	162	183	477	553	630	1,6	40,4
Overheid	579	555	487	513	546	730 ⁴	-0,8	7,1
Part. Verz.	-	3.319	3.329	3.295	3.374	3.845	-	3,7
Ov. betalingen	<u>2.559²</u>	<u>342</u>	<u>348</u>	<u>323</u>	<u>347</u>	<u>396</u>	-	3,7
Totaal:	10.683	11.786	11.934	12.072	12.379	14.216	2,0	4,8
Statistisch onverklaard:				-10	-203	-321		
Wettelijke financiering ³ :				12.062	12.176	13.895		
Budget:	<u>10.774</u>	<u>11.527</u>	<u>11.744</u>	<u>12.151</u>	<u>12.974</u>	<u>13.985</u>	1,4	5,0
Nog te verrekenen:	0	-259	-190	89	798	90		
Cum. nog te verrek.:	0	904	714	803	1.601	1.691	-	16,9

Bron: FOZ 1993, bewerking NZi

- 1) Overheveling psychiatrie naar AWBZ.
- 2) Particuliere verzekeringen plus overige betalingen.
- 3) COTG-budget plus rijksbijdrage O&W aan academische ziekenhuizen.
- 4) Overheveling AM-budgetten van faculteit naar ziekenhuis (f 152 miljoen).

De financiers van de ziekenhuizen

De ziekenhuizen kennen vijf financieringsbronnen:

- de ziekenfondsen, die ongeveer 61% van het budget van de ziekenhuizen financieren;
- de particuliere ziektekostenverzekeraars, die ongeveer 28% van het budget financieren;
- de overheid voor ongeveer 4%;

- zo'n 4% wordt gefinancierd op grond van de AWBZ; Het betreft hier vooral de verstrekkingen psychiatrie en langdurige ziekenhuisverpleging. Vanaf 1992 wordt ook de revalidatie via de AWBZ gefinancierd.
- dan resteert er nog zo'n 3% aan 'overige betalingen' (bijvoorbeeld eigen bijdragen).

De jaarlijkse beleidsvormingscyclus tussen verzekeraars en ziekenhuizen kent een voorjaarsoverleg en een najaarsoverleg. Het voorjaarsoverleg is beleidsmatig en oriënterend van karakter. Instellingen en verzekeraars kunnen daarin hun wensen voor de komende jaren naar voren brengen. In het najaarsoverleg worden de productie-afspraken voor het eerstkomende jaar vastgelegd.

Wettelijk kader

Op landelijk niveau wordt getracht de gezondheidszorg te binden aan een macro-kader. Dit kader wordt jaarlijks neergelegd in het **Financieel Overzicht Zorg (FOZ)**. Dit overzicht is een nota van het ministerie van WVC, die formeel als bijlage bij de begroting wordt uitgegeven. In dit FOZ worden de macro-kaders voor de verschillende onderdelen van de zorgsector aangegeven. Hoewel het FOZ geen wettelijke status heeft, is het de bedoeling, dat deze macro-kaders een taakstellend karakter hebben. Voor de meeste sectoren blijken zij ook als zodanig te werken. Voor de ziekenhuizen bedroeg de afwijking van de financiële taakstelling in 1988 0 en in 1989 35 miljoen op een macro-budget van 12 miljard gulden. Over 1990 en 1991 tesamen bedroeg de overschrijding echter 136 miljoen gulden.

Door het geven van een aanwijzing aan het COTG, die de overheid adviseert over de tarieven in de gezondheidszorg, kan de overheid overschrijdingen van de macro-kaders in enig jaar herstellen door de budgetten van de betrokken zorgaanbieders in het jaar daarop middels een tariefaanpassing te korten. Voor 1993 zal dit het geval zijn voor de ziekenhuizen, die derhalve een budget-korting van 136 miljoen gulden tegemoet kunnen zien en voor de medisch specialisten, voor wie een tariefsverlaging van 11 procent werd vastgesteld.

De financiering van ziekenhuizen wordt geheel beheerst door vijf wettelijke regelingen:

1. Met de **Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)** heeft de overheid in principe een volledige greep op de nieuwbouw, verbouw en capaciteit van ziekenhuizen. Daarmee is zij in hoge mate bepalend voor wat genoemd worden: de 'lokatie-kosten', de 'vaste kosten' en de 'semi-vaste kosten'. (Zie hieronder) Er wordt hard aan gewerkt om deze wet te dereguleren, alhoewel over het perspectief hiervan nog vele onduidelijkheden bestaan.
Het gedogen van privé-klinieken toont eveneens aan, dat deze wet niet meer adequaat functioneert. Blijkens een gerechtelijke uitspraak vallen privé-klinieken niet onder de werking van de WZV, alhoewel zij duidelijk medisch-specialistische voorzieningen zijn. Zij vormen echter geen klinische voorziening.
2. Met de **Wet Arbeidsvoorwaarden Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector (WAGGS)** heeft de overheid in principe een volledige greep op de arbeidsvoorwaarden van het personeel van de ziekenhuizen en daarmee op de personeelskosten. Deze wet maakte een stringente loonbeheersing in de jaren tachtig mogelijk.
Deze wet stond bloot aan hevige kritiek, onder andere van de kant van de ILO. Aanvankelijk is getracht om gebruik te maken van een ontsnappingsclausule van deze wet door een zogenaamde 'budgetteringsovereenkomst' te sluiten tussen de staatssecretaris van WVC enerzijds en de georganiseerde intramurale gezondheidszorg anderzijds. Deze overeenkomst -waarin afspraken zouden worden vastgelegd over zowel de volume van zorg als de (personeels)kosten van de zorg- is in een laat stadium alsnog afgesprongen.
Deze wet staat ter discussie.

3. De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) regelt de feitelijke financiering van de ziekenhuizen door de verzekeraars. Via een systeem van landelijke parameters worden op grond van deze wet jaarlijks de instellingsbudgetten vastgesteld.
Het voornemen is om ook deze wet in sterke mate te dereguleren.
- 4/5. Als laatste wettelijke regelgeving kunnen worden vermeld de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze wetten regelen de feitelijke financiering van de zorgaanbieders, waaronder de ziekenhuizen. Zij bieden ook de mogelijkheid om in de vorm van een versnelde procedure via de Ziekenfondsraad wijzigingen in de erkenningen van instellingen tot stand te brengen.

Financieringswijze

Tot aan 1982 werden de ziekenhuizen gefinancierd op basis van een tariefsysteem: iedere verrichting werd vergoed volgens bepaalde landelijke tarieven (open-eind-financiering).

In 1983 werd overgegaan op een systeem van instellingsbudgettering. Instellingen kregen een vast budget op basis van de door hen gemaakte kosten in 1982. Via het budget-systeem konden de kosten van de ziekenhuizen relatief gemakkelijk worden beheerst en zelfs neerwaarts worden bijgesteld. Tegenover de nadelen van dit stringentere systeem stond het voordeel van een grotere allocatie-vrijheid binnen het instellingsbudget.

Omdat echter de vaste historische basis (1982) in de loop van de jaren tot steeds meer onredelijke afwijkingen leidde, werd in 1988 voor de algemene ziekenhuizen overgestapt op een systeem van 'functiegerichte budgettering'. In 1992 is het FB-model op een aantal punten gewijzigd. [Vandermeulen, 1992]

In dit systeem krijgt de instelling de beleidsverantwoordelijkheid over een budget, dat is opgebouwd uit een vijftal componenten:

1. De vaste kosten worden berekend op basis van de zogenaamde adhaerente bevolking. Het is een vergoeding voor *de beschikbaarheidsfunctie (het verzorgingsgebied)* van het ziekenhuis.
Dit deel bepaalt ongeveer 15% van het totale budget.
2. De semi-vaste kosten worden berekend aan de hand van het aantal erkende bedden en het aantal erkende specialistenplaatsen. De laatste parameter wordt gewogen naar zwaarte van de verschillende specialismen. Deze kosten vormen een weerslag van *de capaciteit* van het ziekenhuis.
Dit deel bepaalt ongeveer 34% van het totale budget.
3. De variabele kosten zijn een weergave van de "*productie*" van een ziekenhuis. Zij worden berekend aan de hand van zaken als: het aantal opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken en aantal dagverplegingsdagen.
Dit deel bepaalt ongeveer 46% van het totale budget.
4. Bijzondere functies (3%)
5. Eerstelijns ondersteuning (2%)

De laatste drie onderdelen van het budget van een ziekenhuis vormen onderwerp van onderhandeling op lokaal niveau tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

Naast deze vijf componenten van het budget, is er nog een zesde, waarop het management van het ziekenhuis echter geen invloed heeft. Dat betreft de kapitaalkosten als gevolg van de investering in het gebouw zelf. Deze kosten worden volledig nagecalculeerd, voor zover ze het gevolg zijn van WZV-beslissingen, betreffende planning en bouw. Voor de medische inventarissen is er een richtlijn die het afschrijvingsvolume bepaalt. Deze is gebaseerd op het aantal polikliniek houdende specialisten en het aantal bedden. Op grond van deze richtlijn heeft een ziekenhuis recht op een bepaalde investeringsruimte. In het kader van de budgetvrijheid kan het instellingsmanagement zelf besluiten om meer of minder te investeren.

Zogenaamde 'artikel 18 voorzieningen' komen alleen nog maar voor in academische ziekenhuizen. Zij worden geregeld via vaststelling van het aantal verrichtingen en het aantal erkende bedden.

Een belangrijk uitgangspunt bij de functiegerichte budgettering is, dat elk ziekenhuis een vergoeding krijgt voor alle diagnostische en therapeutische activiteiten, ongeacht of het ziekenhuis deze activiteiten zelf verricht dan wel elders uitbesteedt. Ziekenhuizen die activiteiten uitbesteden aan andere ziekenhuizen betalen aan het leverende ziekenhuis hiervoor een vergoeding. Dit element uit de functiegerichte budgettering wordt de 'Wijziging Declaratie Structuur' (WDS) genoemd. Deze vergoeding wordt bekostigd uit het integrale budget dat is vastgesteld op basis van de budgetformule. Het leverende ziekenhuis krijgt zodoende compensatie van de extra activiteiten in opdracht van derden die niet in het budget zijn opgenomen en die uit het budget van het aanvragende ziekenhuis moeten worden gefinancierd. Het tarief, dat voor deze activiteiten wordt gerekend, wordt onderling overeengekomen. Hiermee is een doelmatigheidsprikkel aan het budgetsysteem toegevoegd. Op instellingsniveau kan de afweging gemaakt worden bepaalde diensten in eigen beheer dan wel door derden te laten uitvoeren.

Overgangsregeling

Om de overgang van de oude financieringswijze naar de functiegerichte budgettering geleidelijk te laten verlopen (een en ander heeft ingrijpende reallocatie-effecten tot gevolg gehad) wordt als grens aangehouden, dat deze ontwikkeling jaarlijks voor een instelling ten hoogste 2% verandering in het budget mag betekenen. Naar schatting zal in 1992 gelden, dat voor ca 70% van de ziekenhuizen dit proces van herallocatie is voltooid.

Liquiditeitsproblematiek

De feitelijke financiering van ziekenhuizen geschiedt als volgt:

Het toegekende en afgesproken instellingsbudget wordt via een versleuteling omgerekend naar respectievelijk verpleegdagen en verrichtingen. Deze kunnen instellingen declareren bij de particuliere ziektekostenverzekeraars, respectievelijk de ziekenfondsen, waarbij hun patiënten zijn aangesloten. Deze 'opbrengsten' vormen de liquiditeitsstroom van de financiers naar de ziekenhuizen. Wanneer de opbrengsten aan het eind van het jaar niet voldoende blijken om het afgesproken budget geheel te vullen, zorgt het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) ervoor dat door aanpassing van het verpleegdagtarief de opbrengsten (eventueel een periode later) toch gelijk worden aan het instellingsbudget.¹⁰ Met andere woorden: op de lange termijn zijn de opbrengsten altijd gelijk aan het afgesproken budget.

Wanneer er sprake is van een structurele ontwikkeling, waarbij het budget jaar op jaar niet wordt gehaald (het aantal verpleegdagen daalt, het aantal eerste polikliniekbezoeken en dagopnamen stijgt), dan is het mogelijk, dat de produktie-afspraken tussen verzekeraars en ziekenhuis worden bijgesteld.

Deze werking van de budgetsystematiek kan leiden tot nabetalingsachterstanden. Eind 1991 was de nabetalingsachterstand aan algemene en academische ziekenhuizen opgelopen tot 1,7 miljard gulden. (Zie tabel 10.1) Om toch hun budget rond te krijgen hebben ziekenhuizen dit bedrag moeten lenen, hetgeen weer een extra last van naar schatting zo'n 110 miljoen rentekosten met zich mee brengt. Het COTG heeft (in samenwerking met de NVZ) voorstellen ontwikkeld om deze achterstand versneld in te lopen. Er wordt onder meer gedacht aan:

- Snellere aanpassing van de tarieven;
- Declaraties van ziekenhuizen op "all-out"-basis. Dat wil zeggen, dat klinische verrichtingen apart worden gedeclareerd en dus niet in het verpleegtarief worden opgenomen.

Investerings

Wanneer een instelling toestemming had om over te gaan tot ver- of nieuwbouw, stond tot voor kort de overheid garant voor de financiering van die investering. Sinds het in gang zetten van de invoering van de stelselwijziging, heeft de overheid die automatische garantiestelling ingetrokken. Dit heeft ertoe geleid, dat de financierende instellingen (banken, beleggingsmaatschappijen) terughoudend zijn geworden in het verschaffen van kapitaal.

Een citaat uit het VNZ-Journaal, 1993, nr. 13:

Naar aanleiding van het faillissement van ziekenhuis Berg en Bosch: "Meerdere instellingen wankelen. (...) Aangezien banken niet graag opdraaien voor verliezen, zal er kritischer gekeken worden naar het management en de financiële positie van instellingen. De ING-bank sluit niet uit dat de kredietverleningstroever zal verlopen en dat banken de risico's zullen doorberekenen in de vorm van renteverhoging."

10.3. Ontwikkelingen

In de financiering van ziekenhuizen zijn over de lange termijn twee grote ontwikkelingslijnen te onderkennen:

1. Een toenemende beleidsvrijheid van het instellingsmanagement om binnen het budget tot allocatie van middelen te komen. (Daarnaast ook een toenemende vrijheid om buiten het instellingsbudget om financiële middelen te verwerven.)
2. Een steeds groter deel van het budget wordt onderwerp van onderhandelingen in het lokale overleg tussen individuele ziekenhuizen en verzekeraars. Het variabele deel van het budget is in de loop van de jaren al steeds groter geworden, in de toekomst zal -in de lijn van de stelselwijziging- ook het capaciteitsaspect onderwerp van onderhandeling gaan worden.

Er zal een druk blijven bestaan om tot steeds verdere efficiency-verbetering te komen. De overheid zal de collectieve lasten willen blijven beheersen. Dus allerlei kostenverhogende effecten (personeelsschaarste, nieuwe technologische mogelijkheden, verbreding van het aanbod van dienstverlening, enz.) zullen via efficiency-operaties moeten worden gefinancierd.

Op dit moment worden er pogingen in het werk gesteld om tot een nieuw systeem van produktdefiniëring te komen. Gestreefd wordt naar een produktdefinitie, die meer 'output-gericht' is. (Zie bijlage)

10.4. Knelpunten

1993 zal voor de algemene ziekenhuizen financieel gezien een moeilijk jaar worden. Onder andere ten gevolge van:

- Budget-kortingen;
- Een afnemend personeelsverloop (dus hogere loonkosten);
- De uitwerking van de CAO-afspraken van 1992.

Door sommigen wordt als een apart knelpunt genoemd: de budgettering van ziekenfondsen in relatie tot de budgettering van ziekenhuizen. Met name vanuit de ziekenfondsen wordt gesteld, dat deze twee budgetteringssystemen niet naast elkaar kunnen bestaan. Anderen zijn van mening, dat dit wel kan, mits de budgetten goed op elkaar zijn afgestemd.

Door de verschillende oriëntaties van particuliere verzekeraars en ziekenfondsen (respectievelijk: vooral landelijk en vooral regionaal) is het moeilijk om eenduidig aan te geven, wat -vanuit de verzekeraars gezien- landelijk dan wel lokaal dient te worden geregeld.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is van mening, dat zo veel mogelijk op lokaal niveau moet worden geregeld.

Een overmatige controle door verzekeraars op het doen en laten van ziekenhuizen (en medisch specialisten) kan leiden tot een enorme verhoging van de beheerskosten. De Amerikaanse situatie levert ons daarvan de voorbeelden. Schattingen geven bijvoorbeeld aan, dat in de Verenigde Staten ongeveer tien procent van de ziekenhuiskosten direct te maken heeft met uitsluitend de afhandeling van rekeningen. [Van der Kwartel, 1991]

Op dit moment is er nauwelijks een relatie tussen kosten en financiering, gezien vanuit het oogpunt van de verzekeraar. De uniforme neventarieven voor verrichtingen hebben een geringe relatie met de kosten. Sinds de invoering van de functiegerichte budgettering zijn zij niet meer gewijzigd. Het verpleegdagtarief functioneert als sluittarief en kent grote differentiaties tussen instellingen, vooral veroorzaakt vanwege (incidentele) tariefsaanpassingen als gevolg van nabetalingen en vanwege de afschrijvingssystematiek.

11. NABESCHOUWING

In dit rapport is een overzicht gegeven van feiten, ontwikkelingen en knelpunten in de wereld van de huisartsen, specialisten en ziekenhuizen, mede in relatie tot de verzekeraars. Noodgedwongen is er sprake van een zekere fragmentatie van de informatie. Er is afzonderlijk informatie verschaft over de zorgaanbieders, over hun onderlinge relaties en over hun relaties met de verzekeraars. In dit afsluitende hoofdstuk willen wij proberen een aantal probleemgebieden uit de curatieve zorg, voor zover deze in dit rapport aan de orde is gekomen, in wat meer algemene termen te typeren.

Wij kiezen daarvoor de invalshoek van de 'veranderbaarheid'. De Commissie "Modernisering Curatieve Zorg" heeft immers tot taak voorstellen te ontwikkelen, die het mogelijk moeten maken om de curatieve sector in het kader van de stelselwijziging gezondheidszorg te moderniseren. Ervan uitgaande dat modernisering tot verandering in de gwenste richting zou moeten leiden, spreken we in feite niet alleen over 'veranderbaarheid', maar ook over 'stuurbaarheid', hetgeen als een krachtiger criterium mag worden beschouwd.

Veranderbaarheid (of stuurbaarheid) vereist ten minste twee gegevens: de condities moeten aanwezig zijn om veranderingen mogelijk te maken en er moeten besturingsinstrumenten zijn om die veranderingen dan ook te realiseren.

Vanuit deze invalshoek menen wij, dat uit het voorliggende materiaal drie 'probleemgebieden' kunnen worden aangegeven:

1. Het organisatievermogen van huisartsen en medisch specialisten;
2. De echelonsgewijze structuur van de curatieve gezondheidszorg;
3. De financiering van de curatieve gezondheidszorg.

Het organisatievermogen van huisartsen en medisch specialisten

Zowel medisch specialisten als huisartsen blijken zwak te functioneren waar het gaat om organisatie- en managementvraagstukken. De organisatie van de beroepsgroep huisartsen in huisartsengroepen is nog in een beginstadium en de samenwerking met andere eerstelijnsvoorzieningen blijft moeizaam; maatschappen van medisch specialisten kennen niet of nauwelijks een coherente interne structuur en hun directe betrokkenheid bij management en organisatie van het ziekenhuis blijkt gering. Waar sprake is van projecten op het gebied van samenwerking tussen huisartsen en specialisten lijkt de organisatorische ondersteuning veelal vanuit derden (de instelling en/of een verzekeraar) te moeten worden verzorgd.

Juist omdat het 'professioneel beleid' (diagnostiek, behandelprotocollen, enz.) door de beroepsgroep zelf wordt bepaald, is het van belang, dat medici direct betrokken zijn bij de organisatie van de zorgverlening en daar ook medeverantwoordelijkheid voor dragen. Niet alleen op het niveau van de individuele patiënt, maar ook op het niveau van patiëntencategorieën. Daarbij zou die noodzakelijke betrokkenheid zich ook dienen uit te strekken over de grenzen tussen de verschillende zorgvoorzieningen heen.

Een verbetering in de organisatie van de patiëntenzorg zou wellicht een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachtlijstproblematiek.

Het lijkt erop, dat in de opleiding tot basisarts c.q. de daaropvolgende opleidingen op dit moment onvoldoende aandacht wordt gegeven aan vraagstukken op het gebied van organisatie en management.

De echelonsgewijze structuur van de curatieve gezondheidszorg

De Nederlandse curatieve sector is opgebouwd uit een 'eerste lijn', waarin generalistische hulp wordt geboden, en een 'tweede lijn', waarin specialistische hulp wordt geboden. In de praktijk van de zorgverlening blijkt er een scherpe scheiding tussen die twee zorgvoorzieningen te bestaan.

Huisartsen, die patiënten doorverwijzen naar medisch specialisten, verliezen deze vrijwel geheel uit het oog. Het nieuw ingevoerde systeem van verwijfskaarten heeft dit probleem niet of nauwelijks opgelost.

Er zijn over en weer klachten over gebrekkige communicatie. Wederzijds zijn de beelden over de professionele beroepsuitoefening vertekend. Er is sprake van verschillende culturen. Discussies over taakafbakening en taakafstemming komen niet of nauwelijks van de grond. Van wederzijdse sturing (in de zin van: een zekere nazorg, wanneer de patiënt van het ene naar het andere circuit is overgedragen) is geen sprake. Kortom: medisch specialisten en huisartsen lijken twee gescheiden werelden te vormen.

Is er in de relatie huisarts-specialist nog sprake van een moeizame, maar zorginhoudelijk noodgedwongen relatie, tussen de huisarts en het ziekenhuis lijkt op dit moment nauwelijks enige relatie te bestaan. Huisartsen maken gebruik van de diagnostische voorzieningen van ziekenhuizen ten behoeve van hun patiënten. Wanneer er echter sprake is van ziekenhuisopname, verliezen huisartsen hun patiënten uit het oog. Ook hier is sprake van een discontinuïteit in de zorgverlening. Huisartsen blijken nauwelijks moeite te doen om hun patiënten in het ziekenhuis te 'volgen'.

In de toekomst zou deze scheiding tussen eerste en tweede lijn zowel organisatorisch als zorginhoudelijk tot problemen kunnen leiden. Zij kan immers een serieuze belemmering vormen in het bevorderen van de noodzakelijke continuïteit, flexibiliteit en doelmatigheid van de zorg. Dit klemmt temeer, daar de verwachting is, dat de grenzen tussen de eerste en tweede lijn geleidelijk aan zullen vervagen. Zo is bijvoorbeeld de verwachting, dat ziekenhuizen voor bepaalde groepen patiënten activiteiten zullen gaan ontplooiën op het gebied van de thuiszorg.

De financiering van de curatieve gezondheidszorg

Zonder twijfel vormen financiële prikkels sterke sturingsinstrumenten. Om financiële prikkels echter effectief te laten werken is inzicht nodig in de relatie tussen vergoedingen, kosten en produktie. In de bestaande financieringssystemen is de relatie tussen vergoedingen, kosten en produktie vaak afwezig. Zo is er in het abonnementstarief voor huisartsen geen relatie van de vergoeding met de geleverde produktie, noch met de gemaakte kosten. Het tarief voor sommige specialistische ingrepen is op verouderde berekeningen gebaseerd. Ook de bestaande financieringswijze van de ziekenhuiszorg biedt geen inzicht in de werkelijke kosten en kan daarmee nauwelijks worden gebruikt om effectieve financiële prikkels tot verandering vorm te geven.

In het algemeen moet worden geconstateerd, dat de bestaande financiële prikkels niet bevorderlijk werken op de door de overheid gewenste samenhang tussen de eerste en de tweede lijn en ook niet de gewenste doelmatige inzet van middelen. Denk bijvoorbeeld aan het abonnementstarief van huisartsen in combinatie met het verrichtingentarief van specialisten. Of aan de honoreringswijze van de medisch specialisten, die niet of nauwelijks doelmatigheidsprikkels bevat.

Daarnaast is er -met name voor de medisch specialisten- sprake van enkele gegevens, die het voor de toekomst moeilijk zullen maken om financiële sturingsinstrumenten effectief in te zetten. Zo zijn de vrijgevestigde specialisten in een aantal opzichten 'risicodragende ondernemers'. Zij hebben in het algemeen moeten investeren bij de overname van een praktijk (goodwill) en in apparatuur, praktijkruimtes, enz.. Dat maakt dat zij een bepaalde omzet moeten halen en zich heftig zullen verzetten tegen financieringsmaatregelen, die hun omzet bedreigen.

Daar komt nog bij, dat de benutting van de ziekenhuisfaciliteiten door de medisch specialisten voor een deel wordt bepaald door het eigen beleid van deze specialisten en het ziekenhuismanagement weinig middelen heeft om dit eigen beleid van medisch specialisten te sturen. Regelmatig ontstaan hierdoor conflictsituaties.

Ook ten aanzien van de financiering van ziekenhuizen kan worden geconstateerd, dat er nauwelijks een relatie bestaat tussen de feitelijke kosten van geleverde diensten en tariefstelling. Het is echter de vraag of

dat gebrek aan inzicht vanuit het oogpunt van kostenbeheersing van belang is. Het financieringssysteem voor de algemene ziekenhuizen ('functiegerichte budgettering') heeft immers een aantal mechanismen in zich, die remmend werken op een onnodige verhoging van de produktie. Afgezien van enkele imperfecties prikkelt het systeem het ziekenhuis tot een zekere mate van zelfsturing met betrekking tot een beheerste ontwikkeling van de kosten. Dergelijke systemen lijken uitstekend te passen in het streven naar een meer decentraal beleid ten aanzien van de gezondheidszorg.

PRODUKTDEFINITIE

Drs. C.C.M.C. Wiggers (NZi)

Bij een systeem dat uitgaat van een meer "outputgerichte" financiering van de gezondheidszorg is het noodzakelijk dat er afspraken worden gemaakt tussen financier(s) en aanbieder(s) van zorg over hoe de produktie moet worden gemeten. Wat koopt de financier aan zorg in en wat verkoopt de aanbieder van zorg?

Het NZi onderzoekt in een gezamenlijke opdracht van verzekeraars (KLOZ en VNZ) en aanbieders van medisch specialistische, c.q. ziekenhuiszorg en revalidatiezorg (NVZ, LSV en VRIN) de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een systeem van produktdefinities. Zo'n produktdefinitiesysteem is een noodzakelijke, maar nog niet een voldoende voorwaarde voor een "outputgerichte" financiering.

Omdat de revalidatiesector al per 1-1-1992 gemoderniseerd is (stelselherziening), wordt dit NZi onderzoek in twee fasen uitgevoerd. Het onderdeel voor de revalidatie is midden vorig jaar afgerond, de afronding van het onderdeel voor de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg is in de eerste helft van 1993 gepland.

Beide onderdelen van het onderzoek zijn/worden op een vergelijkbare wijze uitgevoerd:

1. omschrijving kader
2. omschrijving randvoorwaarden en criteria produkttyperingsysteem
3. omschrijving alternatieve mogelijkheden produkttyperingsysteem
4. selectie van het meest belovende/ de meest belovende alternatieven.

Het onderzoek gaat uit van de volgende definities:

produkttypering

De beschrijving van een eenheid van zorg, zoals die tussen verzekeraar en aanbieder van zorg verhandeld wordt. Een dergelijk produkt bestaat uit één of meer kleinere eenheden van zorg en dienstverlening, die door de aanbieder zelf worden geproduceerd, dan wel aangekocht en tot één produkt wordt samengevoegd.

systeem van produkttyperingen

Een beschrijving van een aantal produkten die tezamen *alle* zorg omvatten die onder de revalidatie-, c.q. medisch specialistische en ziekenhuiszorg valt.

Voor de revalidatiezorg kon daarbij uitgegaan worden van de functionele omschrijving (AWBZ). Omdat die voor de medisch specialistische, c.q. ziekenhuiszorg nog niet voorhanden is wordt voorgesteld om uit te gaan van de verstrekking genees- en heelkundige hulp, voor zover verstrekt door medisch specialisten en opneming en verblijf in het ziekenhuis.

Voor de revalidatie zijn de randvoorwaarden en criteria opgesteld aan de hand van beleidsnota's van de betrokken koepelorganisaties, gesprekken met vertegenwoordigers uit het veld en besprekingen in de begeleidingscommissie.

Deze randvoorwaarden en criteria voor de revalidatie zijn als uitgangspunt genomen voor de opstelling van de randvoorwaarden en criteria voor de medisch specialistische en ziekenhuiszorg.

Bij het aangeven van alternatieve systemen van produkttypering is voor de revalidatie uitgegaan van een viertal theoretische modellen:

- de aard van de zorg (d.w.z. bijvoorbeeld een abonnementensysteem)
- het doel van de zorg (d.w.z. bijvoorbeeld een systeem van "no cure no pay")
- de inhoud van de zorg (verrichtingen en verpleegdagen)
- patiëntengroepen (DRG's, ziektebeelden)

Ook voor de medisch specialistische en ziekenhuiszorg is uitgegaan van de zelfde vier theoretische modellen. Daarnaast is ook een systematische inventarisatie gemaakt van in het buitenland gehanteerde systemen van produkttypering en van in Nederland in ontwikkeling zijnde systemen. Gebleken is dat elk

van deze "praktijksystemen" kon worden ondergebracht in één van de theoretische modellen of een combinatie daarvan.

Het onderzoek heeft voor de revalidatie een "ontwikkelingstraject" aanbevolen. Gestart zou moeten worden met een systeem, gebaseerd op verrichtingen en verpleegdagen (de inhoud van de zorg); dit systeem zou dan, via experimenten en een goed ontwikkeld protocol voor informatieverzameling en verwerking kunnen ontwikkelen tot een meer patiënt(groep)-gericht systeem.

Een werkgroep van vertegenwoordigers van verzekeraars en aanbieders van de revalidatiezorg werkt op dit moment de concrete produkten uit voor de revalidatie.

Zoals gezegd is de afronding van het onderzoek voor de medisch specialistische en ziekenhuiszorg geprogrammeerd voor de eerste helft van dit jaar. Het onderzoek zal dan uitspraken doen over het theoretische model, c.q. de theoretische modellen die, gegeven de criteria en randvoorwaarden het meest geschikt zijn om verder tot concrete produkten uit te werken. Gezien de ervaringen met de revalidatie, wordt voor de medisch-specialistische en ziekenhuiszorg meer aandacht besteed aan de vertaalslag van de theoretische keuze naar concrete produkten. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de architectuur van informatieverzameling en verwerking.

LITERATUUR

- Baaijens, J.M.J., Beleidsnetwerken in actie (dissertatie), Deventer: Kluwer, 1988
- Ballegooi, E. van, Diabetes Mellitus type II: Richtlijnen voor controle en behandeling volgens het 'Zwolse Protocol'. Informatiefolder voor huisarts en specialist. Zwolle, 1991.
- Becker, H.A., et al.: Het ziekenhuis in de eenentwintigste eeuw - een achtergrondstudie. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Rijswijk, 1989
- Bensing, J., L. Hingstman, D. de Bakker. Uw toekomst als huisarts; U, huisarts van de toekomst. Lezing gehouden voor huisartsen in opleiding, Rotterdam, 24 februari 1993.
- Berkhout, J.S.M. en J.G. Schopman -Geurts van Kessel: Gezocht: medisch specialist. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1990
- Bongers-Sauer, E.B.L.: Managementparticipatie in de praktijk - Een verkennend onderzoek. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1991
- Buiting, : Kwaliteit van beroepsuitoefening en wetgevingsperspectief. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, VUGA/Tijdstroom, 's-Gravenhage/Lochem. (Nog te verschijnen)
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg: Jaarverslag 1991, COTG, Utrecht, 1992.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen: Advies inzake de planningsnormen voor de sector verpleeghuizen. CvZ, Utrecht, 1992.
- Commissie Prijsvorming in de Zorgsector: Op zoek naar een passende prijs, Ministerie van WVC, Rijswijk, 1992
- Commissie Structuur Honorering Medische Specialisten: Eindrapport. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam, 1982
- Coulter, A., J. Bradlow, Effect of NHS-reforms on general practitioners' referral patterns. British Medical Journal, 306, 1993, p. 433-437.
- Crebolder, H.F.J.M., Budgettering van en door huisartspraktijken, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 136, nr. 33, 1992, p. 1589-1591
- Delnoy, D.M.J., T.J.J.M.T. Kersten, L.J. Stokx, Geld, zorg en geldzorgen: honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Delnoy, D.M.J., De huisarts in het ziekenhuis, Een literatuurstudie uitgevoerd in opdracht van het Merwedeziekenhuis, NIVEL: Utrecht, 1992
- Dierendonk, D. van, H. Sixma, P.P. Groenewegen, Opgebrand: een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. NIVEL: Utrecht, 1992.

- Everzwijn, S.E.M., R.A. de Melker, De werkwijze van huisarts en specialist. Huisarts en wetenschap 28, 1985. p. 302-6.
- Fleming, D.M. The European study of referrals from primary to secondary care. Royal College of General Practitioners, Occasional Paper no. 56, 1992.
- Friele, R.D., P.F.M. Verhaak, Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. NIVEL: Utrecht, 1991.
- Froom, J., L. Culpepper, P. Grob, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis medi. Report from International Primary Care Network. British Medical Journal 1990; 300:582-6.
- Gerritse, A.J., V.J.H.M. van den Heuy en W. van der Windt: Regionale arbeidsmarktinformatie 1993. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993 (Verschijnt april 1993).
- Gloerich A.B.M., Zee J van der. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Deelproject van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL rapport. Utrecht mei 1992.
- Groenewegen, P.P., J. van der Zee, R. van Haaften, Remunerating General Practitioners in Western Europe. Aldershot, Avebury, 1991.
- Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk, NIVEL: Utrecht, 1992
- Grünwald, C.A.: Beheersing van de gezondheidszorg. Proefschrift, VUGA, Den Haag, 1987.
- Hageman H.J. Giffen H. van, Meyboom W.A. Verslaglegging van specialist aan huisarts. Medisch Contact 1984; 16;513-4
- Harten, W.H. van: Overeenkomsten, managed care en kwaliteit van zorg. Tekst van een inleiding, gehouden op de conferentie "Kwaliteit en verzekering in de gezondheidszorg", Amsterdam, 12/13 maart 1992.
- Heesters, J.P., De honorering van de Nederlandse huisarts als vrij-beroepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek (dissertatie), Tilburg, 1983
- Hingstman, L., J.B. Pool, Behoefteraming huisartsen 1992. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Hingstman, L. Eén jaar vestigingsbeleid huisartsen. Medisch Contact, 1988, 43,7,203-205.
- Hingstman, L., J.A. Riteco. Huisarts en verloskunde: taakuitoefening en taakopvatting. H&W, 1993, 36,3,99-101.
- Hingstman, L., J.B. Pool, Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg, 1992. Utrecht: NIVEL, 1993 (te verschijnen).
- Hirs, D.C., L.J.R. Vandermeulen en C.C.M.C. Wiggers: Regionale verschillen arbeidsmarktsituatie in de intramurale gezondheidszorg. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1991.

- Hoff, M.N.J.: Toepassing van integrale kwaliteitszorg-programma's in algemene ziekenhuizen (Afstudeerscriptie). Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1991.
- Hoog, J.C. de, De LHV en het wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen, Medisch Contact, 1991, 10 (3), pp. 7-21
- Jong, P. de, A.F.A. Korsten en J. van der Made: Ziekenhuizen: Besluitvorming en management. Van Gorcum, Assen, 1992.
- Kerssens, J.J., P.P. Groenewegen, E. Chr. Curfs, Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht, NIVEL, 1986.
- Kersten, T.J.J.M.T., De invloed van huisartsen in de tweedelij (dissertatie), NIVEL: Utrecht, 1991
- Kersten T.J.J.M.T., Stokx L.J., Meyboom W.A. Ontslagberichtgeving aan de huisarts. Medisch Contact 1992;37: 1229-33.
- Kuijlen J.A.J., Stokx L.J. NIVEL bibliografie nr. 33: de relatie tussen huisarts en specialist: een zaak van beloning. Utrecht 1991.
- Kwartel, A.J.J. van der: De rekening van het nieuwe stelsel zal tegenvallen. Het Ziekenhuis, 12 september 1991.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket. LHV Vademecum 1987.
- Landelijke Huisartsen Vereniging. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota LHV. Utrecht, 1987.
- Lems, P.: Het ziekenhuis in de 21e eeuw; een aanzet tot discussie; scenariorapport. Stuurgroep Scenario's Gezondheidszorg, Rijswijk, 1990.
- Meyboom W.A., Casparie A.F. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Medisch Contact 1980;33:989-94
- Ministerie van WVC: Financiële positie van ziekenhuizen. WVC, Rijswijk, 1990
- Ministerie van WVC: Eindadvies van de Subcommissie Specialisten van de Adviescommissie Beroepsbepaling Artsen: Behoefteteraming Medische Specialisten. Ministerie van WVC, Rijswijk, 1986.
- Ministerie van WVC: Structurering van de ziekenhuiszorg. Tweede Kamer der Staten Generaal, Vergaderjaar 1992-1993, Kamerstuk Nr. 22847, Nr. 1
- Montfort, A.P.W.P van: Ziekenhuizen: medische bedrijven, In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, VUGA/Tijdstroom, 's-Gravenhage/Lochem.
- Mulders, H.: Spanning tussen vraag en aanbod stuurt sterker dan structuur. Het Ziekenhuis, Nr. 14, 30 juli 1992.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid: Concept-discussienota Begrippenkader Kwaliteit van instellingen. NRV, Zoetermeer, 1990.

- Nationaal Ziekenhuisinstituut: De intramurale gezondheidszorg in cijfers. NZi, Utrecht, 1986, 1991 (+ nog ongepubliceerde cijfers)
- Nationale Ziekenhuisraad, sectie Ziekenhuizen en Landelijke Specialisten Vereniging: Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen, Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, 1991
- Nationale Ziekenhuisraad, Sectie Ziekenhuizen: Het ziekenhuis aan bod, Nationale Ziekenhuisraad, Sectie Ziekenhuizen, Utrecht, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid: Rapport Kwaliteitseisen Goed Medewerkerschap. NRV, Zoetermeer, 1990.
- NVZ-Werkgroep 'Specialist en Ziekenhuis: Perspectieven voor de specialist van overmorgen. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht, 1992
- Oetelaar, M. van den: Stage-verslag (nog te publiceren), Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Osterthun, P., E. Bongers-Sauer en H. v.d. Helm: Methode-ontwikkeling doorlichting maatschappen (Intern concept) + Achtergrondinformatie. NZi, Utrecht, 1989
- Pool, J. Gezondheidscentra en groepspraktijken, januari 1991. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Post D. Het nieuwe verwijskaartensysteem. Med. Cont. 1992. pp. 1059-62.
- Post D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Kampen: Kok 1984
- Praag, B.M.S. van, et al.: Een concurrerend recept voor de nederlandse gezondheidszorg. Prof. Mr. B.M. Teldersstichting, Den Haag, 1986
- Projectgroep Ziekenhuizen en Eerstelijnszorg: Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, 1986
- Raad voor het Vrije Beroep: Rapport Werkgroep "Goed verzekeraarschap". RVB, Den Haag, 1992.
- Riteco J.A., Hingstman L., Evaluatie invoering 'verloskundige indicatielijst'. NIVEL: Utrecht, 1991
- Robinson, R., The Physician as a Clinical Resource Manager or Budgetholder, Paper gepresenteerd op de "48th European Health Policy Forum Meeting: Paying the Doctor in Europe", Brussel, 19-20 september, 1991
- Sheldon, A., e.a.: Management van zorg; met of zonder artsen. NZi-Informatiereeks, Nr. 19, De Tijdstroom, Lochem, 1989.
- Silvertand, M.W.H.M., Gezonde sturing van vraag naar aanbod, afstudeerscriptie T.U. Eindhoven, faculteit Technische Bedrijfskunde, St. Elisabeth ziekenhuis Tilburg, mei 1992
- Sixma, H., D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, J. van der Velden, Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. NIVEL: Utrecht, 1992.

- Sixma, H., E. Hackenitz, EHBO in Almere 2: De effecten van de opening van het Flevoziekenhuis, NIVEL: Utrecht, 1992
- Sixma, H., EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lage Land ziekenhuis, NIVEL: Utrecht, 1990
- Specialisten Registratie Commissie: Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de S.R.C. erkende opleidingsrichtingen per 1 januari 1992. SRC, Nr. 92/32
- Tweede Kamer der Staten Generaal: Financieel Overzicht Zorg 1993. Vergaderjaar 1992-1993, Kamerstuk Nr. 22808, Nr.1-2, SDU, Den Haag, 1992
- Stokx, L.J., T.J.J.M.T. Kersten, Huisarts en wachtlijst voor het ziekenhuis. Medisch Contact 1991, 1471-5.
- Stokx L.J., Bakker D.H. de, Delnoy D.M.J., Gloerich A.B.M., Groenewegen P.P. Verwijscijfers belicht. NIVEL: Utrecht 1992.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, Deel 3: Achtergrondstudies, Houten/Zaventem, 1992
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2: Achtergrondstudies. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 1: Scenarioreport 1992. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- The Royal College of General Practitioners. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. 1992.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992-1993, 22 808, nrs. 1-2. Financieel overzicht Zorg 1993. 's Gravenhage 1992
- Vandermeulen, L.J.R.: Het calculerende ziekenhuis. Inleiding op het symposium 'Budgetteren in de ziekenhuizen', 23 maart 1993, Brugge. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Vandermeulen, L.J.R., D.C. Hirs en C.C.M.C. Wiggers: Specialisten gewogen. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1992
- Verhage-Spliet C.M.T.H., Eggink H.D. De polikliniekbrief van de internist. Medisch Contact 1990; 36: 1058-60
- Visser, J.: Functionele samenwerking Huisarts - Specialist, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993 (Nog te verschijnen)
- Vondel, H. van: Karakteristieke veranderingen voor de instellingen. In: Vandermeulen, L.J.R. en H. van Vondel: Kaderverhaal budgettering. NZi (interne notitie), Utrecht, 1992.
- Weiner, J.P., D.M. Ferriss, GP Budget Holding in the UK: Lessons from America, King's Fund Institute, London, 1990

Wiggers, C.C.M.C.: Onderzoek naar mogelijke produkttyperingen voor medisch-specialistische, c.q. ziekenhuiszorg. Voortgangsnotitie, NZI, Utrecht, 1993

Wijmen, F.C.B. van: Vijfpartijenakkoord, medisch specialist en ziekenhuis. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, april 1991.

Zee, J. van der. Herverkavelen in de gezondheidszorg. Med Cont. 40. 1985, pp. 12654-7.