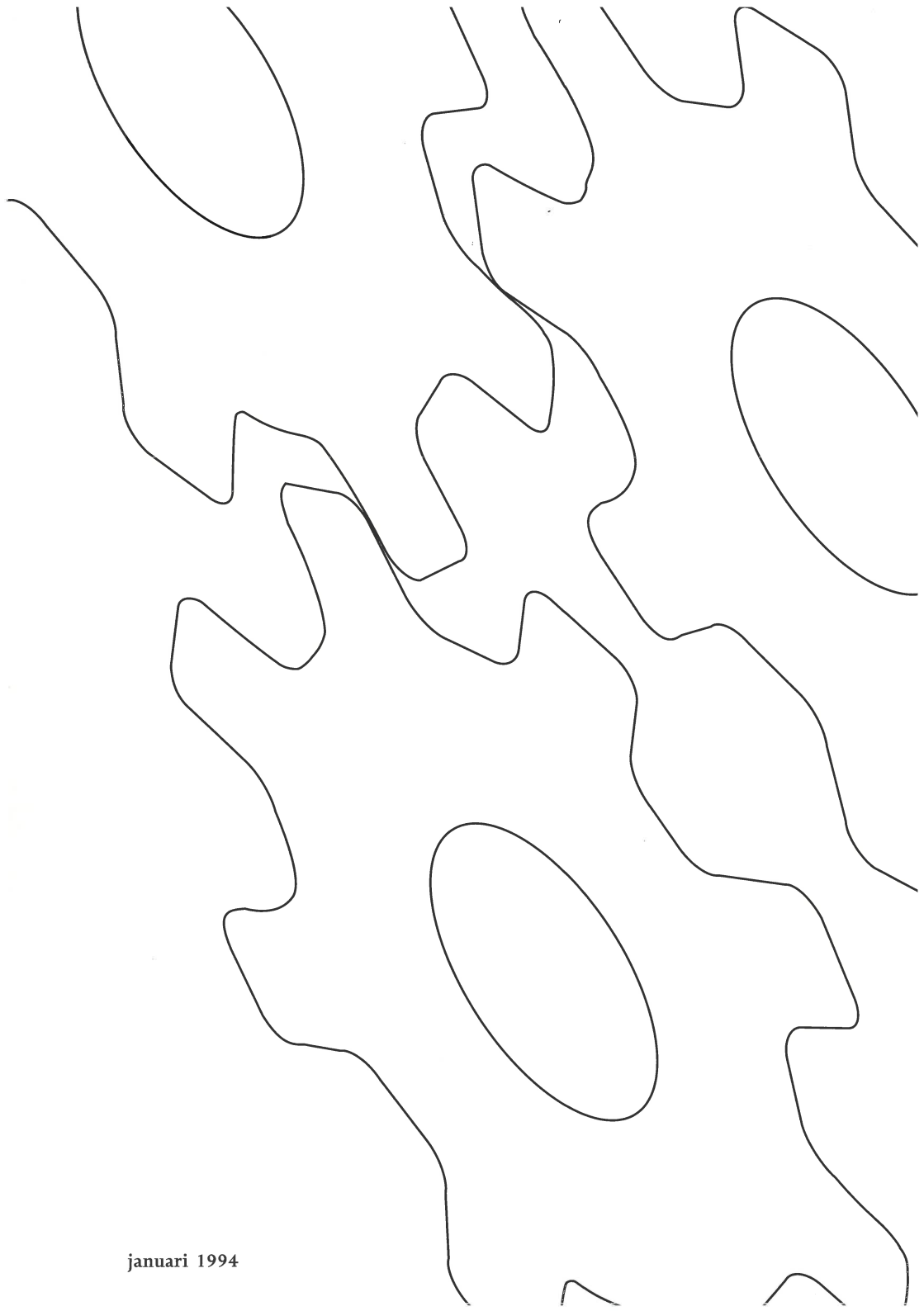


GEDEELDE ZORG: BETERE ZORG

ACHTERGRONDSTUDIES
van de Commissie
modernisering
curatieve zorg



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946



januari 1994

colofon

vormgeving:

Jos Stoopman, Rotterdam

zetwerk:

Ammerlaan Pre-Press, Wateringen

druk:

Koninklijke Van Poll, Roosendaal

productie:

Centrale Directie Voorlichting, Documentatie

en Bibliotheek van het ministerie van WVC

uitgave:

Commissie modernisering curatieve zorg

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

- Hageman bv, Postbus 281

2700 AG Zoetermeer

telefoon 079-61 11 88

fax 079-61 11 45

onder vermelding van het afleveradres en

- Rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg'

ISBN 90-74364-59-4

(prijs f 15,- per exemplaar)

- Achtergrondstudies 'Gedeelde zorg: betere zorg'

ISBN 90-74364-60-8

(prijs f 35,- per exemplaar)

Voorwoord

De Commissie modernisering curatieve zorg heeft ten behoeve van haar werk een viertal externe onderzoeken laten verrichten. Het betreft de volgende onderzoeken.

- 1 Een inventariserend onderzoek van feiten, ontwikkelingen en knelpunten in de curatieve zorg. De commissie heeft dit gehanteerd als verkenning van het terrein waarop zij heeft geadviseerd.
Uitvoering: NIVEL en NZi
- 2 Een juridische verkenning van de mogelijke contractuele relaties tussen medische specialisten en ziekenhuis. Deze studie is verricht met het oog op de door de commissie voorgestane integratie van medische specialist en ziekenhuis.
Uitvoering: Van Benthem & Keulen, advocaten
- 3 Een onderzoek naar de mogelijke differentiaties in het abonnementshonorarium voor de huisarts. Centraal in dit onderzoek stond het nagaan van de mogelijkheden om binnen een abonnementsstructuur recht te doen aan verschillen in werkdruk die verschillende patiëntencategorieën bewerkstelligen.
Uitvoering: NIVEL
- 4 Een onderzoek naar de goodwillproblematiek bij medische specialisten. Deze studie is verricht vanuit de invalshoek dat de bestaande systematiek van goodwill-betalingen door de commissie ongewenst wordt geacht.
Uitvoering: Coopers & Lybrand

De resultaten van deze vier externe onderzoeken zijn in de vorm van achtergrondstudies bij het commissie-rapport gebundeld. Dat stelt de lezer in staat meer gedetailleerd kennis te nemen van feiten en inzichten waarover de commissie op de betreffende terreinen beschikte bij het opstellen van haar advies.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de achtergrondstudies berust bij de instanties die de studie hebben verricht.

mr B.W. Biesheuvel

voorzitter Commissie modernisering curatieve zorg

INHOUDSOPGAVE

- 1 Curatieve zorg in Nederland:
feiten, ontwikkelingen, knelpunten 9
- 2 Advies inzake juridische vormgeving van
de relatie medisch specialist - ziekenhuis 95
- 3 Een uniform, gedifferentieerd honorarium
voor huisartsenzorg 139
- 4 Goodwillproblematiek medische specialisten
'Van Goodwill naar Pensioen' 195

**Curatieve zorg in Nederland:
feiten, ontwikkelingen, knelpunten**

Achtergrondstudie in opdracht van de
Commissie modernisering curatieve zorg

Uitgevoerd door

**Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi)
te Utrecht**

**Nederlands Instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
te Utrecht**

Auteurs

- namens NZi
drs. A.J.J. van der Kwartel
dr. J.K. van Dijk
dr L.J.R. Vandermeulen

- namens NIVEL
dr. D.H. de Bakker
L.J. Stokx, arts
mw. drs. D.M.J. Delnoy

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	15
2	De positie van de huisarts	17
3	De positie van de medische specialist	28
4	De positie van het ziekenhuis	35
5	De relatie huisarts - medische specialist	49
6	De relatie huisarts - ziekenhuis	56
7	De relatie ziekenhuis - medische specialist	61
8	De relatie huisarts - verzekeraar	69
9	De relatie medische specialist - verzekeraar	74
10	De relatie ziekenhuis -verzekeraar	80
11	Nabeschouwing	87
	Literatuur	90

1 Inleiding

Ten behoeve van de Commissie 'Modernisering Curatieve Zorg' is een globale 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. Eerst wordt de positie van deze drie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in drie afzonderlijke hoofdstukken geschetst. Daarna volgen hoofdstukken over de relatie huisarts - specialist, de relatie huisarts - ziekenhuis en de relatie ziekenhuis - specialist. Tenslotte komen de relaties van respectievelijk de huisarts, de medische 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 (hoofdstukken 2 en 8), L.J. Stokx, arts (hoofdstuk 5), mw. drs. D.M.J. Delnoy (hoofdstuk 6). Commentaar op verschillende versies 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 (hoofdstukken 3, 4, 6, 7, 9 en 10), dr. J.K. van Dijk (hoofdstukken 3 en 7), drs. L.J.R. Vandermeulen (hoofdstukken 3, 4 en 10).

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

2 De positie van de huisarts

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.

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.

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

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 Europa.¹

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.

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%.

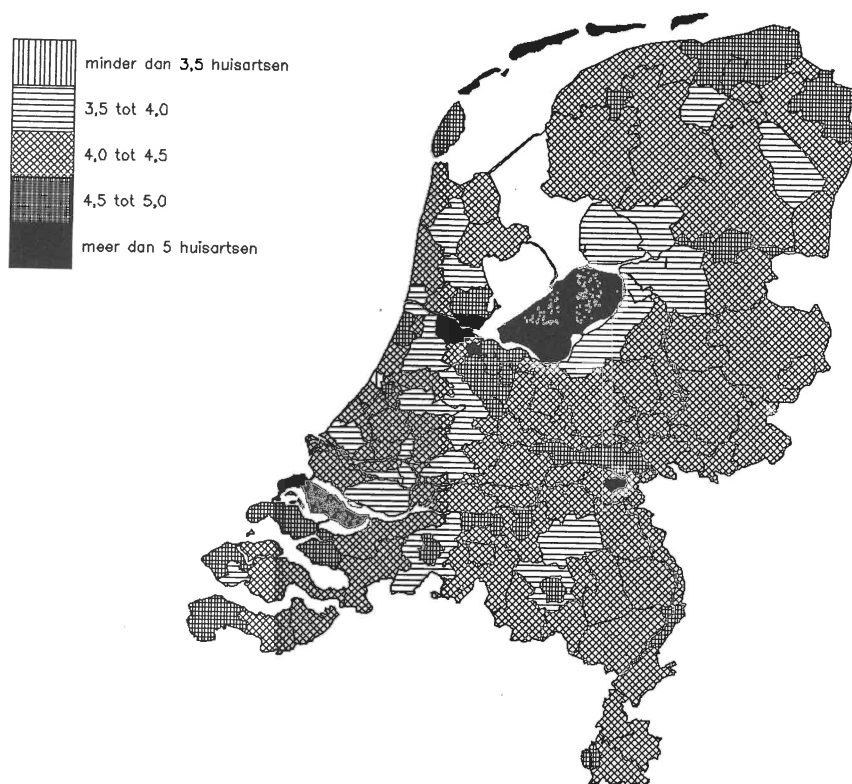
Tabel 2.2 Ontwikkeling percentage zelfstandig gevestigde huisartsen in een solo-praktijk, in een gezondheidscentrum en apotheekhoudend sinds 1982

	'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

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).

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



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 per-

centage 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 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 Inkomens 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 'rekenorm' 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).

- 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 abonnementsstarief te komen en door de gemiddelde contactfrequentie van particuliere patiënten om tot het particuliere consultatarief 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 patiëntomvang dan de werkelijke.

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 praktijkassistente, 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 is 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: F0Z, 1993

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

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. Ziektefondsverzekerden 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
voortlichting 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 gezondheidspro-

blemen wordt 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 ziekenfonds-verzekerden) 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

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.

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 patiënter (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 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 huisartsen 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.

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 éénmaal 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 hiater in de kennis een eis wordt voor herregistratie.ë

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. Slecht 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 De positie van de medische specialist

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.

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 ziekenhuishetwereld 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 tezamen 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

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

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'90
Erkend specialistenplaatsen								
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/instellingen								
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 (in 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	948 ⁵	136	2502 ²	312	201 ³	164	—	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.

Geneeskunst (KNMG). Specialisten in loondienst kunnen tevens lid zijn van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (IAD). Naast de LSV zijn er nog drie andere verenigingen van specialisten: Het Nederlands Specialisten Genootschap (NSG), die ten opzichte van de LSV een wat 'linkser' 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 'rechtser' 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, protocol-ontwikkeling, 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 medische specialist van directe invloed is op de omvang van de produktie. [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 specialismen, 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 vervolgoopleidingen 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 medische 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-Geneskundigen, 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 voor de intercollegiale toetsing (CBO) sinds 1982 landelijke consensusbijeenkomsten, teneinde in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen te komen tot richtlijnen rond (contro-versiële) 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:

- **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).

- **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.

- **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 visitatie programma 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, komen 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 produktie van medische specialisten. Om een indruk te geven volgt hieronder een overzicht voor de produktie van een aantal specialismen voor het jaar 1990:

Tabel 3.2 Produktie per specialist voor enkele specialismen (1990)

Specialisme	Aantal fte	Aantal ontslagen per specialist	Aantal verpleegdagen per specialist	Aantal polikliniekbezoeken per specialist	Totaal aantal polikliniekbezoeken per specialist
Interne Specialismen, totaal	1.779	243	3.040	887	3.528
Waarvan:					
Inwendige geneeskunde	680	261	3.825	800	3.319
Cardiologie	323	361	3.266	876	2.900
Kindergeneeskunde	284	285	2.783	559	2.062
Heelkunde totaal	2.191	343	2.871	1.534	4.750
Waarvan:					
Chirurgie	606	403	4.462	1.398	4.734
Gynaecologie	447	502	2.918	884	3.812
Oogheelkunde	285	122	599	3.408	6.502

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 ziekenfondspatinten 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 en 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 medische 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 De positie van het ziekenhuis

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

In tabel 4.1 is opgenomen een aantal relevante kerngegevens met betrekking tot de ziekenhuizen in Nederland.

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.

Tabel 4.1 Kerngegevens Ziekenhuizen

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. groei '82-'87	'87-'91
Aantal ziekenhuizen								
Algemeen	169	140	130	128	120	113	-3,7%	-5,2%
Categoriaal	48	43	44	40	36	36	-2,2%	-4,3%
Academisch	7	8	8	9	9	9		
Totaal	224	191	182	177	165	158	-3,1%	-4,6%
Aantal 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	6747	7154	7456	7588	7579	7576	1,2%	1,4%
Aantal bedden								
Per algemeen ziekenhuis	339	392	418	418	437	457	2,9%	3,9%
Per 1000 inwoners ²	4,50	4,04	3,98	3,94	3,82	3,71	-2,1%	-2,1%

Bron: NZi, 1992; F0Z 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.

De belangrijkste redenen voor deze fusiegolf zijn:

- Verhoging van de doelmatigheid.
Een van de uitingsvormen 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 centrum-functie gaan vervullen.

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 Zwakzinnigenzorg) 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 managementparticipatie 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 managementparticipatie van medisch specialisten vaak als een voorwaarde gezien.

Financiële aspecten

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 tabel 4.2 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%.

Tabel 4.2 Enkele financiële gegevens

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd.	groei
							'82-'87	'87-'91
Kosten (in mln)								
Per sector								
Algemene ziekenhuizen	8.220	8.686	8.843	9.245	9.761	10.492	1,1%	4,8%
Categorale ziekenhuizen	795	861	820	765	803	870	1,6%	0,3%
Academische ziekenhuizen	1.814	2.328	2.411	2.630	2.796	3.224	5,1%	8,5%
Totaal	10.829	11.875	12.073	12.640	13.360	14.586	1,9%	5,3%
Per kostencategorie								
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 afschrijving	1.289	1.608	1.614	1.778	1.879	2.237	4,5%	8,6%
Totaal (bruto)	10.828	11.875	12.073	12.639	13.360	14.586	1,9%	5,3%
Betalingen derden	-177	-251	-229	-302	-338 ¹	-350 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

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.

Tabel 4.3 Personele gegevens

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemidd. '82-'87	groei '87-'91
Arbeidsplaatsen (Full-time equivalents)								
Algemene ziekenhuizen	101.245	98.811	99.894	99.948	100.098	100.923	-0,5%	0,5%
Categorale ziekenhuizen	10.510	10.378	9.566	8.630	8.625	8.660	-0,3%	-4,7%
Academische ziekenhuizen	22.204	25.897	26.550	27.672	29.064	28.934	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)								
Algemene ziekenhuizen	119.569	124.227	127.472	129.401	130.756	134.732	0,8%	2,1%
Categorale ziekenhuizen	12.324	13.078	12.348	11.176	11.249	11.380	1,2%	-3,7%
Academische ziekenhuizen	24.681	29.896	30.914	32.858	34.520	35.911	3,9%	4,7%
Totaal	156.574	167.201	170.734	173.435	176.525	182.023	1,3%	2,1%
Bron: NZi								

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	1.641	1.164	1.141	1.090	1.230	1.267	-6,6%	2,1%
Totaal	19.849	14.276	14.027	13.434	12.878	12.463	-6,4%	-3,3%
Instroom inservice onderwijs (eerstejaars)								
Verpleegkundigen 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/MD60-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

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

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.

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. groei '82-'86	'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	1.990	2.106	2.164	2.182	2.159	2.109	1,1%	0,0%
Totaal	21.634	18.442	18.155	17.877	17.324	16.986	-3,1%	-3,0%

Tabel 4.5 Productie gegevens (vervolg)

	'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	13.0	11.8	11.5	11.2	11.0	11.0	-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	0	29	40	42	40	43	-	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	368	489	540	604	602	559	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	2.177	2.531	2.647	2.727	2.716	2.674	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 oog-ziekenhuizen.

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, ~~zwakzinnigen~~inrichtingen, 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 een 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 algeme-

ne 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 behoeft 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's.

4.4 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 salariering;
- 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 bed problematiek 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]

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 eerste lijn naar tweedelij (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 tweedelij: 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 verstrekkin-

genbesluit is een uitwerking van de ziekenfondswet. Veel particuliere verzekeraars hebben het verwijfsprincipe overgenomen. Het verwijfskaartensysteem 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 verwijfskaart is een door de huisarts uitgeschreven en door de specialist bij het ziekenfonds ingediende en geaccepteerde declaratie voor poliklinische hulp gedurende één maand. Een verwijfskaart vertegenwoordigt voor de specialist dus een contante waarde. Een specialist mag op basis van een door de huisarts uitgeschreven verwijfskaart binnen één jaar na afgifte van de verwijfskaart, 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 verwijfskaart (vaak verlengingskaart/-verwijzing genoemd) worden uitgeschreven door de huisarts.

De situatie na 1 juli 1991

Tegenwoordig kunnen huisartsen drie typen verwijfskaarten 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 verwijfscijfer (het aantal uitgeschreven verwijfskaarten 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 verwijfscijfer 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 verwijfscijfer in de periode tot 1991 ongeveer gelijk is gebleven (Stokx e.a. 1992)

Al liggen de verwijfscijfers 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 de 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 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

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).

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 medische 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 Protocolen redelijk onafhankelijk van elkaar plaats.

Voorals 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 is 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 tweedelijnn.

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 verwijskaartensysteem 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 tweedelijnn. 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 tweedelijnn 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

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.

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).

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 functie-onderzoek geldt dat 4% van alle verrichtingen wordt uitgevoerd ten behoeve van derden, waaronder huisartsen, terwijl voor de afdeling scapie 5% van alle verrichtingen wordt 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 6.1 zijn enige landelijke gegevens over laboratorium- en röntgenverrichtingen weergegeven.

Tabel 6.1 Kwantitatieve gegevens (poliklinische verrichtingen)

	'82	'87	'88	'89	'90	'91	Gemiddelde groei	
							'82-'87	'87-'91
Laboratoriumpunten								
(x miljoen)	165	173	179	196	207	217	1,0%	5,8%
waarvan t.b.v. huisartsen	21	29	34	36	43	43	6,7%	10,3%
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%	2,0%
waarvan t.b.v. huisartsen	1.148	1.389	1.483	1.598	1.713	1.778	3,9%	6,4%
percentage:	22,6	28,0	29,5	31,1	32,6	33,1		

Bron: NZI: De Intramurale gezondheidszorg in cijfers

Uit de tabel 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 functiegericht budgettering wordt ongeveer 2% gevormd door productie 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 signaleerd 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 signaleerd, 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

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 en het

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 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 mode eveneens geprobeerd om een verschuiving van patiëntenstromen (van huisartspraktijk naar polikliniek) zoveel mogelijk te voorkomen. In het Almeerse model fungeerden 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 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 dienstbaar op de polikliniek van het ziekenhuis te laten draaien. Met deze optie wordt thans op kleine schaal geëxperimenteerd.

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.

7 De relatie ziekenhuis - medische specialist

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

In het algemeen kan men stellen, dat participatie van medische 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 ziekenhuizen 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 medische 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 te ontwikkelen tot manager van zorgeenheden.Van deze laatste groep zal een beperkt aantal uiteindelijk kunnen participeren in de bestuuring 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' (is de omzet) van de medische specialisten in het budget van het ziekenhuis;
 - de medische specialisten komen in loondienst van het ziekenhuis;
 - de inkomens van de medische 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 medische 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 marktpincipe, etc. zijn nog niet vertaald in de toelatingscontracten.
- De gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en medische specialist voor het uiteindelijk 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 teamvorming 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 medische specialisten kunnen belemmeren.

huisarts - verzekeraar

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 honoreringssystematiek en 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 gedeetailleerd 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 staat 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 verwijskaarten naar de medisch specialist, de machtigingen voor fysiotherapie, de door de apotheek afgeleverde medicijnen en de kosten van aangevraagde laboratoriumdiagnostiek. Huisartsen met extreem hoge verwijscijfers etc., waarvan het onwaarschijnlijk is dat deze worden veroorzaakt door een ongezonere 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 stelselwijzigingplannen

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 Meandergroep, 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 budgethouder te 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.

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de relatie tussen medische specialisten en verzekeraars. Aan de orde komen onder meer: de 'uitkomsten van overleg' en de modelovereenkomsten, de contracteerplicht, 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 ziekenfonds en 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/model-overeenkomst. 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 contracteerplicht naar contracteervrijheid

Per 1 januari 1993 is de contracteerplicht 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: protocollering en 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 zorg-aanbieders 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.

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 medische 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 specialismen, invoering van dagbehandeling, enz.. Een actueel voorbeeld is de recente verlaging van de tarieven van medische specialisten. De ziekenhuisdirectie vreest, dat deze verlaging zal leiden tot een verhoging van de produktie, 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, medische specialisten en ziekenhuizen over: volumebeperking, honorering, manpowerplanning en praktijkvoering. Dit akkoord is opgesteld door vertegenwoordigers van: de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektelastenregelingen voor Ambtenaren (KPZ), de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektelastenverzekeraars (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 medische specialisten en verzekeraars is gelegen in het feit, dat verzekeraars vanuit overwegingen van kostenbeheersing en bevordering van 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' behoeft 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 medische 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 medische 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 medische 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.

10.1 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.

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.

Tabel 10.1 De financiering van ziekenhuizen (in mln gld)

							Gemidd.	groei
	'82	'87	'88	'89 ¹	'90	'91	'82-'87	'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
Particuliere verzekeringen	—	3.319	3.329	3.295	3.374	3.845	—	3,7
Overige betalingen	2.559 ²	342	348	323	347	396	—	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	10.774	11.527	11.744	12.151	12.974	13.985	1,4	5,0
Nog te verrekenen	0	-259	-190	89	798	90		
Cumulatief nog te verrekenen	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).

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 medische 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 stringenter 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 Eerstelijnsondersteuning (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

¹⁰ Dit verklaart ook het verschijnsel, dat het verpleegtarief van een ziekenhuis in opeenvolgende jaren soms sterk kan verschillen.

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 kredietverlening stroever 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 Wiggers en Vandermeulen, 1993)

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 medische 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.

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 gewenste 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 **gegevenheden**: 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 medische specialisten ;
- 2 De echelonsgewijze structuur van de curatieve gezondheidszorg;
- 3 De financiering van de curatieve gezondheidszorg.

Het organisatievermogen van huisartsen en medische specialisten

Zowel medische 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 eerste-lijnsvoorzieningen blijft moeizaam; maatschappen van medische 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 medische specialisten, verliezen deze vrijwel geheel uit het oog. Het nieuw ingevoerde systeem van verwijskaarten 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: medische 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 medische specialisten, die niet of nauwelijks doelmatigheidsprikkels bevat.

Daarnaast is er – met name voor de medische specialisten – sprake van enkele givenheden, 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 medische specialisten voor een deel wordt bepaald door het eigen beleid van deze specialisten en het ziekenhuismanagement weinig middelen heeft om dit eigen beleid van medische 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 gezondheids-

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: medische 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 Haften**, 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**, Behoeftes van huisartsen 1992. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Hingstman, L.** Een 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: Behoefteraming Medische Specialist. 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: Management-participatie van medische 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

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: Scenariorapport 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. en L.J.R. Vandermeulen: Mogelijkheden omtrent produkttyperingen voor medisch-specialistische, c.q. ziekenhuiszorg. NZI, Utrecht, juni 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.

2

Advies inzake de
juridische vormgeving van de relatie
medisch specialist - ziekenhuis

Achtergrondstudie in opdracht van de
Commissie modernisering curatieve zorg

Uitgevoerd door

**Van Benthem & Keulen - Advocaten
te Utrecht**

Auteurs:

- Mr N.J. van der Graaf
- Mr C. de Jong
- Prof. Mr W.B. van der Mij
- Mr H.S. Wiarda

INHOUDSOPGAVE

	Samenvatting	101
1	Opdracht	104
2	Opzet en werkwijze	105
3	Doelstellingen	107
3.1.	Bevordering van doelmatigheid	107
3.2.	Kostenbeheersing	108
3.3.	Bevordering van kwaliteit	108
4	Bestaande juridische constructies	110
4.1.	Inleiding	110
4.2.	Contractsvormen	110
4.3.	Arbeidsovereenkomst	110
4.4.	Overeenkomst van opdracht	111
4.5.	Aanneming van werk	112
4.6.	Toelatingsovereenkomst	113
4.7.	Toetsing aan de doelstellingen	113
4.7.1.	Arbeidsovereenkomst	114
4.7.2.	Toelatingscontract	115
4.7.3.	Conclusie	115
5	Andere juridische constructies	116
5.1.	Inleiding	116
5.2.	Algemeen	118
5.3.	Benaderingsmethodiek	119
5.4.	De individuele benadering	119
5.5.	De collectieve benadering	120
5.6.	Tussenvormen	122
5.7.	De honorering	123
5.8.	Toetsing aan de doelstellingen	125

6 Sociaal-rechtelijke en fiscale consequenties 127

- 6.1 Inleiding **127**
- 6.2 Systematiek inhoudingsplicht **127**
 - 6.2.1 Dienstbetrekking **128**
 - 6.2.2 Verplichting tot persoonlijke dienstverrichting **129**
 - 6.2.3 Loonbetalingsverplichting **129**
 - 6.2.4 Gezagsverhouding **129**
 - 6.2.5 Gelijkgestelden **130**
- 6.3 Bestaande juridische constructies **133**
 - 6.3.1 De arbeidsovereenkomst **133**
 - 6.3.2 Aanneming van werk **133**
 - 6.3.3 Het toelatingscontract **133**
- 6.4 Andere juridische constructies **134**
 - 6.4.1 De individuele benadering **134**
 - 6.4.2 Collectieve benadering **135**
- 6.5 Conclusies **135**

7 Conclusies 136

Samenvatting

Juridische relatie medisch specialist - ziekenhuis

De Commissie MCZ heeft op 30 augustus 1993 aan Van Benthem & Keulen Advocaten opdracht verleend tot het uitvoeren van een onderzoek op hoofdlijnen naar de juridische vormgeving van de relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis. De resultaten van het onderzoek zijn neergelegd in een rapport waarvan hieronder een korte samenvatting volgt.

Referentiekader bij het onderzoek is geweest het uitgangspunt van de Commissie dat gestreefd dient te worden naar een verdere integratie van specialist en ziekenhuis. Aangezien integratie slechts een middel is voor het bereiken van doelstellingen, te weten: doelmatigheid, kostenbeheersing en kwaliteit, zijn de verschillende juridische constructies aan deze doelstellingen getoetst en tevens beoordeeld naar de fiscale en sociaal-rechtelijke consequenties. Anderzijds dient ook rekening te worden gehouden met het verschijnsel van professionele autonomie, waarnaast het onderscheid tussen formele constructie en praktische uitvoering voor ogen gehouden moet worden. Overigens is het recht plooibaar; binnen de grenzen van de openbare orde en de goede zeden kan juridisch alles wat partijen maar willen en als zij maar willen.

Van de bestaande juridische constructies kan naar haar aard de arbeidsovereenkomst leiden tot de meest verstrekkende integratie en het bereiken van de doelstellingen, maar veel hangt af van de inhoud van de overeenkomst, van de rechten en plichten die partijen daarbij krijgen en, niet in de laatste plaats, van de praktische uitvoering. Tegenover het vaak genoemde nadeel dat in dienstverband de produktiviteit van de specialisten zal kunnen afnemen, kan als voordeel juist worden genoemd dat ongewenste produktiviteitsverhogende prikkels dan worden voorkomen.

De meer voorkomende toelatingsovereenkomst (een contract sui generis) houdt het gevaar van een belangenconflict in, in casu van de belangen van de specialist en die van het ziekenhuis. Door aanscherping van de voorwaarden van toelating kan integratie worden bevorderd, maar de kans is groot dat dan een toelatingsovereenkomst in sociaal-ver-

zekeringstechnische zin gelijkgesteld zal worden met een arbeidsovereenkomst, hetgeen anderzijds de voordelen van de sociale verzekeringen weer oplevert.

Constructies als de overeenkomst van opdracht (sinds 1 september 1993 van kracht) en aanneming van werk komen door het continue karakter van de relatie respectievelijk het onstoffelijke werk niet in aanmerking.

De gewenste integratie kan ook worden bereikt door een nieuw contract sui generis (wellicht zorgleveringscontract of ziekenhuismedewerkerscontract te noemen) waarbij sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en specialisten voor een zo doelmatig en kwalitatief mogelijke zorgverlening binnen het daarvoor beschikbare budget. Denkbaar zijn een individuele en een collectieve benadering.

Bij de individuele benadering contracteren zowel ziekenhuis als ziektekostenverzekeraar met de individuele specialist. In de modelcontracten, op basis waarvan een individueel contract wordt gesloten, moeten dan allerlei in wezen collectieve zaken worden geregeld met zwaarwegende verplichtingen voor de individuele specialist welke hij als enkeling nauwelijks kan waarmaken. Bovendien, hoe meer verplichtingen voor de specialist en daartegenover zeggenschap van het ziekenhuismanagement, hoe groter weer de kans op gelijkstelling in sociaal-verzekeringstechnische zin met een arbeidsovereenkomst.

Bij een collectieve benadering heeft het ziekenhuis contractueel te maken met groepen van specialisten die als zodanig gemakkelijker zijn aan te spreken op hun collectieve verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het ziekenhuis in al zijn geledingen. Daarbij zijn diverse modaliteiten denkbaar:

- a Alle specialisten vormen één grote maatschap welke het contract sluit met het ziekenhuis en, bij voortzetting van een directe relatie zoals thans het geval is, met de ziektekostenverzekeraar(s). In zo'n contract zijn collectieve taken ter bereiking van de doelstellingen kwaliteit, doelmatigheid en kostenbeheersing beter te regelen en waar te maken. De maatschap kan werken met compagnons en medewerkers in loondienst die kunnen uitgroeien tot compagnon. Een groot probleem zal ongetwijfeld zijn de interne verdeling van de inkomsten van de maatschap, gelet op bestaande grote verschillen in inbreng en inkomen. Bovendien zal binnen zo'n grote maatschap een interne organisatie moeten worden opgebouwd welke de besluitvorming binnen de maatschap kan bemoeilijken.
- b De medische staf wordt een vereniging welke contracteert met het ziekenhuis (en de ziektekostenverzekeraar), hetzij in de vorm van een model-contract als basis voor een individueel contract, hetzij in de vorm van een alle specialisten direct bindend collectief contract. Deze constructie vereist bereidheid van de specialisten een zeker mandaat te geven aan het bestuur van de medische staf. Tot heden lijkt die bereidheid in het algemeen niet groot.
- c Een variant van a. is het vormen van één maatschap voor de snijdende specialismen, één voor de beschouwende specialismen en één voor de ondersteunende specialismen, die in het algemeen minder grote verschillen in inbreng en inkomen kennen, al zijn ook daarbij uitzonderingen. Ook kan nog worden gedacht aan zulke maatschappen per regio, waarvan

het voordeel kan zijn dat een regionaal beleid in overeenstemming met de doelstellingen niet wordt afgestraft door een minder goed beleid van andere regio's. Uiteraard vraagt deze modaliteit ook afstemming tussen de ziekenhuizen zelf binnen de regio.

Wat het vraagstuk van de honorering betreft is het onderzoek beperkt gebleven, omdat dit slechts ten dele een juridisch vraagstuk is. In algemene zin is aangegeven dat in de contracten een mechanisme zou kunnen worden ingebouwd, waardoor de specialist er financieel belang bij krijgt om zoveel mogelijk binnen de vastgestelde budgetten en productie-afspraken te blijven. Een soort bonus-malus-regeling, gekoppeld aan een basisinkomen, kan daartoe bijdragen. Daarnaast kan worden overwogen, zoals reeds eerder in diverse rapporten is voorgesteld, extra bonussen ter beschikking te stellen aan die specialisten die zich op bijzondere wijze inzetten voor het bereiken van de doelstellingen.

Bij een stelsel van basisinkomen en bonussen, waarbij dus niet meer het aantal verrichtingen het inkomen bepaalt, ligt het voor de hand het inkomen van de specialist in te bedden in het contract specialist - ziekenhuis of maatschap - ziekenhuis en alleen het ziekenhuis te laten contracteren met de ziektekostenverzekeraars. Dit bevordert uiteraard de integratie in hoge mate, maar voor zover daarbij al niet gesproken moet worden van een gewone arbeidsovereenkomst, zal gelijkstelling met een arbeidsovereenkomst voor de sociale verzekeringen op zijn minst zijn te verwachten.

Tenslotte wordt aandacht gevraagd voor de implementatie. Voor de verwezenlijking van een nieuwe juridische vormgeving verdient in het algemeen een stappenplan te worden overwogen.

Bij schrijven van 30 augustus 1993 heeft de Commissie modernisering curatieve zorg, hierna te noemen de commissie MCZ, aan Van Benthem & Keulen Advocaten opdracht verleend tot het uitvoeren van een onderzoek op hoofdlijnen naar de juridische vormgeving van de relatie medisch specialist - ziekenhuis.

Referentiekader daarbij vormt de gedachtenvorming binnen de commissie inzake een verdere integratie van medisch specialist en ziekenhuis. Een onderzoek naar de juridische vormgeving brengt uiteraard mede dat ook aandacht dient te worden gegeven aan de inhoud en de effecten van de verschillende juridische constructies welke in aanmerking zouden kunnen komen, maar sluit niet in een onderzoek naar de maatschappelijke haalbaarheid van een en ander. Daarbij spelen immers tal van beleidsoverwegingen welke het deskundigheidsgebied van de opdrachtnemer te buiten gaan.

2 Opzet en werkwijze

Ondergetekenden, partners respectievelijk adviseur van genoemd advocatenkantoor, hebben kennis genomen van de opdracht welke door de Staatssecretaris van WVC aan de commissie MCZ zelf is verstrekt en leiden daaruit af dat de bedoelde juridische vormgeving van de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis zodanig dient te zijn dat mede daardoor de doelstellingen van het overheidsbeleid zoveel mogelijk worden bevorderd.

Kennelijk gaat de commissie MCZ ervan uit dat een verdere integratie van de medisch specialist in het geheel van het ziekenhuis daartoe kan bijdragen, al dient dit uitgangspunt op zichzelf nog te worden getoetst. Daarom wordt in hoofdstuk 3 eerst aandacht besteed aan deze doelstellingen.

Vervolgens is nagegaan in welke mate de thans gebruikelijke vormgeving van de genoemde relatie, te weten de arbeidsovereenkomst (dienstverband) en de toelatingsovereenkomst, de doelstellingen bevorderen danwel belemmeren. In hoofdstuk 4 worden onze bevindingen weergegeven. Daarbij worden tevens aandacht besteed aan een tweetal andere juridische constructies waarbij arbeid een rol speelt, te weten de overeenkomst van opdracht en de aanneming van werk.

De kern van het advies wordt gevormd door het onderzoek naar andere mogelijke juridische constructies voor de relatie medisch specialist - ziekenhuis en wel zodanige constructies dat daardoor naar redelijke verwachting een verdere integratie wordt bereikt en de doelstellingen van het overheidsbeleid worden bevorderd. Daarbij zullen zowel het begrip basisinkomen, dat met name in enkele lopende experimenten zoals in Twente aan de orde is, als het begrip collectieve maatschap worden besproken. Hoofdstuk 5 doet daarvan verslag.

Het behoeft nauwelijks betoog dat ook dient te worden gekeken naar de effecten van de besproken constructies in de fiscale sfeer en vooral in de sfeer van de sociale verzekeringswetgeving. Hoofdstuk 6 gaat op één en ander uitvoerig in.

Na een aantal conclusies in hoofdstuk 7 sluit het advies af met enkele opmerkingen over de implementatie van de juridische constructie(s) welke blijkens de conclusies in aanmerking zouden kunnen komen om de beoogde integratie van medisch specialist en ziekenhuis te bereiken.

Ondergetekenden menen op deze wijze binnen de zeer korte tijdsperiode welke hen was toegemeten, naar best vermogen aan de opdracht te hebben voldaan.

3 Doelstellingen

De doelstellingen van het overheidsbeleid zijn sinds vele jaren: bevordering van doelmatigheid, kostenbeheersing, bevordering van kwaliteit en versterking van de positie van de patiënt. Doelmatigheid kan weliswaar als een aspect van kwaliteit worden gezien, maar krijgt bij afzonderlijke bespreking de extra aandacht die voor de analyse nodig is. De eerste drie doelstellingen worden hieronder nader toegelicht. De vierde doelstelling blijft buiten beschouwing, omdat voor het bereiken daarvan het vraagstuk van de juridische relatie tussen specialist en ziekenhuis niet relevant is te achten.

3.1 Bevordering van doelmatigheid

Hieronder wordt verstaan dat de zorg welke wordt gegeven:

- noodzakelijk is;
- van de juiste aard is;
- in de juiste omvang wordt gegeven;
- door de juiste hulpverlener wordt verleend;
- op de daartoe meest geëigende plaats; en
- tot het gewenste effect kan leiden (meestal aangeduid met het begrip 'doeltreffendheid').

Om dat te bereiken binnen het ziekenhuis is bij de verwijzende instanties, waaronder met name de huisarts, kennis nodig van het voorzieningenpakket in het ziekenhuis alsmede van de organisatie en werkwijze binnen het ziekenhuis. Daarnaast is nodig dat binnen het ziekenhuis afspraken omtrent werkwijze en werkverdeling worden gemaakt, die eventueel door protocollen worden onderbouwd en op hun naleving kunnen worden getoetst. Het ziektekostenverzekeringstelsel in ons land en het systeem van budgettering van ziekenhuizen dragen er toe bij dat de doelmatigheid wordt bevorderd.

Voor wat betreft de juridische relatie medisch specialist - ziekenhuis lijkt het aannemelijk dat naarmate aan het ziekenhuismanagement contractueel meer bevoegdheden worden gegeven om specialisten directieven of aanwijzingen te geven met betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de beroepsuitoefening, de doelmatigheid binnen het ziekenhuis beter zal kunnen worden bevorderd. Een tegenkracht daarbij vormt echter het algemeen

aanvaarde beginsel van professionele autonomie waaronder in een beperkte uitleg toch in elk geval moet worden verstaan de bevoegdheid van de arts om binnen de wettelijke, wetenschappelijke, ethische, juridische en financiële grenzen – er is dus geen sprake van een onbeperkte autonomie – in overleg met zijn patiënt zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid een keuze te maken uit de beschikbare diagnostische en therapeutische middelen. Aangenomen kan worden dat welke juridische constructie ook voor de relatie specialist – ziekenhuis wordt gekozen, men aan de professionele autonomie geen essentiële afbreuk zal willen doen. Ook bij de constructie dienstverband pleegt immers deze autonomie met zoveel woorden te zijn gewaarborgd.

3.2 Kostenbeheersing

Hieronder wordt verstaan dat de zorg, welke aan de doelmatigheidsvereiste voldoet, wordt verleend tegen redelijk te achten kosten, daaronder zowel honoraria als praktijkkosten te rekenen. De van overheidswege gestelde financiële grenzen, zowel wat betreft norminkomens en tarieven als ziekenhuisbudgettering dragen uiteraard aan de kostenbeheersing binnen het ziekenhuis in belangrijke mate bij, maar een verdere integratie van de specialist in het ziekenhuis zal naar verwachting op dit punt meer kunnen scoren.

3.3 Bevordering van kwaliteit

Diverse ontwikkelingen bevorderen dat aan de kwaliteit van de zorgverlening steeds meer aandacht wordt gegeven. Daarbij gaat het zowel om deskundigheid, om een juiste attitude en om een goede organisatie. De op stapel staande Wet kwaliteit zorgverlening vanuit instellingen biedt het ziekenhuismanagement mogelijkheden ook de kwaliteit van het specialistisch handelen te bevorderen. Enkele andere ontwikkelingen dragen daartoe bij. Zo bepaalt artikel 1653q van het voorstel van Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (GBO) dat voor tekortkomingen van binnen het ziekenhuis werkzame personen, ook al zijn zij niet in dienst van het ziekenhuis, het ziekenhuis mede aansprakelijk is. Dat geldt dus ook voor het handelen van de specialisten met een toelatingscontract.

Voorts kan nog worden gewezen op enkele tuchtrechtelijke uitspraken waarbij de medisch directeur van een ziekenhuis verantwoordelijk werd gehouden voor tekortkomingen in de organisatie van de specialistische zorg. Het Medisch Tuchtcollege Zwolle heeft een arts, directeur patiëntenzorg, een waarschuwing gegeven wegens het ontbreken van instructies aan arts-assistenten (uitspraak d.d. 3 november 1990, TvGR 1991/36). Het Centraal Medisch Tuchtcollege achtte een medisch directeur verantwoordelijk voor de wijze van werken op de EHBO-afdeling (uitspraak d.d. 7 mei 1992, TvGR 1993/16).

Het bovenstaande laat de voorlopige conclusie toe dat de doelstellingen van het overheidsbeleid gemakkelijker lijken te kunnen worden bereikt naarmate het ziekenhuis als één geheel kan opereren en vanuit het management ook naar de medische specialisten directieven of op zijn minst aanwijzingen kunnen worden gegeven met betrekking tot de doelmatigheid, kwaliteit en kosten van de hulpverlening. Deze conclusie moet echter in relatie worden gebracht met een andere voorlopige conclusie dat een beperkte professio-

nele autonomie in de zin als hiervoren is toegelicht, voor de gezondheidszorg onmisbaar is. Er zal dus moeten worden getracht een zodanige constructie te kiezen dat aan beide conclusies recht wordt gedaan.

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zij wellicht ten overvloede opgemerkt dat het recht in het algemeen plooibaar is. Juridisch kan eigenlijk alles, voor zover niet in strijd met de wet en de goede zeden, als tussen partijen maar wilsovereenstemming over de inhoud van hun relatie bestaat. De wilsuiting in contractvorm komt pas daarna, hoe zorgvuldig de uiting ook blijkt moet geven van de wilsovereenstemming.

4.1 Inleiding

In de praktijk is terzake de vormgeving van de juridische relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis thans een tweetal contractsvormen in gebruik, te weten het toelatingscontract en de arbeidsovereenkomst. De vraag is, of dit de enige in aanmerking komende contractsvormen zijn, om vorm te geven aan die relatie. Naast de arbeidsovereenkomst en het toelatingscontract kan ook gedacht worden aan de overeenkomst aanneming van werk en de overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten (per 1 september 1993 genaamd de overeenkomst van opdracht).

In dit hoofdstuk zal aan deze vier contractsvormen aandacht worden besteed. Eerst wordt een beschrijving in hoofdlijnen van de belangrijkste kenmerken ervan gegeven waarna de sterke en zwakke punten van de desbetreffende contractsvorm worden genoemd in relatie tot de in hoofdstuk 3 omschreven doelstellingen en de door de Commissie MCZ voorgestane integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis(bedrijf).

4.2 Contractsvormen

De vier hierboven genoemde contractsvormen zijn onder te verdelen in twee categorieën, te weten de benoemde en onbenoemde overeenkomsten. De twee categorieën worden ook wel overeenkomsten sui generis genoemd.

De hierboven genoemde arbeidsovereenkomst, aanneming van werk en overeenkomst van opdracht vallen in de categorie benoemde overeenkomsten, terwijl het toelatingscontract een overeenkomst sui generis is.

4.3 Arbeidsovereenkomst

Eén van de drie in de wet benoemde contractsvormen waarbij de één zich jegens de ander verbindt om tegen betaling arbeid te verrichten is de arbeidsovereenkomst.

In art. 7A:1637a BW wordt de arbeidsovereenkomst gedefinieerd als:

'De overeenkomst, waarbij de ene partij, de arbeider, zich verbindt, in dienst van de andere partij, de werkgever, tegen loon gedurende zekere tijd arbeid te verrichten'.

De arbeidsovereenkomst onderscheidt zich van andere contractuele relaties waarin arbeid tegen een zekere beloning wordt verricht door de elementen 'in dienst van een ander' en 'gedurende zekere tijd'.

Het eerste belangrijke element 'in dienst van een ander' impliceert een gezagsverhouding waarin de werkgever de bevoegdheid heeft bindende aanwijzingen en opdrachten te geven ten aanzien van ondermeer de inhoud van de werkzaamheden, de wijze van uitvoering daarvan en/of de tijden waarop die werkzaamheden dienen te worden verricht. Uitvloeisel van de gezagsverhouding is dat de arbeid persoonlijk, dat wil zeggen alleen door de werknemer zelf, moet worden verricht. Het staat hem, zonder uitdrukkelijke instemming van de werkgever, niet vrij zich bij de uitoefening van zijn werkzaamheden door een ander te laten vervangen.

De zojuist omschreven gezagsverhouding moet niet worden verward met de in 3.2. genoemde professionele autonomie die een medisch specialist dient te bezitten wil hij tot een adequate uitoefening van zijn professie kunnen komen. De gezagsverhouding is bepalend voor de (juridische) relatie werkgever/werknemer, terwijl de professionele autonomie ziet op de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid die een medisch specialist dient te bezitten wil hij zijn werk kunnen doen. Beide begrippen zijn zeker niet als tegenstellingen te zien. Naar ons oordeel worden de grenzen verbonden aan de professionele autonomie niet gesteld door de gekozen juridische constructie voor de verhouding medisch specialist - ziekenhuis. Een dienstverband en professionele autonomie gaan heel goed samen. Zie ondermeer de praktijk van bijv. academische ziekenhuizen en menig verpleghuis.

Het tweede belangrijk kenmerk van de arbeidsovereenkomst is 'de zekere tijd' gedurende welke arbeid moet worden verricht. Hierin wordt tot uitdrukking gebracht dat de werknemer zich met het aangaan van een arbeidsovereenkomst verbindt om gedurende een zekere overeengekomen tijd (de werktijd) zijn arbeidscapaciteiten aan de werkgever beschikbaar te stellen. Via de gezagsverhouding kan de werkgever over deze arbeidscapaciteit beschikken.

4.4 Overeenkomst van opdracht

De tweede in de wet geregelde overeenkomst waarin de één tegen betaling werkzaamheden voor de ander verricht is de overeenkomst van opdracht. De wettelijke regeling van deze overeenkomst is zeer recent (1 september 1993) van kracht geworden. De regeling geeft een nadere uitwerking van de reeds bekende contractsvorm de overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten. Tot 1 september jl. kende de wet voor de contractsvorm nauwelijks een regeling.

De overeenkomst van opdracht is in art. 7: 7.1.1. BW gedefinieerd als:

'de overeenkomst waarbij de ene partij, de opdrachtnemer, zich jegens de andere partij, de opdrachtgever, verbindt buiten dienstbetrekking werkzaamheden te verrichten die in iets anders bestaan dan het tot stand brengen van een werk van stoffelijke aard, het bewaren van zaken, het uitgeven van werken of het vervoeren of doen vervoeren van personen of zaken'.

De essentie van de overeenkomst van opdracht is dat de één (bijv. de zorgbehoevende patiënt) aan de ander (de medisch specialist) een opdracht verstrekt (tot verstrekken van medische zorg), zulks tegen betaling. De contractsvorm is bedoeld ter regeling van over het algemeen eenmalige contractuele relaties tussen een opdrachtgever en een opdrachtnemer.

Wordt de medische zorg door een medisch specialist bijv. verleend uit hoofde van een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, dan zal de overeenkomst van opdracht tot stand komen tussen de patiënt en het ziekenhuis.

De overeenkomst tot opdracht zal bestaan tussen de medische specialist en de patiënt, indien de contractuele relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis gegoten is in de hieronder nog te bespreken vorm van een overeenkomst sui generis (het toelatingscontract).

De overeenkomst tot opdracht is bij uitstek geschikt, zoals de naam al aangeeft, ter regeling van een specifieke opdracht, bijv. die een klant verstrekt aan een kapper, een cliënt aan een advocaat of een patiënt aan een medisch specialist.

Voor de regeling van een veel omvattende, langdurige relatie, zoals die van een medisch specialist met een ziekenhuis is deze contractsvorm niet geschikt.

4.5 Aanneming van werk

De overeenkomst van aanneming van werk is de derde in art. 7a: 1637 BW bedoelde overeenkomst waarin tegen betaling arbeid wordt verricht, zij het dat die arbeid gegeven het gestelde in art. 7A:1637b BW gericht is op de totstandbrenging van een werk van stoffelijke aard.

De overeenkomst is in art. 7a: 1637b BW gedefinieerd als:

'de overeenkomst, waarbij de ene partij, de aannemer, zich verbindt, voor de andere partij, de aanbesteder, tegen een bepaalde prijs een bepaald werk van stoffelijke aard tot stand te brengen'.

De essentialia van deze overeenkomst zijn het tegen een bepaalde prijs tot stand brengen van een bepaald werk van stoffelijke aard.

In de literatuur is wel gediscussieerd over de vraag of verrichtingen op medisch gebied zouden kunnen worden gevat in een overeenkomst van aanneming van werk. Met name is denkbaar dat een tandarts die een kroon plaatst of een hartchirurg die een pacemaker inbrengt zijn werkzaamheden zou kunnen verrichten uit hoofde van een overeenkomst van aanneming van werk.

Over het algemeen wordt het verlenen van medische zorg gekwalificeerd als een dienst-betoon zodat het verstrekken ervan buiten een arbeidsovereenkomst slechts plaats kan hebben op basis van een overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten (per 1 september 1993 een overeenkomst van opdracht)

Ook de diensten die een medisch specialist kan aanbieden aan een ziekenhuis zullen in het algemeen van niet stoffelijke aard zijn, zodat de overeenkomst van aanneming van werk ter regeling van de contractuele relatie ziekenhuis - specialist dan ook niet bruikbaar is.

4.6 Toelatingsovereenkomst

De meest gebruikelijke contractsvorm in de verhouding ziekenhuis - medisch specialist is die van het toelatingscontract. De essentie van zo'n toelatingscontract is dat het ziekenhuis de medisch specialist toestaat binnen het ziekenhuis al dan niet samen met enige beroeps-genoten een praktijk (een eigen onderneming) uit te oefenen, dit alles onder bepaalde wederzijdse voorwaarden en condities (bijv. terzake kwaliteit en deelname in het manage-ment van het ziekenhuis). Zo'n toelatingscontract is een op zichzelf staande overeenkomst die niet in de wet is geregeld. Het is dus geen benoemde (dat wil zeggen een expliciet in de wet geregelde) overeenkomst zoals de arbeidsovereenkomst, de koop- of huurovereen-komst, doch een overeenkomst sui generis (een overeenkomst van geheel eigen aard). Het bestaansrecht van toelatingscontracten is terug te vinden in de in ons rechtsstelsel verankerde contractsvrijheid. Partijen hebben de vrijheid overeenkomsten met elkaar aan te gaan met welk doel dan ook, mits binnen de grenzen van openbare orde en goede zeden. Door de verplichting in het toelatingscontract lid te zijn van de medische staf in het ziekenhuis, welke een belangrijke adviserende stem heeft bij het bepalen van het zie-kenhuisbeleid, bestaat in vele ziekenhuizen reeds een zekere mate van integratie.

4.7 Toetsing aan de doelstellingen

Thans dienen van de hierboven genoemde juridische constructies de sterke en zwakke punten te worden besproken in het licht van de in hoofdstuk 3 omschreven doelstellin-gen en de door uw commissie voorgestane integratie van de medisch specialist in het zie-kenhuis(bedrijf).

De overeenkomsten van aanneming van werk en opdracht worden hier verder onbespro-ken gelaten, nu zojuist is geconcludeerd dat die contractsvormen zich niet lenen voor een algemeen gebruik ter regeling van de contractuele relatie ziekenhuis - specialist.

4.7.1 Arbeidsovereenkomst

Naar ons oordeel zal een arbeidsovereenkomst kunnen leiden tot de meest verstrekkende integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Afhankelijk van de plek die de medisch specialist in de organisatie van een ziekenhuis verkrijgt zal hij in meerdere of mindere mate managementtaken in het ziekenhuis moeten (kunnen gaan) verrichten. Voorts zal de medisch specialist meer dan thans rekening moeten gaan houden met de 'productie' of 'productiecapaciteit' van zijn eigen afdeling ten opzichte van de andere afdelingen in het ziekenhuis, opdat alle activiteiten in het gehele ziekenhuis zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd. Dit zal vanzelfsprekend leiden tot een bevordering van de doelmatigheid als omschreven in hoofdstuk 3 onder a. De arbeidsrechtelijke relatie zal het ziekenhuis evenzeer een mogelijkheid bieden tot een betere kostenbeheersing te komen. Hierbij valt niet alleen te denken aan het salaris/inkomen van de medisch specialist doch veeleer aan het rendement dat de vergroting van de doelmatigheid zal kunnen opleveren.

Doordat als gevolg van de arbeidsovereenkomst een betere integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis (bedrijf) zal kunnen plaats hebben, kan worden gesteld dat een arbeidsrechtelijke relatie evenzeer kan bijdragen aan de bevordering van de kwaliteit van de zorg die medisch specialisten en ziekenhuizen aan patiënten verstrekken. Immers daar waar de individuele delen van de verleende zorg beter op elkaar worden afgestemd en derhalve beter één geheel vormen zal dat ook tot kwaliteitsverhoging leiden.

De hierboven geformuleerde voordelen zullen niet worden gerealiseerd louter en alleen doordat de relatie specialist - ziekenhuis zal worden gegoten in de vorm van een arbeidsovereenkomst. De mate waarin de voordelen verbonden aan deze juridische constructie kunnen worden behaald is zeer afhankelijk van de kracht van het ziekenhuismanagement. Een juridische constructie biedt slechts mogelijkheden aan. De wijze waarop feitelijk inhoud aan die mogelijkheden wordt gegeven bepaalt uiteindelijk het met zo'n constructie te behalen resultaat.

Een mogelijk nadeel verbonden aan toepassing van de arbeidsrechtelijke constructie kan zijn dat de productiviteit van de medisch specialist zou kunnen verminderen als gevolg waarvan voor eenzelfde hoeveelheid zorgverlening bij toepassing van de arbeidsrechtelijke constructie meer medisch specialisten nodig worden. Daartegenover wordt als voordeel vaak genoemd dat ongewenste productiviteit-verhogende prikkels dan worden voorkomen.

Tot slot zij opgemerkt dat de arbeidsovereenkomst naar Nederlands recht niet uitmunt in flexibiliteit. Met name de beëindiging van de arbeidsovereenkomsten is niet altijd even eenvoudig te realiseren. Aangetekend hierbij zij dat de beëindiging van toelatingscontracten bepaald niet eenvoudiger ligt.

4.7.2 Toelatingscontract

De voordelen genoemd bij de arbeidsovereenkomst zouden voor een deel ook gerealiseerd kunnen worden met deze contractsvorm, zij het dat daarin altijd een zeker 'conflict' zich zal voordoen tussen de belangen verbonden aan de eigen onderneming van de medisch specialist en de belangen van het ziekenhuis.

De voorwaarden en condities waaronder specialisten in de ziekenhuizen hun onderneming kunnen uitoefenen zouden verscherpt kunnen worden, teneinde tot een betere deelname door de specialisten in het ziekenhuismanagement te komen en zodoende tot een zekere integratie te komen. Evenwel een gezagsverhouding tussen ziekenhuis en specialist, op grond waarvan de meest vergaande integratie zou kunnen worden gerealiseerd, is in de constructie van een toelatingscontract niet te realiseren, zonder dat daarmee het gevaar ontstaat dat zo'n toelatingscontract in fiscale en/of sociaal verzekeringstechnische zin tot een arbeidscontract verwordt, hetgeen natuurlijk ook de voordelen van de sociale verzekeringen meebrengt (zie hierover hoofdstuk 6).

4.7.3 Conclusie

De conclusie die hier getrokken kan worden is dat van de vier hierboven besproken contractsvormen er twee bruikbaar zijn, te weten de arbeidsovereenkomst en de overeenkomst sui generis (toelatingscontract) om tot een (zekere) realisering te komen van de na te streven doelstellingen. Van die twee is de arbeidsovereenkomst vervolgens de constructie waarmee, mits de juiste omstandigheden aanwezig zijn (een krachtig ziekenhuismanagement), het meeste resultaat zal kunnen worden geboekt in het kader van de realisering van de doelstellingen.

5.1 Inleiding

In de huidige situatie wordt de relatie specialist - ziekenhuis gekenmerkt door een sterke tegenstelling tussen de belangen en verantwoordelijkheden van de specialist enerzijds en die van het ziekenhuis anderzijds. Deze tegengestelde belangen en verantwoordelijkheden vormen een belangrijk knelpunt bij het bevorderen van de doelmatigheid van de zorgverlening en de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg. Teneinde de doelmatigheid van de zorgverlening en de beheersbaarheid van de kosten te vergroten, staat de Cie.MCZ een (verdere) integratie voor ogen van ziekenhuis en specialist. Met die integratie wordt beoogd het ziekenhuis om te bouwen tot een zorgverlenend bedrijf waarin het ziekenhuis als facilitair bedrijf en de medisch-specialisten als producenten van medische zorg een onderling samenhangend en samenwerkend organisatorisch geheel vormen met als gezamenlijke doelstelling een zo doelmatig mogelijke zorgverlening en met een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het bedrijf als geheel en voor de verwezenlijking van die doelstelling binnen het daarvoor beschikbare budget.

Het is duidelijk dat het doel van de beoogde integratie – een doelmatiger zorgverlening en een betere beheersbaarheid van de kosten – slechts bereikt kan worden naar de mate dat het eerder gesignaleerde knelpunt, de tegenstelling tussen de belangen en verantwoordelijkheden van de specialist enerzijds en die van het ziekenhuis anderzijds, wordt opgeheven.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe de relatie specialist - ziekenhuis zodanig kan worden omgebouwd, dat die belangentegenstelling zoveel mogelijk wordt opgeheven, zonder dat dit ten koste gaat van de professionele autonomie en de specifieke medisch-professionele verantwoordelijkheid van de specialist ten opzichte van de patiënt. Aan het slot van dit hoofdstuk zal in dat verband tevens aandacht worden geschonken aan de honorering van de specialist.

Het is echter van belang wel voor ogen te houden, dat de bestaande belangentegenstelling tussen specialist en ziekenhuis in wezen een natuurlijk gegeven is. Het ziekenhuis worstelt met het probleem om de zorgverlening te doen plaatsvinden binnen het daar-

voor beschikbare budget. De specialist zal er vanuit zijn specifieke verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt naar blijven streven om alles te doen wat mogelijk is om zijn patiënt zo beter mogelijk te maken, ongeacht of de financiële middelen binnen het beschikbare budget daarvoor toereikend zijn. Op grond van de bestaande jurisprudentie is de specialist daartoe ook verplicht en is het ziekenhuis ook verplicht om de daartoe benodigde faciliteiten te verschaffen.¹ Een belangrijk gegeven in dit verband is voorts, dat in de bestaande en komende regelgeving, alsook in de bestaande contractuele relaties tussen ziekenfonds, ziekenhuis en specialist, het recht van de patiënt op medische hulp stevig verankerd is.

Zowel in de Gedragsregels voor Artsen van de KNMG als in de Medische Tuchtrechtspraak is het uitgangspunt vastgelegd, dat de arts in beginsel, en behoudens bijzondere omstandigheden, gehouden is om medische hulp te verlenen.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid formuleerde in zijn Deeladvies betreffende de juridische relatie tussen arts en patiënt als een van de kernbepalingen voor die relatie, een verplichting voor de arts om – behoudens strikt geformuleerde uitzonderingen – een ieder, die daartoe de wens te kennen geeft, als patiënt te aanvaarden.²

In de Modelregeling Arts - Patiënt, overeengekomen tussen KNMG en LPCP wordt in art 3 bepaald:

'De arts zal (...) met een patiënt, die de wens te kennen heeft gegeven medische hulp en/of advies te willen ontvangen, een daarop gerichte overeenkomst aangaan'.³

Art 1653-o van het Wetsontwerp op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) bepaalt:

'De hulpverlener kan, behoudens gewichtige redenen, een behandelingsovereenkomst niet opzeggen.'

De Modelovereenkomst specialist - ziekenfonds, zoals goedgekeurd door de Ziekenfondsraad op 24 juni 1993, bepaalt in art 3:

'De specialist verleent aan verzekerden die volgens de daarvoor gestelde regels naar hem zijn verwezen, de hulp, omschreven in art 3b sub 1 en art 12 van het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering, zoals dit thans luidt danwel zal komen te luiden en de op deze artikelen gebaseerde ministeriële besluiten en zoals deze eventueel nader is gepreciseerd in de ten tijde van het invoeren van de hulp geldende overeenkomst.'

¹ Zie o.m. Pres.Rb. Utrecht 29-5-1987 TvGR 1988 nr 82, Pres.Rb. Den Bosch 24-11-1989 TvGR 1990 nrs 19 en 20, Hof Den Bosch

² 2-7-1990 TvGR 1990 nr 81, Pres.Rb. Utrecht 20-5-1991 TvGR 1991, nr 53.

³ Deze Modelregeling heeft de status van zwaarwegend advies van de KNMG aan haar leden; zie Medisch Contact 1991 nr 36, pag. 1027 e.v.

De Modelovereenkomst Ziekeninrichting - Ziekenfonds, zoals goedgekeurd door de Ziekenfondsraad op 25 januari 1990, gaat van hetzelfde principe uit. Art 2 lid 1 van die Modelovereenkomst luidt:

'De instelling verbindt zich om, behoudens het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en met inachtneming van haar erkenning, ten opzichte van het Ziekenfonds verzekerden, die volgens de daarvoor gestelde regels naar de instelling zijn verwezen en die daarop als zodanig recht hebben, voor rekening van het Ziekenfonds verstrekkingen te verlenen volgens de voor alle patiënten in de laagste klasse van de instelling geldende regelen en gebruiken.'

5.2 Algemeen

In hoofdstuk 4 van dit advies is onderzocht welke van de in ons recht bekende contractsvormen in principe in aanmerking kunnen komen om vorm te geven aan de relatie ziekenhuis-specialist. De uitkomst van dat onderzoek is, dat bij de bestaande civielrechtelijke wet- en regelgeving daartoe slechts bruikbaar zijn de arbeidsovereenkomst en de overeenkomst sui generis. Indien de arbeidsovereenkomst in eigenlijke zin – hoewel op zichzelf een bruikbare contractsvorm – om welke reden dan ook niet in aanmerking komt, blijft als enig alternatief over de overeenkomst sui generis. Dat is evenwel minder bezwaarlijk dan het wellicht lijkt, omdat de aanduiding sui generis slechts aangeeft dat het gaat om een overeenkomst die niet behoort tot de enkele in de wet expliciet geregelde contractsvormen.

Bijgevolg biedt een overeenkomst sui generis de partijen de mogelijkheid en tegelijk de grootst mogelijke vrijheid om de overeenkomst geheel in te richten naar hun eigen wensen. De enige beperking daarbij is dat de overeenkomst moet voldoen aan de algemene eisen die de wet in algemene zin stelt aan iedere overeenkomst. Ook de bestaande overeenkomsten tussen specialist en ziekenhuis, tussen specialist en Ziekenfonds, en tussen ziekenhuis en Ziekenfonds, zijn overeenkomsten sui generis. De aanduiding sui generis geeft dus slechts aan dat het niet gaat om een in de wet (al dan niet dwingend) geregelde contractsvorm, maar zegt op zichzelf niets over de aard en inhoud van de overeenkomst.

Eén en ander leidt tot de conclusie dat de oplossing van het vraagstuk, hoe de gewenste integratie tot stand te brengen en de relatie specialist - ziekenhuis in samenhang daarmee vorm te geven, dus niet gezocht moet worden in het inbedden van die relatie in een overeenkomst van een bepaalde juridische soort, maar gevonden moet worden in een andere contractsinhoud en een andere regeling van de wederzijdse rechten, verplichtingen en verantwoordelijkheden, dan tot nu toe gebruikelijk is geweest.

5.3 Benaderingsmethodiek

Het doel van de beoogde integratie is – kort samengevat – dat ziekenhuis en specialist een gezamenlijke verantwoordelijkheid krijgen voor een zo doelmatig mogelijke zorgverlening binnen het daarvoor beschikbare budget. Die gezamenlijke verantwoordelijkheid brengt mee dat elk van de partijen haar eigen betrekkelijke autonomie prijsgeeft en een gedeelde gemeenschappelijke verantwoordelijkheid aanvaardt. Om dit doel te bereiken zal een ingrijpende herziening nodig zijn van de inhoud van de contractuele relaties specialist - ziekenhuis, specialist - ziekenfonds en ziekenhuis - ziekenfonds.

Bij de vraag, hoe de inhoud van die contractuele relaties zodanig kan worden herzien, dat de beoogde integratie wordt bereikt en de bestaande belangentegenstelling zoveel mogelijk opgeheven wordt, zijn twee methoden van benadering denkbaar:

- de individuele benadering;
- de collectieve benadering.

De individuele benadering is tot nu toe de traditioneel gebruikelijke. Ziekenhuis en specialist contracteren met elkaar op individuele basis. Hetzelfde geldt voor de relatie specialist - ziekenfonds. De vraag rijst echter of een collectieve benadering, waarbij gecontracteerd wordt met de groep of groepen specialisten die in een bepaald ziekenhuis werkzaam zijn, niet meer mogelijkheden biedt om de beoogde integratie tot stand te brengen. In verband daarmee zullen hierna zowel de individuele- als de collectieve benadering nader worden onderzocht.

5.4 De individuele benadering

De bestaande situatie wordt gekenmerkt door het bestaan van een drietal contractuele relaties:

- de relatie specialist - ziekenhuis, geregeld in de toelatingsovereenkomst;
- de relatie specialist - ziekenfonds, geregeld in de medewerkersovereenkomst ex art 44 ZFW;
- de relatie ziekenhuis - ziekenfonds, geregeld in de overeenkomst ziekeninrichting - ziekenfonds ex art 44 ZFW.

Traditioneel contracteert het ziekenhuis met de individuele, zelfstandig ondernemende specialist. Als regel is de specialist tezamen met zijn collega's van de zelfde discipline georganiseerd in een maatschap. In de relatie met het ziekenhuis speelt dat maatschapsverband als zodanig echter niet of nauwelijks een relevante rol.

De in het ziekenhuis werkzame specialisten vormen gezamenlijk de medische staf, waarvan zij lid zijn op grond van het met het ziekenhuis gesloten Toelatingscontract. De taak en functie van de medische staf ligt in hoofdzaak op het gebied van de kwaliteitsbevordering van het medisch handelen van de specialisten.

Ook de relatie specialist - ziekenfonds is er een op individuele basis. Het ziekenfonds contracteert eveneens met de individuele, zelfstandig ondernemende specialist. In de rela-

tie met het ziekenfonds speelt noch het maatschapsverband waarin de specialist georganiseerd is, noch de binnen het ziekenhuis operationele medische staf, enige rol.

Bij de beoogde gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en specialist voor de doelmatigheid van de zorgverlening binnen het beschikbare budget gaat het om een aan gelegenheid die enerzijds het ziekenhuis en anderzijds de in dat ziekenhuis werkzame specialisten gezamenlijk aangaat. Het ziekenhuis zal met de specialisten contractueel moeten regelen, hoe die gezamenlijke verantwoordelijkheid gestalte en inhoud moet krijgen bij voorbeeld op het gebied van management-participatie, de organisatie van de afdelingen, de wijze waarop verhoging van de doelmatigheid zal worden nagestreefd, en de wijze waarop adequate budgetbewaking kan worden gerealiseerd.

Het regelen van deze zaken op individuele basis met elke specialist afzonderlijk, is een uiterst moeilijke en juridisch zeer gecompliceerde zaak. Het betekent dat op individuele basis tussen ziekenhuis en specialist gedetailleerde afspraken moeten worden gemaakt over een omvangrijke hoeveelheid zeer ingrijpende zaken, die het individuele belang en de individuele mogelijkheden van iedere afzonderlijke specialist verre te boven gaan. De consequentie zou zijn dat de individuele specialist een pakket zwaarwegende verplichtingen en verantwoordelijkheden op zich moet nemen, die hij als enkeling niet in staat is waar te maken en voor de vervulling waarvan hij in behalve van zijn eigen inspanning geheel afhankelijk is van de medewerking van zijn collega's.

Een bijkomend, doch niet minder aanzienlijk probleem hierbij is, dat deze veelheid van aanwijzingsbevoegdheden die het ziekenhuis aldus jegens de individuele specialist krijgt en – als spiegelbeeld daarvan – de veelheid van verplichtingen en verantwoordelijkheden die de individuele specialist aldus jegens het ziekenhuis op zich neemt, van dien aard is dat de relatie specialist - ziekenhuis snel het gevaar loopt te worden gekwalificeerd als een gezagsverhouding. Als dan ook nog de honorering van de specialist via het ziekenhuis komt te lopen, dan zal – zie hetgeen in het volgende hoofdstuk wordt besproken – de rechtsverhouding tussen specialist en ziekenhuis vrijwel zeker moeten worden beschouwd als een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht, hetgeen echter niet de bedoeling is.

5.5 De collectieve benadering

Een benadering van de in het ziekenhuis werkzame specialisten als collectief biedt waarschijnlijk meer en betere mogelijkheden om de gewenste integratie tot stand te brengen en ligt vanuit de doelstelling ook meer voor de hand. Het gaat immers om zaken waarover met de specialisten als groep afspraken gemaakt moeten worden, waar de specialisten als groep belang bij hebben en waarvoor zij als groep verantwoordelijkheid moeten dragen, wil het met de beoogde integratie iets kunnen worden.

Als collectief kunnen de specialisten de uit de integratie voortvloeiende nieuwe taken en verantwoordelijkheden realiseren, waar zij dat ieder afzonderlijk als enkeling niet kunnen.

Een collectieve benadering brengt mee dat de specialisten in het ziekenhuis zich niet langer op individuele basis of per discipline organiseren, maar als geheel van in het ziekenhuis werkzame zorgverleners/-producenten.

Wat de organisatievorm betreft, ligt de maatschap het meest voor de hand.⁴ Uitgangspunt is immers het behoud van het zelfstandig ondernemerschap van de specialisten. Tot nu toe zijn de specialisten traditioneel per discipline georganiseerd in een maatschap. Juridisch gezien lijkt er weinig op tegen om al deze kleine maatschappen op te laten gaan in één grote maatschap, die alle in het ziekenhuis werkzame specialisten omvat. Binnen die grote maatschap kunnen de specialisten onderling vrijwel iedere vorm van winst-differentiatie afspreken die zij wensen. De grote maatschap biedt bovendien het voordeel van een groter draagvlak, bij voorbeeld voor de kosten van de gezamenlijke administratie, bestuur en allerlei andere gemeenschappelijke voorzieningen. Voorts kan de maatschap jonge specialisten in loondienst hebben, die na verloop van tijd tot de maatschap kunnen toetreden via een inklim-regeling, wat wellicht een bijdrage kan leveren aan de oplossing van het goodwill-vraagstuk.

Omdat de in het ziekenhuis werkzame specialisten georganiseerd zijn in één grote maatschap, hetzij als compagnon, hetzij als medewerker in loondienst en zij uit dien hoofde gebonden zullen zijn aan tussen het ziekenhuis en deze maatschap te maken afspraken, kan ten aanzien van de beoogde integratie worden volstaan met een contractuele regeling tussen het ziekenhuis en deze maatschap.

Deze contractuele regeling kan omvatten:

- de wijze waarop de maatschap zal participeren in het management van het ziekenhuis;
- de wijze waarop de maatschap mede-verantwoordelijkheid zal dragen voor het financieel-economische en budgettaire beleid van het ziekenhuis;
- de wijze waarop de maatschap betrokken zal zijn bij de totstandkoming van de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars over volume, productie en budget;
- de wijze waarop de specialisten tot het ziekenhuis zullen worden toegelaten, hetzij als lid van de maatschap, hetzij als medewerkend specialist in dienst van de maatschap;
- de formulering van de doelstellingen op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering en de wijze waarop de verwezenlijking van die doelstellingen zal worden nagestreefd;
- de wijze waarop de maatschap zal worden gehonoreerd voor de door de maatschap aan het ziekenhuis te leveren diensten (zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden werkzaamheden);
- de wijze waarop de overeenkomst periodiek kan worden aangepast en bijgesteld, indien zulks door een der partijen noodzakelijk wordt geacht. N.B.: Het lijkt aan te bevelen om hierbij een geschillenregeling in te bouwen.

⁴ Het idee van een grote multidisciplinaire maatschap waarvan alle in het ziekenhuis werkzame specialisten deel uitmaken, is niet nieuw. Zie hierover o.m. H.H.M. Willems, MC 1993/31/32, pag. 931 en Drs B.R.A. Gijzel, Gast Column in MC 1993/26 pag. 805.

Deze constructie heeft als groot voordeel, dat het ziekenhuis niet langer behoeft te contracteren met elke individuele specialist, maar kan volstaan met één collectief contract met de gehele groep in het ziekenhuis werkzame specialisten, in welk contract alle noodzakelijke regelingen en afspraken kunnen worden vastgelegd. Deze constructie heeft voorts het voordeel, dat door de aard van de constructie de collectieve verantwoordelijkheid van de gezamenlijke specialisten benadrukt wordt.

Een aanmerkelijk probleem wordt in deze constructie waarschijnlijk gevormd door de grote verschillen in inbreng en inkomen tussen de onderscheiden specialismen. Er zullen in ieder geval parameters ontwikkeld moeten worden om niet alleen in de relatie ziekenhuis-specialist, maar ook binnen deze grote maatschap tot een acceptabele inkomensverdeling tussen de verschillende specialismen te komen. Bovendien zal binnen zo'n grote maatschap een interne organisatie moeten worden opgebouwd welke de besluitvorming binnen de maatschap kan bemoeilijken.

5.6 Tussenvormen

Tussen de in de voorafgaande § 5.4 beschreven strikt individuele benadering en de in § 5.5 beschreven collectieve benadering in haar meest vergaande vorm, is een aantal tussenvormen denkbaar.

Allereerst is een mogelijkheid, dat de medische staf een meer omvattende functie krijgt, namelijk die van orgaan waarbinnen de in het ziekenhuis werkzame specialisten verenigd zijn en dat bevoegd is om met het ziekenhuis overeenkomsten te sluiten waaraan alle in het ziekenhuis werkzame individuele specialisten gebonden zijn.

Deze tussenvorm heeft wellicht twee belangrijke voordelen:

- a Het bestaande systeem van individuele contractering op basis van toelatingsovereenkomsten kan min of meer ongewijzigd worden gehandhaafd en de specialisten behoeven niet gedwongen te worden om men z'n allen één grote maatschap te vormen.
- b Het ziekenhuis behoeft desondanks over de essentiële zaken in het kader van de beoogde integratie toch niet op individuele basis met elke afzonderlijke specialist te contracteren, maar kan volstaan met het maken van afspraken daarover met het bestuur van de medische staf.

In dit model – dat aansluit bij de zich op diverse plaatsen reeds voordoende ontwikkeling van de medische staf als advies- en overlegorgaan voor de ziekenhuisdirectie – krijgt het bestuur van de medische staf voor wat betreft de gezamenlijke in het ziekenhuis werkzame specialisten dus een plaats en een rol die vergelijkbaar is met die van de ziekenhuisdirectie waar het gaat om zaken van algemeen en gemeenschappelijk belang. Daarnaast kan de huidige taak van de medische staf op het gebied van de kwaliteitsbevordering versterkt worden.

Deze tussenvorm vereist wel dat de medische staf wordt omgevormd tot een rechtspersoon – bij voorbeeld een vereniging – waarvan iedere in het ziekenhuis werkzame specialist verplicht lid is. Die verplichting kan worden opgelegd in de toelatingsovereenkomst. De medische staf moet statutair de bevoegdheid krijgen om met het ziekenhuis overeenkomsten te sluiten waaraan de leden-specialisten jegens het ziekenhuis gebonden zijn.

Deze constructie vereist wel een bereidheid van de specialisten een zeker mandaat te geven aan het bestuur van de medische staf. Die bereidheid lijkt tot heden in het algemeen niet groot.

Een andere mogelijkheid is de collectieve benadering te beperken tot de bestaande maatschappen per discipline. In dit model contracteert het ziekenhuis dus niet met één grote maatschap, maar met elke maatschap afzonderlijk. Ook dit model heeft het voordeel dat de specialisten niet behoeven te worden gedwongen om met z'n allen één grote maatschap te vormen, maar – zoals thans – hun organisatie in maatschapsverband per discipline kunnen handhaven.

Een nadeel is echter, dat het ziekenhuis in deze situatie weer moet contracteren met een aanzienlijk aantal maatschappen over zaken die niet alleen de afzonderlijke maatschappen aangaan, maar alle in het ziekenhuis werkzame maatschappen betreffen. In afgezwakte vorm heeft dit de nadelen die vergelijkbaar zijn met en in hetzelfde vlak liggen als die van contractering met iedere afzonderlijke specialist over zaken betreffende de integratie. Om dat nadeel op te heffen zal ook in deze tussenvorm de rol van de medische staf moeten worden gewijzigd en versterkt in de zin als in § 5.6.2 is beschreven.

Een variant op het in de voorgaande alinea beschreven model kan zijn het vormen van maatschappen per hoofd-specialisme; dus bijvoorbeeld een maatschap van de snijdende specialisten, een maatschap van de beschouwende specialisten en een maatschap van de ondersteunende specialisten. Dit zou het aantal door het ziekenhuis te sluiten contracten in ieder geval tot drie à vier beperken. Voorts is de problematiek met betrekking tot de huidige grote verschillen in inbreng en inkomen tussen de onderscheiden specialismen in deze variant wellicht minder moeilijk oplosbaar dan in het geval van een grote multidisciplinaire maatschap.

Te denken valt voorts nog aan de mogelijkheid om per hoofdspecialisme regionale maatschappen te vormen en de oplossingen zowel wat betreft de structuur als wat betreft de honorering ook te zoeken op regionaal niveau met regionale onderhandelingen. Het voordeel van een dergelijke constructie is dat de eigen regio, als die zuinig opereert, niet de dupe wordt van een landelijk beleid en ook de tegenvallers van andere regio's mede moet dragen. Bovendien is op regionaal niveau de verantwoordingsplicht voor de doelmatigheid, de kostenbeheersing en de kwaliteit wellicht gemakkelijker hard te maken, en zijn op dat niveau ook betere prognoses voor de toekomst te maken dan op landelijk niveau. Uiteraard vraagt deze modaliteit ook afstemming tussen de ziekenhuizen zelf.

i.7 De honorering

Macro-economisch gezien maken de specialisten-honoraria slechts ca. 5% uit van de totale kosten van de gezondheidszorg in ons land die ca. 50 miljard bedragen. Een verhoging of verlaging van de specialisten-honoraria heeft op zichzelf dus geen relevant effect op de totale kosten van de gezondheidszorg.

Het probleem, waar het in de kern om gaat, wordt dan ook niet zozeer gevormd door de specialisten-honoraria als zodanig, alswel door:

- a Het kosten-opstuwende effect van de honorering van de specialisten op basis van een verrichtingen-tarief. Dit honoreringssysteem stelt de specialist in staat om zijn inkomen te vergroten door meer verrichtingen te doen. Iedere verlaging van de tarieven heeft – zo wordt aangenomen – tot gevolg dat de specialist meer verrichtingen gaat doen om toch zijn inkomen zoveel mogelijk op peil te houden. Iedere verrichting van de specialist betekent echter voor het ziekenhuis een veelvoud aan kosten van verpleging en overige faciliteiten. Naarmate de specialisten als uitvloeisel van tariefsverlagingen meer verrichtingen gaan doen, nemen de kosten van de ziekenhuizen – en daarmee de kosten van de intramurale gezondheidszorg in het algemeen – met een veelvoud toe.
- b Het kosten-opstuwende effect van de beroepsopvatting van de specialisten, dat zij geen medische hulp mogen weigeren op grond van budgettaire overwegingen. De specialisten blijven medische verrichtingen doen, ongeacht of daarvoor ruimte is binnen de tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar gemaakte afspraken over budget en produktie.
- c Het maatschappelijk veelal als grondrecht geziene recht op medische zorg en hulp, dat meebrengt dat in alle gevallen, waarin verlening van medische zorg en hulp nodig is, deze in beginsel verleend moet worden, ongeacht of daarvoor ruimte is binnen de gemaakte budget- en produktieafspraken. Naarmate de vraag naar medische zorg en hulp toeneemt, stijgen de kosten van de gezondheidszorg. Het grondrechtelijk karakter van de aanspraak op medische zorg en hulp brengt mee dat het maatschappelijk niet aanvaardbaar wordt geacht om het aanbod van medische zorg en hulp louter op grond van kosten-overwegingen te beperken.

Het is duidelijk dat de drie genoemde factoren een elkaar versterkend effect hebben op de stijging van de kosten van de gezondheidszorg en die kostenstijging feitelijk onbeheersbaar maken.

Deze spiraal kan alleen doorbroken worden als een systeem wordt geschapen, waarin de producenten van medische hulp – dus de specialisten – er belang bij hebben om de produktie zoveel als met behoud van hun medisch-professionele verantwoordelijkheid tegenover de patiënt mogelijk is, te beperken. Uitgangspunt daarbij zal moeten zijn en blijven dat het grondrechtelijke karakter van de aanspraak op medische hulp en zorg niet aangetast wordt; specialist noch ziekenhuis kan en mag nee verkopen, als gevraagd wordt om medische hulp te verlenen.⁵ De beperking van het aanbod van medische zorg en hulp moet dus op andere wijze worden gerealiseerd.

Er moet derhalve een mechanisme ingebouwd worden, waardoor de specialist er (financieel) belang bij krijgt om zoveel mogelijk binnen de vastgestelde budgetten en produktieafspraken te blijven. Gedacht zou kunnen worden aan een bonus-malus-systeem.

Het lijkt het meest voor de hand te liggen om de honorering van de specialisten in te bedden in de contractuele relatie tussen specialist en ziekenhuis. In die relatie hoort de regeling van de honorering van de specialist logisch thuis als de logische consequentie van de omvorming van het ziekenhuis van een facilitair bedrijf tot een geïntegreerd zorgverlenend bedrijf.

5 Zie § 5.1 en de daarbij vermelde jurisprudentie.

De financiering van de specialisten-honoraria zou dan overgeheveld moeten worden naar de overeenkomst ziekenhuis - ziekenfonds, terwijl de huidige medewerkersovereenkomst specialist - ziekenfonds zou kunnen komen te vervallen.

Deze verlegging van de geldstroom van de relatie specialist - ziekenfonds naar de relatie specialist - ziekenhuis kan echter een groot nadeel hebben: afhankelijk van de verdere aard en inhoud van de contractuele regeling ziekenhuis - specialist bestaat het gevaar dat die relatie in toenemende mate het karakter krijgt van een arbeidsverhouding naar burgerlijk recht, danwel een voor de toepassing van de sociale verzekeringswetten daarmee gelijk te stellen rechtsverhouding.⁶

Het is evenwel niet noodzakelijk om de honorering van de specialisten te verleggen van het ziekenfonds naar het ziekenhuis. Mogelijk is evenzeer om op dit punt de bestaande situatie, waarin de specialist met het ziekenfonds een medewerkersovereenkomst sluit en door het ziekenfonds wordt gehonoreerd, te handhaven.

Ook in die relatie kan de honoreringsstructuur worden omgebouwd naar een systeem van basisinkomen, al dan niet met een ingebouwd bonus-malus mechanisme, danwel een systeem van gemaximeerd verrichtingen tarief waarin desgewenst eveneens een bonus-malus mechanisme ingebouwd kan worden.

En ook in de relatie ziekenfonds - specialisten kan dit geregeld worden op individuele basis danwel op collectieve basis, hetzij met de specialisten georganiseerd in één grote maatschap per ziekenhuis, hetzij met de specialisten georganiseerd in een maatschap per discipline.

Denkbaar is zelfs dat enerzijds het ziekenhuis contracteert met de specialisten op collectieve basis, terwijl anderzijds het ziekenfonds met de specialisten blijft contracteren op individuele basis. Waar het om gaat is dat de contractering van het ziekenhuis met de specialisten enerzijds en de contractering van de ziekenfondsen met de specialisten anderzijds zodanig op elkaar afgestemd wordt, dat een zo hoog mogelijke incentive voor de specialisten wordt bereikt om te blijven binnen de doelstellingen ten aanzien van budget en produktie.

Zoals in het hierna volgende hoofdstuk zal blijken, sluit echter ook handhaving van het bestaande systeem van contractering tussen ziekenfonds en specialist, hetzij op individuele basis, hetzij op meer collectieve basis, geenszins uit dat er voor de toepassing van de sociale verzekeringswetten een inhoudingsplichtige rechtsverhouding ontstaat.

1.8 Toetsing aan de doelstellingen

Bij de in hoofdstuk 3 omschreven doelstellingen van het overheidsbeleid zullen de in het ziekenhuis werkzame specialisten als producenten van medische zorg gezamenlijk in samenwerking met de directie van het ziekenhuis de verantwoordelijkheid moeten dragen voor de verwezenlijking van die doelstellingen. Geen specialist is als individu in staat om die doelstellingen te verwezenlijken, noch kan op individuele basis daarvoor de verantwoordelijkheid dragen, waar hij voor de verwezenlijking van die doelstellingen aangewezen is op een inspanning die collectief geleverd moet worden. Van de individuele specialist

6 Deze problematiek wordt nader onderzocht en uiteengezet in hoofdstuk 6 van dit advies.

kan slechts gevergd worden dat hij zich mede inspant tot verwezenlijking van de collectieve doelstelling, doch verder dan dat gaan zijn individuele mogelijkheden niet en kan bijgevolg ook zijn individuele verantwoordelijkheid niet gaan. Het is derhalve geer begaanbare weg om de verwezenlijking van de genoemde doelstellingen na te streven uitsluitend door middel van contractering met de individuele specialist. Vanuit het besef dat het verwezenlijken van de doelstellingen de verantwoordelijkheid is van de gezamenlijke in het ziekenhuis werkzame specialisten, vergt de verwezenlijking van die doelstellingen een collectieve aanpak.

Hoe aan die collectieve aanpak vorm gegeven kan worden, is in de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk beschreven.

Zowel met betrekking tot het bevorderen van de doelmatigheid van de zorgverlening als met betrekking tot het beheersbaar maken van de kosten van de gezondheidszorg is er een systeem waarbij een collectieve aanpak gecombineerd wordt met het inbouwen van een mechanisme waardoor de specialisten er (financieel) belang bij krijgen om te blijven binnen de overeengekomen afspraken met betrekking tot budget en productie, het meest effectief.

De doelmatigheid van de zorgverlening wordt aldus bevorderd, doordat de specialisten enerzijds vanuit hun specifieke medisch-professionele verantwoordelijkheid, die niet beknot wordt, alle medische hulp zullen blijven verlenen die van hen gevraagd wordt, doch anderzijds er naar zullen streven om zoveel mogelijk binnen de tevoren vastgestelde budgetten te blijven teneinde op die manier een zo hoog mogelijk profijt van hun inspanningen te hebben.

In nauwe samenwerking met de ziekenhuisdirectie zullen de specialisten zelf de middelen en wegen moeten vinden om tussen deze Scylla en Charybdis de juiste koers te houden. Dit noodzaakt de specialisten tot een zo doelmatig mogelijke zorgverlening teneinde binnen de vastgestelde budgetten te kunnen voldoen aan de zorgvraag, zonder dat hun professionele autonomie daarbij in het gedrang komt.

Door de gewijzigde honoreringssystematiek wordt een mechanisme ingebouwd waarbij de specialist enerzijds verzekerd blijft van een in maatschappelijk opzicht aanvaardbaar inkomensniveau, terwijl anderzijds het kosten-opstuwende effect van het verrichtingentarief in zijn huidige vorm uitgebannen wordt. Het maken van goede afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar omtrent budget en productie – bij de totstandkoming waarvan de specialisten ook zelf betrokken zijn en waarvoor zij mede verantwoordelijkheid dragen – bevordert in belangrijke mate de mogelijkheid tot betere beheersing van de kosten van de gezondheidszorg.

In het kader van de contractering tussen ziekenhuis en de collectiviteit van in het ziekenhuis werkzame specialisten – hetzij verenigd in één grote maatschappij, hetzij verenigd in een medische staf nieuwe stijl – kunnen afspraken op het gebied van kwaliteitsverbetering worden gemaakt en kan ook de mede-verantwoordelijkheid daarvoor van de ziekenhuisdirectie gestalte krijgen.

6 Sociaal-rechtelijke en fiscale consequenties

6.1 Inleiding

Bij de keuze voor de juiste vormgeving van de relatie specialist - ziekenhuis spelen de sociaal-rechtelijke en fiscale gevolgen uiteraard een belangrijke rol. De vrij gevestigde specialist die in een ziekenhuis werkt op grond van het thans gebruikelijke toelatingscontract wordt beschouwd als een zelfstandige beroepsbeoefenaar, op wiens inkomsten geen loonbelasting en premieheffing volksverzekeringen of premies voor de werknemersverzekering ingehouden behoeven te worden. Bij de specialist die werkzaam is op grond van een arbeidsovereenkomst vinden deze inhoudingen uiteraard wel plaats.

In dit hoofdstuk zullen, voorafgegaan door een inleidende beschouwing over de systematiek van de inhoudingsplicht en over de bestaande constructies, de sociaal-rechtelijke en fiscale consequenties geanalyseerd worden, van de in hoofdstuk 5 besproken andere juridische constructies.

6.2 Systematiek inhoudingsplicht

Inhoudingsplicht bestaat er voor de navolgende categorieën belasting/sociale verzekeringen:

- 1 loonbelasting;
- 2 premieheffing volksverzekeringen (AOW, AWW en AWBZ);
- 3 premies voor de werknemersverzekeringen (ZW, WAO, WW en ZFW).

De eerste twee categorieën (samen vormend de zogenaamde loonheffing) zullen in verband met het inkomensniveau van de beroepsgroep vrijwel altijd voorheffingen zijn op de individuele aanslagen inkomstenbelasting en premieheffing volksverzekeringen. Voor de betrokkenen brengen deze inhoudingen dus geen financieel nadeel met zich mee.

De derde categorie vormt de premie die verschuldigd is voor de werknemersverzekeringen. Het gaat hierbij niet om een voorheffing waarvoor een werknemer ook rechtstreeks aangesproken kan worden. Is de arbeidsverhouding verzekeringsplichtig, dan moet de werkgever of het orgaan dat als zodanig wordt beschouwd de premies voor de werknemersverzekeringen inhouden en afdragen.

Daar staat tegenover dat de werknemer dan ook verzekerd is voor de ZW, WAO en de WW en indien het inkomen beneden de daarvoor geldende grens blijft ook voor de ZFW. Voor de hiervoor genoemde belasting- en premiecategorieën bestaat inhoudingsplicht indien de werknemer bij de werkgever in dienstbetrekking is. Bovendien bestaat deze inhoudingsplicht indien er geen sprake is van een dienstverband maar er wel doorgaans op twee of meer dagen per week bij de werkgever gewerkt wordt, tenzij deze werkzaamheden plaatsvinden in de zelfstandige uitoefening van een bedrijf of een beroep. Deze werknemers, die dus noch in dienstbetrekking staan, noch een zelfstandig bedrijf of beroep uitoefenen, worden ook wel 'gelijkgestelden' genoemd.

6.2.1 Dienstbetrekking

Over de vraag of een bepaalde arbeidsverhouding inhoudingsplichtig is ten aanzien van de loonbelasting en de premieheffing volksverzekeringen beslist de belastinginspecteur en in beroep de Belastingkamer van het Gerechtshof en de Hoge Raad.

De rechtspraak over de werknemerspremies volgt een ander traject. De bevoegde bedrijfsvereniging (in casu de BVG) stelt vast of er inhoudingsplicht is. De werkgever kan tegen zo'n vaststelling in beroep gaan bij de Sector Bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbank (voorheen de Raad van Beroep) en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Deze verschillende beroepstrajecten hebben tot gevolg gehad dat er enige verschillen bestaan tussen enerzijds de inhoudingsplicht van loonbelasting en premieheffing volksverzekeringen en anderzijds de premies werknemersverzekeringen. Het bekendste verschil is de positie van de directeur groot aandeelhouder van een besloten vennootschap, die door de belastingrechter wel als een dienstbetrekking wordt beschouwd maar welke door de sociale verzekeringsrechter niet als zodanig wordt gezien.

Op het salaris van de directeur groot aandeelhouder behoeven dan ook slechts loonbelasting en premies voor de volksverzekeringen ingehouden te worden. Voor de werknemersverzekeringen is de directeur groot aandeelhouder niet verzekerd.

Op dit verschil in benadering tussen de belastingrechter en de sociale verzekeringsrechter wordt hierna in de paragraaf 'Gezagsverhouding' nader ingegaan.

Onder (privaatrechtelijke) dienstbetrekking moet de burgerrechtelijke arbeidsovereenkomst worden verstaan. Dit is de overeenkomst waarbij de ene partij, de werknemer, zich verbindt om, in dienst van de andere partij, de werkgever, tegen loon gedurende zekere tijd arbeid te verrichten.

Voor de vraag of er een arbeidsovereenkomst bestaat is de naam die partijen aan hun verhouding hebben gegeven, niet van belang. Beslissend is hoe die verhouding is geregeld.

Als aan de volgende drie voorwaarden wordt voldaan is er sprake van een arbeidsovereenkomst en dus van een dienstbetrekking:

- verplichting van de werknemer om gedurende zekere tijd arbeid te verrichten (verplichting tot persoonlijke dienstverrichting);
- de verplichting van de werkgever om loon te betalen (loonbetalingsverplichting);
- de werknemer moet in dienst zijn van de werkgever, hij moet ondergeschikt zijn (gezagsverhouding).

6.2.2 Verplichting tot persoonlijke dienstverrichting

Als er geen verplichting bestaat om de werkzaamheden persoonlijk te verrichten, dan is er geen dienstbetrekking.

Die situatie doet zich slechts voor als het de specialist volledig vrij zou staan om zijn werkzaamheden feitelijk door een andere specialist naar zijn keus te laten verrichten.

Het recht om zich incidenteel en met toestemming van het ziekenhuis te laten vervangen, doet aan het bestaan van de verplichting tot persoonlijke dienstverrichting niet af.

Een zo vrijblijvende constructie, waarbij het de specialist volledig vrij staat om het werk al dan niet zelf uit te voeren, is niet verenigbaar met de doelstelling van de commissie om meer eenheid tot stand te brengen in belangen/verantwoordelijkheden van specialisten en het ziekenhuismanagement. In vergelijking tot de huidige constructie met toelatingscontracten zou dit de betrokkenheid van de specialist bij het ziekenhuis zelfs verkleinen.

De verplichting tot persoonlijke dienstverrichting zal, uitgaande van de door de commissie beoogde positionering van de specialist in het ziekenhuis, derhalve aanwezig zijn.

6.2.3 Loonbetalingsverplichting

Onder loon wordt in dit kader verstaan al hetgeen een werknemer in verband met het verrichten van zijn werkzaamheden van zijn werkgever ontvangt.

Betalingen ontvangen van derden worden daarbij niet als loon aangemerkt.

Onder het huidige systeem, waarbij de specialist rechtstreeks betaald wordt door de patiënt of diens zorgverzekeraar, wordt aan deze voorwaarde niet voldaan.

De door de commissie voorgestelde honoreringsstructuur (basisinkomen met opslag en 'winstdelingsstelsel') voorts het doel van de commissie om te komen tot een geïntegreerd bedrijf, lijken niet goed realiseerbaar zonder de geldstroom die nu rechtstreeks naar de specialisten gaat te verleggen naar het ziekenhuis.

Wanneer die keuze inderdaad gemaakt wordt, zal ook aan deze voorwaarde voor het bestaan van een dienstbetrekking zijn voldaan. Blijven de specialisten rechtstreeks hun honorarium ontvangen van de patiënten respectievelijk de zorgverzekeraars, dan zou het tot stand komen van een dienstbetrekking daardoor worden voorkomen.

6.2.4 Gezagsverhouding

Een gezagsverhouding is aanwezig als degene met wie de arbeidsverhouding is aangegaan met betrekking tot de verrichte werkzaamheden in principe opdrachten en aanwijzingen kan geven, naar welke degene die de werkzaamheden verricht zich heeft gedragen.

De aanwezigheid van een gezagsverhouding staat er niet aan in de weg dat de betrokken specialist zijn eigen professionele verantwoordelijkheid heeft, zoals die geregeld is in het zogenaamde Professioneel Statuut.

Ook als er een dienstverband en dus een gezagsverhouding is (zoals bijvoorbeeld bij specialisten in dienst van academische ziekenhuizen en verpleeghuizen het geval is) neemt de

specialist zelfstandig zijn medische beslissingen, zonder gebonden te zijn aan de opvatting van degene tot wie hij in een gezagsverhouding staat.

Bij de bespreking van de andere juridische constructies zal nader ingegaan worden op de vraag of daarbij al dan niet sprake is van een gezagsverhouding. Daarbij zal onderscheid gemaakt worden tussen het oordeel daarover van de belastingrechter en dat van de sociale verzekeringsrechter. De sociale verzekeringsrechter is namelijk veel meer geneigd om door juridische constructies heen te kijken en te beoordelen of al dan niet feitelijk sprake is van een gezagsverhouding.

Dit verschil in benadering is er de oorzaak van dat de directeur groot aandeelhouder van een besloten vennootschap wél als werknemer wordt beschouwd voor de loonbelasting en de premieheffing volksverzekeringen, maar niet voor de premies voor de werknemersverzekeringen. De belastingrechter is namelijk van oordeel dat er een gezagsverhouding is tussen de B.V. en de directeur groot aandeelhouder, waarbij deze in dienst is. Dit is de formele benadering.

De sociale verzekeringsrechter kijkt door deze juridische constructie echter heen en acht een gezagsverhouding tussen de directeur groot aandeelhouder als werknemer van zijn besloten vennootschap en de zelfde persoon, maar dan als aandeelhouder van die besloten vennootschap, niet mogelijk.

Als gevolg van dit verschil in benaderingswijze moeten op het salaris van de directeur groot aandeelhouder van een besloten vennootschap wel loonbelasting en premieheffing volksverzekeringen, doch geen premies voor de werknemersverzekeringen ingehouden worden.

6.2.5 Gelijkgestelden

Als de arbeidsverhouding als een dienstbetrekking is te beschouwen, heeft het geen zin om nog te onderzoeken of al dan niet uit anderen hoofde inhoudingsplicht bestaat. Er is dan immers alleen daarom reeds inhoudingsplicht.

Slechts als de arbeidsverhouding geen dienstbetrekking is moet nog worden gezien of er inhoudingsplicht bestaat omdat er sprake is van een gelijkgestelde arbeidsverhouding.

Er is een gelijkgestelde arbeidsverhouding indien bij afwezigheid van het dienstverband er doorgaans op twee of meer dagen per week bij de desbetreffende werkgever gewerkt wordt, tenzij die werkzaamheden worden verricht in de zelfstandige uitoefening van een bedrijf of een beroep.

Hierbij is niet van belang of de betalingen al dan niet door een derde worden verricht, zodat aan inhoudingsplicht op grond van een gelijkgestelde arbeidsverhouding niet valt te ontkomen door het betalingstraject niet via het ziekenhuis te laten lopen.

Indien er een feitelijke gezagsverhouding aanwezig is tussen specialist en ziekenhuis, dan is dat niet te verenigen met een zelfstandige beroepsuitoefening.

Indien er derhalve feitelijk een gezagsverhouding is en de specialist werkt doorgaans op twee dagen of meer per week (hetgeen bijna altijd het geval is), dat is er inhoudings-

plicht voor alle categorieën belasting en premies, hoe het betalingstraject aan de specialist ook verloopt.

Slechts als er feitelijk geen gezagsverhouding tussen ziekenhuis en specialist aanwezig is, heeft het dus zin om te bezien of inhoudingsplicht wellicht afwezig is omdat er sprake is van een zelfstandige beroepsuitoefening op grond van de criteria die daarvoor in de uitvoeringspraktijk zijn ontwikkeld.

De Sociale Verzekerings Raad heeft een vragenlijst ontwikkeld aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of er al dan niet van zelfstandigheid sprake is. Deze vragenlijst luidt als volgt:

A Kapitaal

- 1 Beschikt betrokkene over bedrijfskapitaal?
- 2 Zijn er investeringen gedaan?
- 3 Beschikt betrokkene over eigen of zelf gehuurde bedrijfsruimte?
- 4 Beschikt betrokkene over eigen of zelf gehuurde bedrijfsmiddelen?
- 5 Heeft betrokkene personeel in dienst?
- 6 Is er (opgenomen) bedrijfskrediet?
- 7 Zijn er debiteuren?
- 8 Zijn er crediteuren?

B Risico

- 1 Loopt betrokkene ondernemingsrisico?
- 2 Is er sprake van continuïteit in het bedrijfsgebeuren (orderportefeuille)?
- 3 Is betrokkene in economisch opzicht van ieder van zijn afnemers en/of opdrachtgevers afzonderlijk onafhankelijk?
- 4 Zijn de inkomsten van betrokkene uit het bedrijf of beroep onzeker?
- 5 Zijn de inkomsten van betrokkene uit het bedrijf of beroep variabel?
- 6 Kan en mag betrokkene de voor de uitoefening van zijn bedrijf of beroep benodigde goederen van meerdere leveranciers betrekken?
- 7 Kan en mag betrokkene de in zijn bedrijf vervaardigde goederen aan meerdere afnemers leveren?

C Andere kenmerken

- 1 Werkt betrokkene zonder toezicht of controle op de voortgang van en op zijn wijze van werken?
- 2 Wordt de hoogte van het inkomen in belangrijke mate bepaald door de specifieke persoonlijke deskundigen en/of eigenschappen van betrokkene?
- 3 Is het inkomen uit bedrijf of beroep opgebouwd uit betalingen van velen?
- 4 Vindt de bedrijfs- of beroepsuitoefening met winstoogmerk plaats?
- 5 Handelt betrokkene onder eigen- of handelsnaam?
- 6 Ondervindt en beoefent betrokkene concurrentie?
- 7 Maakt betrokkene reclame?

- 8 Is betrokkene in het bezit van een vestigingsvergunning in het kader van de Vestigingswet bedrijven 1954 of Vestigingswet Detailhandel?
- 9 Voert betrokkene een boekhouding?
- 10 Is betrokkene ondernemer voor de omzetbelasting?
- 11 Heeft betrokkene particuliere inkomstendervingsverzekeringen afgesloten?

Aan de toelichting die de Sociale Verzekering op deze lijst geeft, wordt het volgende ontleend:

De vragen zijn zo geformuleerd dat beantwoording met 'ja' naar zelfstandigheid tendeert. Vandaar de een enkele maal voorkomende negatieve vraagstelling (bijv. vraag C. 1.). Uitdrukkelijk moet gesproken worden van tenderen omdat éénmaal 'ja' niet steeds betekent dat men met een zelfstandige te doen heeft. Omgekeerd kan ook niet gezegd worden dat een 'neen'-antwoord steeds zou duiden op niet-zelfstandigheid. Met name de vragen uit de rubriek A. Kapitaal zullen voor de beoefenaren van vrije beroepen doorgaans ontkennende beantwoord moeten worden, hoewel men daar toch gewoonlijk met echte zelfstandigen te doen heeft.

Het zelfstandig uitgeoefend beroep onderscheidt zich hierdoor van het bedrijf, dat zijn omzet hoofdzakelijk bestaat in de tegenprestatie voor verrichte diensten, en dat de beloning voor deze diensten tevens veeleer een beloning voor persoonlijke kundigheden vormt dan wel een prijs, op de markt bedongen door een organisme waarin arbeid, organisatievermogen en kapitaal samenwerken.

In elk geval treedt bij het zelfstandig uitgeoefend beroep de functie van het kapitaal sterk op de achtergrond bij de persoonlijke bekwaamheden. Dit leidt ertoe, dat het wegen der gevonden antwoorden met grote zorgvuldigheid zal moeten geschieden. Men zal zich moeten afvragen of in het te beoordelen geval wel alle antwoorden een rol moeten spelen, zodat – reeds eerder werd opgemerkt – een 'nee'-antwoord niet steeds zal betekenen dat men aan niet-zelfstandigheid moet denken, doch ook kan voortvloeien uit de omstandigheid dat de betreffende vraag, gelet op die specifieke situatie, niet van toepassing kan zijn.

Zo zal men de vragenlijst in feite tweemaal moeten doorlopen: de eerste maal ter verkrijging van 'ja'- en 'nee'-antwoorden, de tweede maal om de van toepassing zijnde vragen te onderscheiden. Pas dan kan, naast een kwalitatieve weging per vraag, ook rekening gehouden worden met de verhouding tussen de aantallen 'ja'- en 'nee'-antwoorden.'

Uit de rechtspraak valt af te leiden dat voor de beoordeling van het antwoord op de vraag of er sprake is van zelfstandigheid van zeer groot belang is of er al dan niet reëel ondernemingsrisico gelopen wordt.

6.3 Bestaande juridische constructies

6.3.1 De arbeidsovereenkomst

Uit het vorenstaande volgt dat indien een specialist werkzaam is op grond van een arbeidsovereenkomst er inhoudingsplicht voor alle onder 6.2 genoemde categorieën loonbelasting en premies aanwezig is.

6.3.2 Aanneming van werk

In hoofdstuk 4 is reeds geconcludeerd dat aanneming van werk in casu geen haalbare juridische constructie is. Volledigheidshalve wijzen wij er op dat deze constructie weliswaar zou leiden tot afwezigheid van een dienstbetrekking en dus tot afwezigheid van inhoudingsplicht uit dien hoofde, maar niet automatisch tot de afwezigheid van inhoudingsplicht.

In de desbetreffende regelingen is namelijk uitdrukkelijk bepaald dat er ook bij een aannemingsovereenkomst inhoudingsplicht bestaat, tenzij er gesproken kan worden van zelfstandige beroepsuitoefening.

6.3.3 Het toelatingscontract

Op grond van de huidige constructie waarbij de specialist in het ziekenhuis werkzaam is op grond van een toelatingscontract, is een dienstbetrekking in ieder geval afwezig, omdat de betalingen aan de specialist verricht worden door anderen dan het ziekenhuis.

Reeds op grond van de Modeltoelatingsovereenkomst van de LSV zou geconcludeerd kunnen worden dat er (enige) gezagsverhouding bestaat tussen de specialist en de ziekenhuisdirectie.

Bovendien achten wij het op grond van de hiervoor gegeven criteria voor de beoordeling van de aanwezigheid van zelfstandige beroepsuitoefening reeds goed verdedigbaar dat er ook in de bestaande constructie geen echte zelfstandige beroepsuitoefening aanwezig is. Aan het merendeel van de daarvoor geldende beoordelingscriteria wordt immers niet of nauwelijks voldaan.

Echt ondernemingsrisico (kans om verlies te lijden) is feitelijk afwezig. Enig risico zit er in de fluctuaties in de inkomsten ten gevolge van inzet, patiëntenstroom en tarieven.

Wanneer er evenwel gekozen wordt voor een basisinkomen valt ook dat risico grotendeels weg.

Zelfs bij de handhaving van de bestaande toelatingscontracten achten wij het dus bepaald niet ondenkbaar dat de BVG en de Fiscus zich met succes op het standpunt zouden kunnen stellen dat er voor specialisten die werkzaam zijn op grond van het Modeltoelatingscontract van de LSV inhoudingsplicht bestaat.

Dit geldt à fortiori wanneer de voor de specialist uit het toelatingscontract voortvloeiende verplichtingen zouden worden uitgebreid, waarbij de grip van het ziekenhuis op de specialist wordt vergroot en indien het inkomen een vaster karakter zou krijgen, aangezien door die wijzigingen het zelfstandige karakter van de beroepsuitoefening (verder) wordt verkleind.

6.4 Andere juridische constructies

6.4.1 De individuele benadering

Bij de individuele benadering zal er een altijd een contractuele relatie zijn tussen het ziekenhuis en de specialist.

Hoe deze contractuele relatie ook zal worden genoemd, de belastingrechter en de sociale verzekeringsrechter kijken slechts hoe de arbeidsverhouding is geregeld bij de beoordeling van de vraag of er al dan niet inhoudingsplicht aanwezig is.

Als de geldstroom niet via het ziekenhuis gaat lopen behoeft slechts bezien te worden of er sprake is van een gelijkgestelde arbeidsverhouding.

Wanneer niet de zorgverzekeraar maar het ziekenhuis de betaling aan de specialist gaat verrichten zal evenwel eerst onderzocht moeten worden of er een gezagsverhouding en dus een dienstbetrekking aanwezig is.

Gelet op hetgeen de Commissie beoogt zal de grip van het ziekenhuis op de specialist in ieder geval groter worden dan onder de thans gebruikelijke toelatingscontracten.

Aangezien naar ons oordeel zelfs nu al het risico bestaat dat de sociale verzekerings- en de belastingrechter van oordeel zullen zijn dat er een gezagsverhouding is c.q. dat er geen sprake is van zelfstandige beroepsbeoefening, brengt iedere andere individuele contractuele benadering het, afhankelijk van de mate waarin de grip op de specialist wordt vergroot en zelfstandigheid van de beroepsbeoefening wordt verkleind, (toenemende) risico van inhoudingsplicht met zich mee.

Het vorenstaande geldt evenzeer voor de in hoofdstuk 5 besproken tussenvorm waarbij op basis van individuele contracten, de medische staf een andere en meer omvattende functie krijgt. Ook daardoor wordt immers het zelfstandige karakter van de beroepsuitoefening (verder) verkleind.

Hetgeen de Commissie beoogt valt naar ons oordeel bij de individuele benadering niet te realiseren zonder dat er een groot risico bestaat dat er inhoudingsplicht aanwezig is.

Indien de geldstroom niet via het ziekenhuis loopt vloeit deze inhoudingsplicht voort uit het feit dat de specialisten als gelijkgestelden worden beschouwd.

Voor het geval de geldstroom via het ziekenhuis gaat lopen zou deze inhoudingsplicht zelfs al gebaseerd kunnen worden op het bestaan van een dienstbetrekking.

Indien die consequenties niet gewenst zijn, zullen de fiscale- en sociaal verzekeringsrechtelijke regelingen dus aangepast moeten worden, of zal door middel van een bijzondere

wettelijke regeling (lex specialis) een voor de fiscale- en sociaalverzekeringsrechtelijke regelingen afwijkende regeling getroffen moeten worden.

6.4.2 Collectieve benadering

Bij de collectieve benadering contracteert de individuele specialist niet met het ziekenhuis. Het ziekenhuis contracteert met de grote maatschap (of in clusters, regio's of per specialisme gesloten maatschap) en niet met de individuele specialist.

Hierdoor zal er in de visie van de belastingrechter geen arbeidsovereenkomst aanwezig zijn. Bij een collectieve benadering kan inhoudingsplicht voor de loonbelasting en de premies volksverzekeringen dus niet gebaseerd worden op het bestaan van een dienstverband, maar wel op grond van het feit dat de specialisten als gelijkgestelden te beschouwen zijn, dit laatste uiteraard slechts indien er geen sprake (meer) is van een zelfstandige uitoefening van een beroep.

De sociaal verzekeringsrechter, die oordeelt over de verzekeringsplicht voor de werknemersverzekeringen, kijkt evenwel door constructies heen en beoordeelt op grond van de feitelijke verhoudingen of er al dan niet sprake is van een gezagsverhouding.

Ook bij de collectieve benadering zal de sociale verzekeringsrechter inhoudingsplicht voor de werknemersverzekeringen zowel kunnen baseren op het bestaan van een dienstbetrekking als op het ontbreken van een zelfstandige beroepsuitoefening.

Aangezien het doel van de commissie is om de grip van de ziekenhuisdirectie op de specialisten te vergroten, bestaat ook bij de collectieve benadering, afhankelijk van de mate waarin er sprake is van een gezagsverhouding of het verminderen van het zelfstandig karakter van de beroepsuitoefening, een toenemend risico dat er verzekeringsplicht voor de werknemersverzekeringen aanwezig zal zijn.

Ook in de collectieve benadering valt dus naar ons oordeel niet te ontkomen aan een wijziging van de sociaal verzekeringsrechtelijke en fiscale regelingen indien het risico van inhoudingsplicht onwenselijk wordt geacht.

6.5 Conclusies

Of nu gekozen wordt voor een individuele of een collectieve benadering, waarbij de geldstroom al dan niet via het ziekenhuis wordt geleid, valt bij hetgeen de Commissie beoogt naar ons oordeel niet aan het risico van inhoudingsplicht te ontkomen op een andere wijze dan door wijziging van de toepasselijke fiscale en sociale verzekeringsrechtelijke regelingen.

7 Conclusies

Voor de juridische relatie tussen een medisch specialist en het ziekenhuis komen slechts twee contractsvormen in aanmerking, te weten de arbeidsovereenkomst en een contract sui generis.

De arbeidsovereenkomst leidt tot verdere integratie van de specialist in het ziekenhuis en houdt op zichzelf de mogelijkheid in dat daardoor de doelstellingen van het overheidsbeleid krachtig kunnen worden bevorderd, al is dit zeker geen automatisme. Daarvoor dienen namelijk ook andere voorwaarden te worden vervuld, zoals de bereidheid om gezamenlijk te streven naar het bereiken van deze doelstellingen alsmede de mogelijkheid om de doelstellingen te bereiken binnen de geldende regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg.

Een contract sui generis is naar de inhoud vrij, maar voor het bereiken van de doelstellingen is een hechtere relatie tussen de medische specialisten en het ziekenhuis noodzakelijk dan de huidige toelatingsovereenkomst biedt.

Daarbij biedt het optreden van een collectiviteit van specialisten als contractspartij, waarbij zich weer verschillende modaliteiten voordoen, betere perspectieven dan de individuele specialist als contractspartij van het ziekenhuis. Naar mate de relatie hechter is, dienen de fiscale en de sociale verzekeringsconsequenties nauwlettend in het oog te worden gehouden. De kans is reëel te achten dat een hechtere relatie gelijk zal worden gesteld met een arbeidsovereenkomst. Mede daardoor worden de feitelijke verschillen met een arbeidsovereenkomst aanmerkelijk gereduceerd. Overigens biedt toepassing van de sociale verzekeringswetten op zichzelf natuurlijk ook aanmerkelijke voordelen.

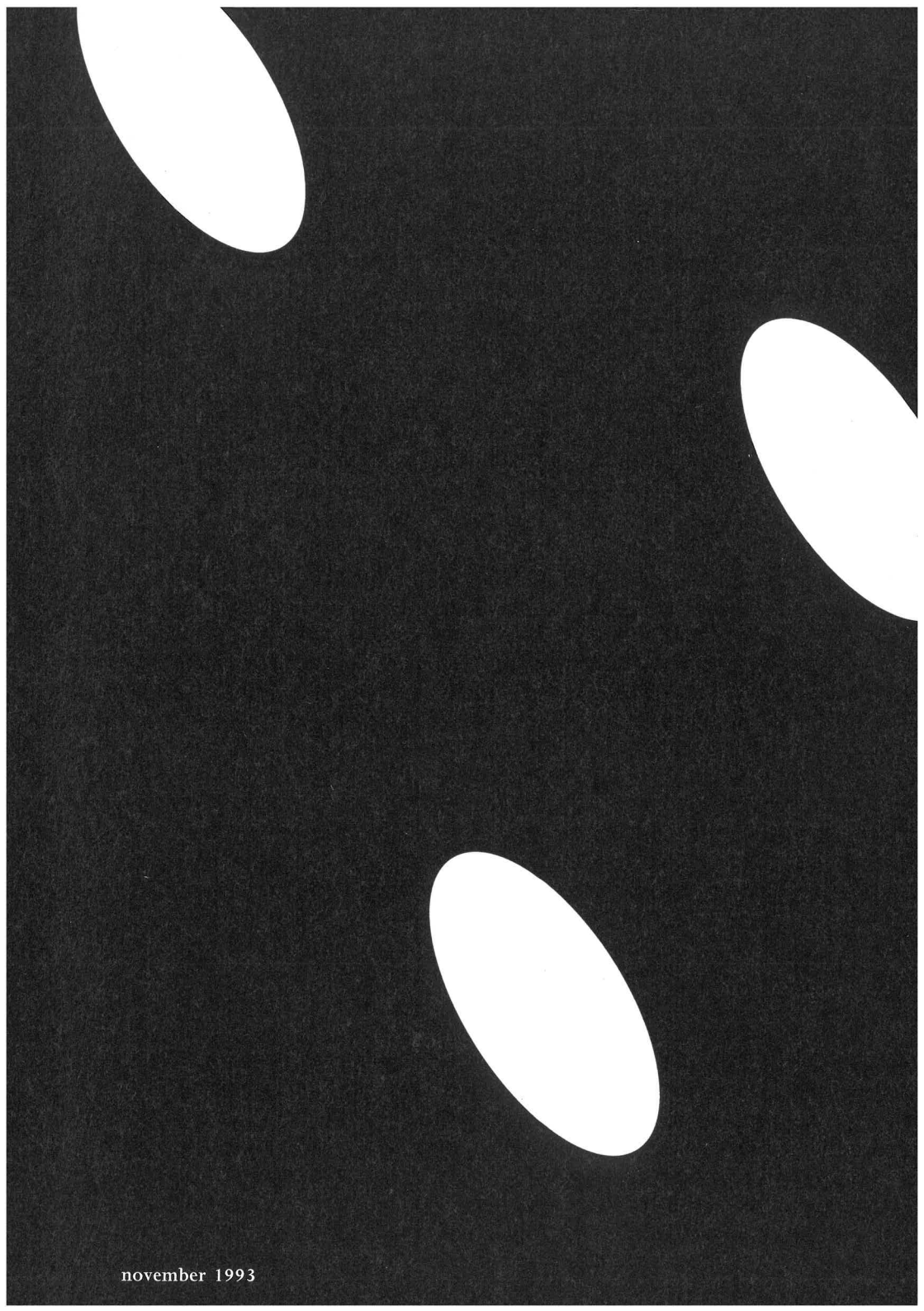
Voor wat betreft de honoreringsstructuur is in het advies volstaan met het aanduiden van enkele mogelijkheden, ook wat de geldstroom betreft. Een juridische problematiek is dit slechts in geringe mate.

Tenslotte behoeft het nauwelijks betoog dat elke belangrijke wijziging in rechtsverhoudingen tussen partijen, zeker als het daarbij gaat om zulke belangrijke consequenties als

in dit advies geschetst, grote aandacht vereist voor de implementatie van de wijziging. Dit geldt in versterkte mate, indien bestaande regelgeving moet worden aangepast en eventueel overgangs- en afbouwregelingen dienen te worden getroffen. Voor de verwezenlijking van een nieuwe juridische vormgeving verdient in het algemeen een stappenplan te worden overwogen.

3

Een uniform, gedifferentieerd honorarium
voor huisartsenzorg

An abstract graphic design featuring a solid black background. Three large, white, smooth-edged oval shapes are positioned on the page. One oval is in the top-left corner, another is on the right side, and the third is in the lower-middle section. The ovals are oriented diagonally.

november 1993

Achtergrondstudie in opdracht van de
Commissie modernisering curatieve zorg

Uitgevoerd door

**Het Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL)
te Utrecht**

Auteurs

dr D.H. de Bakker
drs D.M.J. Delnoy
prof. dr P.P. Groenewegen

1	Inleiding en vraagstelling	145
2	Achtergronden bij de discussie over de honorering van huisartsen	147
2.1	De discussie in Nederland	147
2.2	Werkbelasting en bewerkelijkheid	149
2.3	Sturing door honorering	153
2.4	Conclusie	154
3	Materiaal en methode	155
3.1	Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk	155
3.2	De gebruikte methoden	156
3.2.1	Het gedifferentieerd abonnementstarief	156
3.2.2	De methoden ter bepaling van de consequenties voor de omzet van huisartspraktijken	158
4	Naar een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief	161
4.1	Inleiding	161
4.2	Verschillen in bewerkelijkheid tussen leeftijds- en geslachtscategorieën	162
4.3	Verschillen tussen huisartspraktijken	165
4.4	Bewerkelijkheid per leeftijdsklasse	167
4.5	Conclusie	170

5	Consequenties van een uniform, gedifferentieerd abonnementsstarief voor de praktijkomzet	171
5.1	Inleiding	171
5.2	Praktijkomzet in 1987 volgens de huidige systematiek, bij een uniform abonnement en na differentiatie van het abonnement	172
5.3	Relatie tussen praktijkomzet en werkbelasting	174
5.4	Voor- en achteruitgang van de omzet naar praktijkkenmerken	176
5.5	Conclusie	179
6	Functiegebonden opslagen en regionale differentiatie	181
6.1	De mogelijkheid van functiegebonden opslagen	181
6.2	Specifieke opslagen voor praktijken in gedepriveerde gebieden	183
6.3	Conclusie	187
7	Samenvatting en conclusies	188
	 Literatuur	 192

Ten behoeve van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg is een onderzoek uitgevoerd naar de vormgeving van de honoreringstructuur van huisartsen. De Commissie Modernisering Curatieve Zorg, ingesteld door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, heeft als taakopdracht 'onderzoek naar en advisering over de positionering van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg'. In het kader van haar opdracht zal de commissie onder meer adviseren over de gewenste honoreringsstructuur van huisartsen en specialisten.

Wat betreft de honorering van huisartsen gaan de gedachten van de Commissie uit naar:

- een uniforme honorering van ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten;
- een honorering met een abonnementskarakter, dat rekening houdt met verschillen in bewerkelijkheid van categorieën patiënten;
- de mogelijkheid van functiegebonden opslagen, afhankelijk van de uitvoering van activiteiten die in onderling overleg tussen aanbieders en zorgverzekeraars worden afgesproken;
- indien de noodzaak daarvoor aanwezig is, een regionale differentiatie in de honorering om tegemoet te komen aan de specifieke grote-stadsproblematiek.

In de onderhavige rapportage wordt op de eerste twee punten, uniforme honorering met een gedifferentieerd abonnementskarakter, uitgebreid ingegaan en wordt een aantal berekeningen gepresenteerd. Met betrekking tot de laatste twee punten is een kwantitatieve benadering niet haalbaar, maar zal wel een aantal mogelijkheden worden aangegeven.

De vraagstellingen luiden:

- 1 Aangaande de wijze van differentiatie van het abonnement en de hoogte daarvan:
 - Hoe groot is de variatie in bewerkelijkheid voor de huisarts tussen verschillende patiëntencategorieën?
 - Hoe groot is de variatie tussen huisartsen in het voorkomen van deze patiëntencategorieën?
 - Welke wegingsfactor voor te onderscheiden patiëntencategorieën moet worden gehanteerd om het abonnementstarief te berekenen uitgaande van een overall budgettaire neutrale situatie?

- 2 Aangaande de gevolgen van een uniform, gedifferentieerd abonnement voor de omzet van huisartspraktijken:

Leidt een uniform, gedifferentieerd abonnement tot een verbetering van de relatie tussen omzet en werkbelasting?

Zijn er specifieke groepen huisartsen of praktijken aan te wijzen die er bij invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement qua omzet op vooruit danwel op achteruit zullen gaan?

- 3 Aangaande de mogelijkheden van functiegebonden opslagen en regionale differentiatie:

Welke activiteiten van huisartsen lenen zich voor onderbrenging in functiegebonden opslagen?

Is een regionale differentiatie in de honorering nodig en hoe zou die in principe vorm gegeven kunnen worden?

Deze drie groepen vragen zullen worden beantwoord in respectievelijk hoofdstuk 4, 5 en 6 van deze rapportage. Daarvoor zal in hoofdstuk 2 ingegaan worden op de achtergronden van discussies over de honorering van huisartsen. Hoofdstuk 3 beschrijft de gegevens en de methoden die gebruikt worden om de vraagstelling te beantwoorden.

Achtergronden bij de discussie over de honorering van huisartsen

De honorering van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg kan worden benaderd vanuit twee invalshoeken. De eerste invalshoek benadert de honorering vanuit het principe van loon naar werken. Verschillen in werkbelasting tussen beroepsbeoefenaren zouden weerspiegeld moeten worden in verschillen in inkomen. Men zou dit ook het rechtvaardigheidsaspect van honorering kunnen noemen. De tweede invalshoek benadert de honorering vanuit de sturende werking die ervan uitgaat op het gedrag van beroepsbeoefenaren. Door bepaalde aspecten van het werk wel of meer en andere niet of minder te honoreren kan het gedrag van beroepsbeoefenaren gestuurd worden. In het beleid van beroepsorganisaties zal de eerste invalshoek op de voorgrond staan, terwijl in het beleid van overheid en financiers van de gezondheidszorg de nadruk meer op de tweede invalshoek zal liggen. Beide invalshoeken sluiten elkaar niet uit en een werkbaar honoreringssysteem zal zich hierdoor kenmerken dat het beide invalshoeken zoveel mogelijk recht doet.

2.1 De discussie in Nederland

Het honoreringssysteem van Nederlandse huisartsen staat, al of niet in relatie tot de honorering van medisch specialisten, al jaren lang ter discussie. De Landelijke Huisartsen Vereniging stelde al in 1981 (LHV, 1981) voor om de honorering voor ziekenfonds- en particuliere patiënten te uniformeren. Deze uniforme honorering zou het karakter van een abonnement moeten hebben, eventueel gedifferentieerd naar de hoeveelheid werk die verschillende groepen patiënten met zich meebrengen. In Huisarts en Wetenschap is in 1984 een discussie gevoerd tussen Derksen (1984) als voorstander van het voor ziekenfondspatiënten vigerende, vlakke abonnementssysteem en Van der Wal (1984) als voorstander van een differentiatie van het abonnementssysteem. Volgens de laatste zou de hoogte van het abonnementsbedrag een afspiegeling moeten zijn van de 'bewerkelijkheid' van groepen patiënten. In de jaren daarna is het accent verschoven naar meer aandacht voor betaling van afzonderlijke verrichtingen naast een abonnementshonorering: het gemengde systeem van honorering (LHV, 1987; Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg; 1987; Flierman & Groenewegen, 1989). Voor een aantal afzonderlijk te

een overeenstemming bereikt tussen de LHV en de VNZ. Deze overeenstemming is echter nooit van kracht geworden.

Honorering van afzonderlijke verrichtingen kan enerzijds recht doen aan het principe van loon naar werken, doordat huisartsen die de verrichtingen uitvoeren daarvoor betaald worden, en anderzijds het gedrag van huisartsen sturen. Inhoudelijk kan echter een aantal problemen gesignaleerd worden met een gemengd systeem van honorering dat vergoedingen omvat voor afzonderlijke verrichtingen. Het aantal afzonderlijke verrichtingen waarvoor vergoedingen worden geïntroduceerd zal beperkt zijn. Daardoor is het inkomen dat daarmee kan worden gegenereerd gering. Het is dan de vraag of deze op het totale inkomen bezien geringe vergoeding een sterke sturende werking zal hebben. Verder dient de sturende werking te worden bezien tegen de achtergrond van de aard van de afzonderlijk te honoreren verrichtingen. De aard van de verrichtingen, met name de mate waarin de indicatie waarbij ze kunnen worden uitgevoerd, beslissingsvrijheid laat aan de arts, bepaalt in welke mate substitutie zal optreden door een geringer aantal verwijzingen (Flierman, 1991; Delnoy et al, 1992). Ten slotte brengt een gedeeltelijk verrichtingssysteem kosten met zich mee in verband met de financiële afhandeling en controle van declaraties (die overigens mogelijk deels kunnen worden beperkt door automatisering, verg. Janssen, 1988).

In zijn laatste beleidsnota met betrekking tot de honorering heeft de LHV ervoor gekozen om het principe van loon naar werken op een andere manier vorm te geven in de honoreringsstructuur (LHV, 1993). Er wordt daarin een voorstel gedaan voor een uniform systeem dat uit twee delen bestaat: een vlak abonnementsdeel waarin voornamelijk de praktijkkosten en de honorering voor niet-patiëntgebonden activiteiten zijn ondergebracht, en een verrichtingendeel dat voornamelijk bestaat uit een honorering voor elk consult en visite. De verhouding tussen beide delen is ongeveer 60-40. Verschillen in bewerkelijkheid tussen praktijken komen in dit systeem tot uitdrukking in verschillen in aantallen consulten en visites. Honorering van verschillen in bewerkelijkheid via consulten en visites heeft als voordeel boven honorering van afzonderlijke verrichtingen dat er waarschijnlijk weinig aanzuigende werking vanuit gaat (Krasnik et al, 1990). Immers, de beslissing om de hulp van de huisarts in te roepen blijft bij de patiënt liggen.

In zijn recente advies over gepast gebruik gaat de Ziekenfondsraad vooral in op de sturende werking van honorering (Ziekenfondsraad, 1993). De algemene conclusie daarin is dat honorering van beroepsbeoefenaren zo veel mogelijk moet worden los gekoppeld van het aantal verrichtingen dat wordt uitgevoerd, om onnodige produktie te voorkomen, en dat de honorering van verschillende beroepsgroepen op elkaar moet worden afgestemd. Verder zou het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten kunnen verdwijnen. Voor de honorering van huisartsen worden als mogelijkheden genoemd een dienstverband- of abonnementssysteem gekoppeld aan beloningen voor doelmatigheid op het gebied van verwijzen, voorschrijven en gebruik van diagnostische faciliteiten. In het abonnementssysteem zou differentiatie kunnen plaats vinden naar leeftijd van de patiënten en met de vestigingsplaats samenhangende kenmerken van de vraag naar huisartsenzorg. Een technische uitwerking van het abonnement en de aan doelmatigheid gekoppelde beloningen ontbreekt nog in het advies.

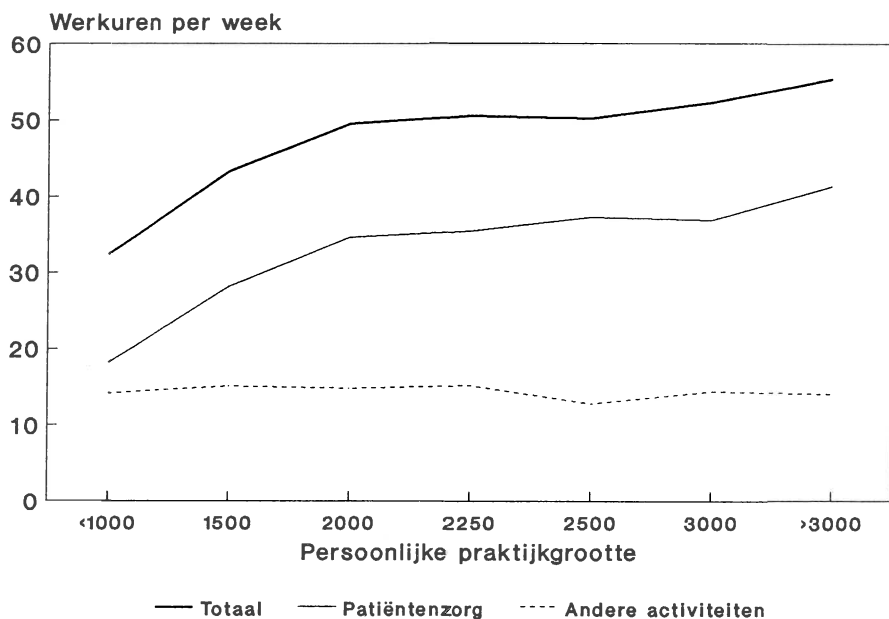
Het voorstel van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg gaat ook uit van een uniform, gemengd systeem, maar wijkt af van het recente voorstel van de LHV. Het grootste deel van het inkomen van huisartsen zal daarin verworven worden uit een gedifferentieerd abonnementshonorarium (ongeveer 80%). Voor het resterende deel van het inkomen worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg over specifieke opslagen op het basishonorarium die gekoppeld zijn aan de uitvoering van specifieke functies. Deze opslagen kunnen gebonden worden aan het voldoen aan bepaalde certificatie-eisen, bijvoorbeeld voor kleine chirurgische verrichtingen, en aan specifieke beloningen voor doelmatig verwijzen en voorschrijven. Het voorstel van de Commissie en het voorstel van de Ziekenfondsraad in zijn advies Gepast Gebruik gaan dus in dezelfde richting.

2.2 Werkbelasting en bewerkelijkheid

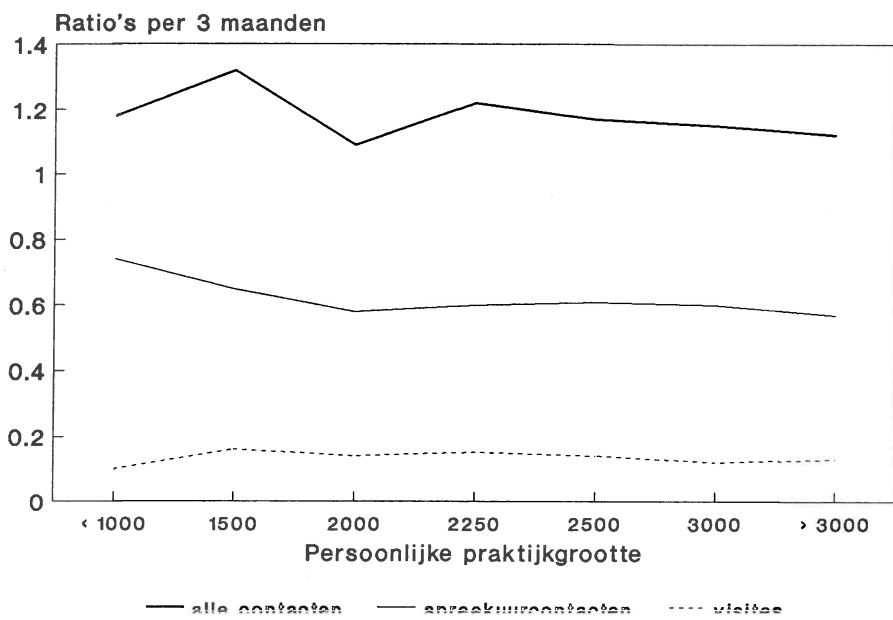
Werkbelasting is een kenmerk van huisartsen of huisartspraktijken dat betrekking heeft op de hoeveelheid werk, bijvoorbeeld uitgedrukt in het aantal werkuren, die de praktijkpopulatie als geheel met zich meebrengt. Bewerkelijkheid heeft betrekking op de hoeveelheid werk die specifieke groepen in de praktijkpopulatie vereisen. Op beide aspecten zal hierna worden ingegaan.

Onderzoek naar werkbelasting van huisartsen en de factoren die daarop van invloed zijn, wordt vooral uitgevoerd in gezondheidszorgsystemen met abonnementshonorering, zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In systemen met een verrichtingenhonorering wordt werkbelasting klaarblijkelijk minder als een probleem gezien door de directe relatie tussen werkbelasting en beloning. Daardoor is ook onderzoek naar de relatie tussen honoreringssysteem en werkbelasting zeer schaars (Groenewegen & Hutten, 1991). Wel zijn ideeën ontwikkeld over deze relatie in drie basale systemen van honorering (betaling per verrichting, per abonnement, door een vast salaris, verg. bijv. Glaser, 1970), die in verder internationaal vergelijkend onderzoek zouden moeten worden getoetst. Bij betaling per abonnement zullen huisartsen met een grotere praktijk niet veel meer werken dan huisartsen met een kleinere praktijk en zullen de eersten gemiddeld minder tijd per patiënt uittrekken. De verhouding tussen inkomen en vrije tijd kan alleen verbeterd worden door minder tijd per patiënt te besteden, omdat het inkomen wordt bepaald door het aantal patiënten ongeacht de hoeveelheid zorg die feitelijk wordt geleverd. De institutionele barrières voor patiënten om van huisarts te veranderen zijn over het algemeen groter dan in systemen met betaling per verrichting, waardoor het risico van inkomensdaling door vermindering van het aantal patiënten relatief gering is. Bij betaling per verrichting is er een directere relatie tussen de hoeveelheid zorg die per patiënt wordt geleverd (en dus de hoeveelheid tijd die dat kost) en het inkomen. Bij een groter aantal patiënten zal de hoeveelheid gewerkte tijd groter zijn, terwijl de tijd die per patiënt wordt uitgetrokken min of meer gelijk blijft. De barrières voor patiënten om naar een andere huisarts te gaan zijn gering, waardoor vermindering van de tijd per patiënt het risico van inkomensdaling meebrengt. Bij betaling door middel van een vast salaris zijn de hoeveelheid tijd die gewerkt wordt en het inkomen contractueel vastgelegd. Een groter aantal patiënten

Figuur 2.1 De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en het aantal werkuren per week bij Nederlandse huisartsen



Figuur 2.2 De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en contact-ratio's in Nederlandse huisartspraktijken, gedurende drie maanden

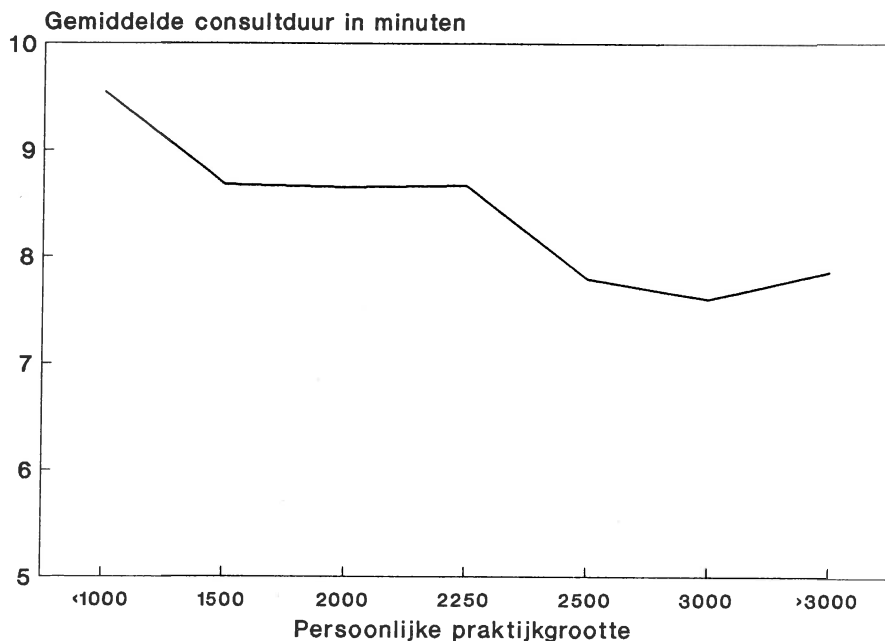


leidt daardoor in principe niet tot een groter aantal gewerkte uren. De tijd die per patiënt wordt uitgetrokken blijft hetzelfde en er zullen wachtlijsten ontstaan (verg. Calnan et al, 1992).

In de Nederlandse context is de vraag aan de orde gesteld in hoeverre de werkbelasting van huisartsen bepaald wordt door de praktijkgrootte (Groenewegen et al, 1992; 1993). Praktijkgrootte heeft met name invloed op indicatoren van werkbelasting die betrekking hebben op de tijdsbesteding van huisartsen. De relatie tussen praktijkgrootte en het aantal uren dat huisartsen werken, is echter zeker niet perfect lineair; aanvankelijk neemt het aantal uren dat huisartsen werken toe met de praktijkgrootte, maar naarmate de praktijken groter zijn, is de toename van het aantal gewerkte uren minder sterk. Het aantal uren dat huisartsen aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteden houdt geen verband met de praktijkgrootte (figuur 2.1).

De relatie tussen praktijkgrootte en contact-ratio's (het aantal contacten per 1000 patiënten) is heel zwak negatief en wijkt voor de totale contact-ratio en de visite-ratio niet significant van nul af (figuur 2.2). Klaarblijkelijk zijn grotere praktijken, in het algemeen, nauwelijks minder toegankelijk voor de patiënten dan kleinere praktijken. Dit komt omdat praktijkassistenten in grotere praktijken vaker contacten van de huisarts overnemen. Wanneer men echter de huisarts zelf wil spreken, is er wel enige invloed van de praktijkgrootte te zien: de spreekuurcontact-ratio ligt in grotere praktijken lager. Tevens blijkt dat de gemiddelde duur van de spreekuurcontacten korter is in grotere praktijken (figuur 2.3).

Figuur 2.3 De relatie tussen praktijkgrootte en de gemiddelde duur van spreekuurcontacten van Nederlandse huisartsen



Praktijkgrootte blijkt 30% van de variatie tussen huisartsen in het totaal aantal uren dat men werkt, te verklaren, bijna 50% van het aantal uren dat aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed, en slechts 12% van het aantal uren dat wordt besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. De relaties tussen praktijkgrootte en de tijdsbesteding van huisartsen zijn in Nederland sterker dan in het Verenigd Koninkrijk (Calnan et al, 1992), maar verschillen alleen significant voor de relatie tussen praktijkgrootte en het aantal uren dat aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed.

Uit de internationale literatuur blijkt dat de bewerkelijkheid van groepen patiënten in termen van het beroep dat zij doen op de huisarts verschilt (Groenewegen & Hutten, 1991). Zuigelingen en kleuters, bejaarden, vrouwen, werklozen, lager opgeleiden en mensen uit ethnische minderheden maken meer gebruik van huisartsenzorg. Specifiek voor de Nederlandse situatie komt daar nog bij dat ziekenfondsverzekerden vaker een beroep op de huisarts doen dan particulier verzekerden. Deels heeft dit verschil te maken met het verzekeringsstelsel (het natura-stelsel in de ziekenfondsverzekering en het administratieve vereiste van een verwijzing door de huisarts) en deels met verschillen in samenstelling van beide groepen verzekerden die met gezondheid samenhangen (verg. Van Vliet & Van de Ven, 1986; Mootz, 1985). Tenslotte moet gewezen worden op de bevolking van grote steden. Uit de literatuur (samengevat in Verheij et al, 1992) blijkt de bevolking van grote steden een slechtere ervaren gezondheid heeft en meer gebruik maakt van gezondheidszorg. Voor een deel zal dit samenhangen met de samenstelling van de bevolking van de grote steden in termen van de hierboven al genoemde categorieën.

Afgezien van de praktijkgrootte op zich zal dus ook de samenstelling van de praktijk in termen van deze groepen patiënten van invloed zijn op de werkbelasting van huisartsen. Uit de hierboven besproken analyses van de werkbelasting van huisartsen in Nederland blijkt dat het totaal aantal uren dat huisartsen werken en de tijd besteed aan direct patiënt-gebonden activiteiten vooral door de praktijkgrootte worden beïnvloed en in mindere mate door praktijksamenstelling en praktijkvoering. De enige factoren die naast de praktijkgrootte van invloed blijken te zijn, zijn het percentage 75+-ers in de praktijk en het hebben van een vrij spreekuur naast het afsprakenspreekuur (positieve relatie met het aantal uren directe patiëntenzorg). De tijd die besteed wordt aan niet-patiënt-gebonden activiteiten daarentegen wordt niet door de praktijkgrootte beïnvloed, maar wel door opleiderschap. Tevens blijkt dat huisartsen met een relatief groter aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk, minder tijd besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten en daardoor ook in totaal minder uren per week werken. Er werd in deze analyses geen afzonderlijke invloed gevonden van de stedelijkheid van het werkgebied van de huisarts. Enerzijds heeft dat te maken met het feit dat met verschillen tussen praktijken in het voorkomen van 'bewerkelijke' patiëntencategorieën al rekening was gehouden. Anderzijds zal dat ook te maken hebben met het feit dat in het betreffende onderzoeksbestand het aantal praktijken in achterstandswijken, waar een cumulatieve bewerkelijke categorieën mag worden verwacht, gering was. In een recent gepubliceerde telling in twee praktijken in een oude wijk van Rotterdam wordt een duidelijk hogere contactfrequentie gevonden (Galesloot & Bles, 1993).

2.3 Sturing door honorering

Het tweede gezichtspunt van waaruit gekeken kan worden naar de honorering van huisartsen is dat van de sturende werking van honorering. Uit beschouwende literatuur en het weinige goed opgezette empirisch onderzoek op dit gebied (verg. Delnoy et al, 1992) komt naar voren dat van betaling per verrichting een stimulans uitgaat tot het meer uitvoeren van de afzonderlijk betaalde verrichtingen. Verder komt naar voren dat een toename van het aantal verrichtingen in de eerste lijn niet samengaat met een evenredige afname van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn (vergelijk ook Flierman, 1991).

Over de sturende werking van functiegebonden opslagen zonder dat specifieke verrichtingen afzonderlijk worden gehonoreerd, is minder bekend om de eenvoudige reden dat daarmee tot nu toe niet of nauwelijks is geëxperimenteerd. In de Nederlandse situatie komt de vergoeding voor deelname aan farmaco-therapeutisch overleg dicht in de buurt van een functiegebonden opslag. In de overeenkomst tussen huisartsen en verzekeraars is een aparte post opgenomen die wordt toegekend als huisartsen aan FTO deelnemen. Het doel van FTO is in onderling overleg tussen huisartsen en apothekers te komen tot rationeler voorschrijven van geneesmiddelen. Een formele evaluatie van de werking van deze vergoeding is niet voor handen, maar de indruk bestaat dat het aantal huisartsen dat aan FTO deelneemt, is toegenomen.

In de voorwaarden die de verzekeraars aan voor een vergoeding in aanmerking komende huisartsen stellen, is opgenomen dat de in het kader van het FTO gemaakte afspraken over prescriptiebeleid aan de verzekeraar moeten worden gemeld. Doordat de verzekeraar al beschikt over declaratiegegevens over afgeleverde medicijnen is het voor hem in principe mogelijk na te gaan of de afspraken worden nagekomen.

Een experiment dat wat verder af ligt van functiegebonden opslagen is het experiment Kostenbesparing door kwaliteitsverhoging (Stokx et al, 1992). In dit experiment dat opgezet is in samenwerking met een zorgverzekeraar, hebben huisartsen deelgenomen aan een gericht nascholings- en toetsingsprogramma. De vergoeding die tegenover deelname stond, bestond uit vergoeding van de kosten voor waarneming voor de dagen dat aan het programma werd deelgenomen. Los van de specifieke uitkomsten van dit experiment is in verband met de vormgeving van functiegebonden opslagen van belang dat het in de praktijk niet mogelijk bleek de effecten van het programma af te lezen aan externe parameters, zoals het verwijscijfer. Eventuele veranderingen in onderdelen van het verwijscijfer die in directe relatie staan met onderdelen van het nascholings- en toetsingsprogramma, bleken niet terug te vinden te zijn in de overall verwijscijfers. De reden daarvan is waarschijnlijk tweeledig: de omvang van de veranderingen en de mogelijkheid van compensatie van een geringere instroom in de tweede lijn door een verhoging van het aantal verwijzingen dat door specialisten wordt gegenereerd.

In het buitenland is één voorbeeld gevonden van functiegebonden opslagen die toegekend worden op grond van externe parameters, los van de betaling van specifieke verrichtingen. Dat betreft de vergoeding voor een aantal preventieve activiteiten in de overeenkomst voor Britse huisartsen. In de overeenkomst van eind 1988 is een aantal

geworden, wordt een aantal preventieve activiteiten vergoed en wordt de vergoeding afgemeten aan het bereiken van doelstellingen met betrekking tot de vaccinatiegraad van de praktijkpopulatie en het bereik van bepaalde deelpopulaties uit de praktijk. Zo wordt voor de vaccinatiegraad van kinderen een doelstelling van 90% gesteld en voor het bereik van screening op baarmoederhalskanker een bereik van 80%.

2.4 Conclusie

De honorering van Nederlandse huisartsen staat – al of niet in relatie tot de honorering van specialisten – al langere tijd ter discussie. Uniformering van de honorering door afschaffing van het onderscheid in honorering voor ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten heeft een breed draagvlak. Over de preciese invulling van de honorering is meer discussie. Dat huisartsen ook in de toekomst voor een belangrijk deel betaald zullen worden per abonnement staat wel vast, maar hoe het resterende deel van het honorarium moet worden vormgegeven is minder duidelijk. De Commissie Modernisering Curatieve Zorg stelt een systeem van functiegebonden opslagen voor zonder vergoeding voor afzonderlijke verrichtingen. De Landelijke Huisartsen Vereniging stelt een vergoeding per consult en visite voor. Verschillen in bewerkelijkheid van patiëntencategorieën zouden in het voorstel van de Commissie gecompenseerd kunnen worden door differentiatie van het abonnementsdeel, terwijl ze in het voorstel van de LHV worden gecompenseerd door de vergoeding per consult en visite.

Over de sturende werking van functiegebonden opslagen op het gedrag van huisartsen valt nauwelijks iets te zeggen door een gebrek aan ervaring met dergelijke systemen. In het Verenigd Koninkrijk waar sinds kort gewerkt wordt met functiegebonden opslagen voor preventieve activiteiten voor huisartsen, gekoppeld aan het bereiken van externe doelstellingen, zijn nog geen publicaties gevonden over de effecten.

3.1 Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvragen aangaande een mogelijke differentiatie van het abonnementstarief en de gevolgen daarvan voor het inkomen van huisartsen zijn ontleend aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Ten behoeve van dit onderzoek registreerden in de periode 1 april 1987 tot en met 31 maart 1988 160 huisartsen (in 102 praktijken) al hun contacten met hun patiënten. Zij deden dit in vier groepen die in vier opeenvolgende perioden van drie maanden registreerden. De huisartsen zijn afkomstig uit een gestratificeerde, aselechte steekproef getrokken uit alle in 1985 in Nederland zelfstandig gevestigde en in 1988 nog praktizerende huisartsen. Gestratificeerd is op urbanisatiegraad, regio en afstand tot het ziekenhuis. Met behulp van een weegprocedure kunnen landelijk representatieve cijfers worden berekend (Van der Velden et al, 1991; Groenewegen et al, 1992).

De huisartsen registreerden alle contacten met hun patiënten (N=386.000). Ook de contacten met de praktijkassistente werden geregistreerd. Telefonische contacten werden alleen geregistreerd voor zover zij resulteerden in een verwijzing of een medicijnvoorschrift. Voor patiënten van een deelnemende huisarts die in de waarneming door een andere arts zijn gezien, is op basis van het waarneemverslag een contactregistratieformulier ingevuld.

Van elk contact zijn behalve gegevens over de diagnose en de verrichtingen de duur (0-5 minuten, 6-10 minuten, 11-15 minuten, 16-20 minuten, 21-40 minuten en langer dan 40 minuten) en het soort contact (vrij-, afspraak- of bijzonder spreekuur, 'tussendoor'-contacten in de praktijk, spontane, afspraak- of spoedvisites, telefonische contacten, ziekenhuisbezoeken, keuringen, consultatiebureau en overige) vastgelegd.

Van (vrijwel) alle bij de huisarts ingeschreven patiënten (N=332.000) zijn leeftijd en geslacht via de administratie van de huisarts bekend. Verder is de verzekeringsvorm bekend van 93% van de ingeschreven patiënten. Contactfrequenties kunnen daardoor worden berekend per bij de huisarts ingeschreven patiënt uitgesplitst naar leeftijd- of geslachtscategorie en verzekeringsvorm.

Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens uit een dagboek dat de deelnemende huisartsen gedurende een week tijdens de contactregistratie bijhielden. Op basis van dit dagboek kan worden vastgesteld hoeveel uren de huisartsen gedurende die week werkten, hoeveel uur daarvan werd besteed aan directe patiëntgerichte activiteiten, aan het visites afleggen aan spreekuurtijd, et cetera.

3.2 De gebruikte methoden

Voor de twee onderzoeksvragen die met kwantitatieve gegevens worden beantwoord zullen de gebruikte methoden worden toegelicht. Dat zijn de vragen met betrekking tot een mogelijk gedifferentieerd abonnementstarief. In paragraaf 3.2.1 wordt ingegaan op de gebruikte methoden bij de beantwoording van de vraag of er gronden zijn voor een gedifferentieerd abonnementstarief en zo ja hoe dat er dan uit zou moeten zien. En in paragraaf 3.2.2 komen de gebruikte methoden bij het bepalen van de inkomensconsequenties voor huisartsen van het hanteren van een dergelijk tarief aan de orde.

3.2.1 Het gedifferentieerd abonnementstarief

Ten aanzien van het gedifferentieerd abonnementstarief wordt een antwoord gezocht op een drietal vragen. Per vraag zal worden ingegaan op de gebruikte methoden.

- a Hoe groot is de variatie in bewerkelijkheid voor de huisarts tussen verschillende patiëntencategorieën?

Om deze vraag te beantwoorden zijn contactfrequenties berekend per bij de huisarts ingeschreven patiënt (zie ook Groenewegen et al, 1992). Door vermenigvuldiging van het aantal contacten met vier worden schattingen verkregen van het aantal contacten per jaar per patiënt voor de betreffende patiëntencategorie. Verder is een zodanige weegprocedure toegepast dat kan worden gesproken van landelijk representatieve cijfers.

De contactfrequentie zijn berekend per leeftijds-/geslachtscategorie, waarbij de leeftijd is ingedeeld in vijfjaarklassen. Contactfrequenties zijn apart voor de huisarts en de assistent berekend. De huisartscontacten zijn verder opgesplitst in contacten die in de praktijk bij de huisarts plaatsvonden (spreekuur en 'tussendoor'), de telefonische contacten en de visites. Buiten beschouwing zijn gelaten keuringen en consultatiebureaucontacten en contacten die tijdens de waarneming plaatsvonden met patiënten die bij andere huisartsen staan ingeschreven.

Contactfrequenties zijn apart berekend voor particulier verzekerden met en zonder huisartsverzekering. Dit om een eventueel effect op het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg vast te stellen van een overgang van betaling per consult naar een abonnement voor deze categorie.

Verder is nagegaan of er verschillen in contactduur per leeftijds-/geslachtscategorie bestaan. Gemiddelde contactduren per leeftijds-/geslachtscategorie zijn berekend door de klassemiddens aan te houden (dus 0-5 minuten is 2,5 minuut, et cetera, bij langer dan

40 minuten is 50 aangehouden als gemiddelde contacttijd). Door de gemiddelde contactduur per soort contact (in de praktijk, telefoon, visite) apart te berekenen kan worden nagegaan hoe de bewerkelijkheid van de verschillende soorten contacten zich ten opzichte van elkaar verhouden.

Probleem daarbij is dat de opgegeven contactduren alleen de netto-duur van het contact zelf betreffen. Bij de visites zal dat een onderschatting geven ten opzichte van de contacten in de praktijk, omdat de reistijd niet is meegeteld. Daarom is op basis van de dagboeken vastgesteld hoeveel tijd aan visites, respectievelijk contacten in de praktijk is besteed. Vervolgens is voor de week waarin de huisartsen het dagboek hebben bijgehouden vastgesteld hoeveel visites respectievelijk spreekuurcontacten hebben plaatsgehad. Op die manier kon de gemiddelde bruto-contacttijd per visite worden vastgesteld. Door deze te vergelijken met de bruto-contacttijd van een contact in de praktijk kan een schatting worden gemaakt van de extra tijd per visite.

Nogmaals zij vermeld dat de ten behoeve van de beantwoording van deze onderzoeksvraag gepresenteerde gegevens zijn gewogen, zodat gesproken kan worden van landelijk representatieve cijfers.

- b Hoe groot is de variatie tussen huisartspraktijken in het voorkomen van deze patiëntencategorieën?

Om deze vraag te beantwoorden is per praktijk het percentage ingeschreven patiënten per leeftijds-/geslachtscategorie berekend. Vervolgens is door berekening van gemiddelde, variatiecoëfficiënt, minimum en maximum nagegaan in hoeverre deze kenmerken differentiëren. Ook is de onderlinge correlatie tussen de verschillende differentiatiekenmerken berekend.

- c Welke wegingsfactor voor te onderscheiden patiëntencategorieën moet worden gehanteerd om het abonnementstarief te berekenen uitgaande van een overall budgetair neutrale situatie?

De vaststelling van de bewerkelijkheid per door de differentiatiekenmerken onderscheiden categorie wordt vastgesteld op basis van de gepresenteerde cijfers over aard en duur van de contacten per leeftijdsgroep. Verschillende soorten contacten krijgen een weging uitgaande van de duur van het contact. De bewerkelijkheid van één categorie is gelijk aan de gewogen som van de verschillende soorten contacten en wordt uitgedrukt in contacteenheden.

Vervolgens vindt een clustering plaats van onderscheiden categorieën die elkaar qua bewerkelijkheid weinig ontlopen. Tenslotte wordt het aandeel van elke categorie in de totale werklast van de huisarts vastgesteld om na te gaan of categorieën die eventueel een hoger tarief zouden krijgen wel een substantieel deel van de werklast van de huisarts uitmaken.

3.2.2 De methoden ter bepaling van de consequenties
voor de omzet van huisartspraktijken

Om uitspraken te kunnen doen over inkomensconsequenties van een uniform, gedifferentieerd abonnement, moet uiteraard eerst worden berekend hoeveel huisartsen in de Nationale Studie onder de huidige systematiek hebben verdiend om dit bedrag vervolgens te vergelijken met het inkomen zoals dat onder de nieuwe honoreringsmethoden verdiend had kunnen worden. In tabel 3.1. zijn de tarieven weergegeven die zijn gebruikt voor berekening van het praktijkinkomen, zoals die volgens de tariefbeschikkingen van het COTG golden voor huisartsen in 1987.

Tabel 3.1 Tarieven die gebruikt zijn voor berekening van de praktijkomzet van Nationale Studie praktijken in 1987, volgens tariefbeschikkingen van het COTG

Voor eigen ziekenfondspatiënten		
Tot en met 1.600 zielen:		
Netto honorarium	f 61,02 plus vergoeding praktijkkosten van f 42,30:	f 103,32
Alle volgende zielen:		
Netto honorarium	f 61,02 zonder kostentoeslag:	f 61,02
Voor particuliere patiënten		
Tijdens 'kantoor-uren':		
Per consult	f 24,20 plus een tijdelijke toeslag van f 0,80:	f 25,00
Per visite	f 36,30 plus een tijdelijke toeslag van f 1,20:	f 37,50
Per telefonisch consult ¹		f 12,50
Per assistente-contact ¹		f 12,50
Tussen 20.00 en 08.00 uur en in het weekend:		
Per consult	dubbel tarief	f 50,00
Per visite	dubbel tarief	f 75,00
Per telefonisch consult	dubbel tarief	f 25,00

1. In de tariefbeschikking van het COTG staat dat voor particuliere patiënten verrichtingen (consulten en visites), welke een duidelijk korter of langer tijdsbeslag omvatten dan de gemiddelde verrichting pro rato in tarief vermindert of vermeerderd kunnen worden. Telefonische consulten kunnen niet in rekening worden gebracht, tenzij deze duidelijk dienen ter vervanging van een spreekuurconsult. In de praktijk betekent dit dat huisartsen voor een telefonisch consult een half consulttarief in rekening brengen, evenals voor het afhalen van een recept bij de assistente, zonder dat daarbij contact met de huisarts plaatsvindt. Voor telefonische en assistente-contacten wordt daarom een tarief van f 12,50 gehanteerd bij de berekening van de praktijkomzet in 1987. Voor telefonische consulten buiten kantooruren wordt het dubbel tarief gehanteerd. Assistentie-contacten buiten kantooruren komen niet voor.

Behalve de in tabel 3.1. weergegeven tarieven golden in 1987 nog aanvullende tarieven voor het behandelen van niet in de eigen praktijk ingeschreven ziekenfondspatiënten (bijvoorbeeld toeristen) en voor zogeheten nevenverrichtingen voor particulier betalende

patiënten (bijvoorbeeld invaliditeits- of rijbewijskeuringen). Ook voor verloskundige zorg golden uiteraard aparte tarieven. Om een drietal redenen zijn echter deze aanvullende verrichtingen niet meegenomen bij de berekening van het inkomen in 1987. Ten eerste zullen nevenverrichtingen en verloskundige zorg ook onder een eventueel nieuw in te voeren uniform, gedifferentieerd abonnementstarief apart gehonoreerd blijven. Ten tweede komen veel aanvullende verrichtingen weinig voor en dragen dus ook weinig bij aan het inkomen en ten derde is een aantal van deze verrichtingen in de Nationale Studie niet of moeilijk herkenbaar.

Bij het analyseren van inkomensconsequenties van invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief zal worden uitgegaan van de bruto praktijk-omzet van Nationale Studie praktijken (dat wil zeggen: vóór aftrek van praktijkkosten). Reden daarvoor is dat ten eerste, praktijkkosten integraal deel uit zullen gaan maken van een eventueel nieuw in te voeren uniform, gedifferentieerd abonnementstarief, waardoor bij het berekenen van het praktijkinkomen volgens de nieuw te ontwerpen systematiek geen onderscheid hoeft te worden gemaakt in vergoeding van praktijkkosten en persoonlijk inkomen voor de huisarts. Ten tweede is niet bekend wat de werkelijk praktijkkosten waren van Nationale Studie praktijken.

Op basis van de in tabel 3.1 weergegeven tarieven is het inkomen (dat wil zeggen de bruto praktijkomzet) van Nationale Studie praktijken min of meer rechtstreeks te berekenen door vermenigvuldiging van het aantal patiënten (ziekenfondsomzet) en het aantal verrichtingen op jaarbasis (particuliere omzet) met het geldende tarief. Twee uitzonderingen op deze rechtstreekse berekening moeten echter worden gemaakt. In de eerste plaats kan voor duo- en groepspraktijken – los van de werkelijke verdeling van patiënten over de artsen – de zogeheten 'kostenknik' voor ziekenfondspatiënten niet bij 1600 patiënten liggen, maar afhankelijk van het aantal artsen in een praktijk op 3200, 4800 of 6400. Bij de berekening van de praktijkomzet is de kostenknik, het punt waarna praktijkkosten niet langer deel uitmaken van het abonnementstarief, daarom aangepast aan het aantal huisartsen dat werkzaam is in een praktijk (huisartsen in opleiding en waarnemers zijn daarbij uiteraard niet meegerekend). Ten tweede geldt dat apotheekhoudende huisartspraktijken in verband met hun apotheekfunctie significant meer assistente-contacten hebben dan niet apotheekhoudende praktijken. Deze contacten moeten echter voor particuliere patiënten niet worden meegenomen bij berekening van de praktijkomzet. In apotheekhoudende praktijken vinden gemiddeld 208 assistente-contacten plaats per drie maanden met particuliere patiënten; in niet apotheekhoudende praktijken bedraagt dit gemiddelde slechts 49% hiervan, namelijk 102 ($t = -2.6$, $p = .014$). De assistente-contacten in apotheekhoudende praktijken zijn daarom met 51% verminderd, waardoor het gemiddelde terug werd gebracht tot 106 contacten per drie maanden en niet langer significant afweek van niet apotheekhoudende praktijken.

Door de bruto praktijkomzet van alle 102 praktijken op te tellen, is bekend wat het totale beschikbare budget is op basis waarvan een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief moet worden berekend (ervan uitgaande dat invoering van een uniform, gedifferentieerd tarief budgettair neutraal plaatsvindt). De berekening van de 'nieuwe' tarieven vindt plaats in paragraaf 5.2. Vervolgens wordt op basis van de nieuwe tarieven de praktijkomzet van

systematiek en onder een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief zal aandacht worden besteed aan twee vragen:

- 1 leidt een uniform, gedifferentieerd abonnement tot een verbetering van de relatie tussen inkomen en werkbelasting,
- 2 zijn er specifieke groepen huisartsen of praktijken aan te wijzen die er bij invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement qua inkomen op vooruit danwel achteruit zullen gaan?

De eerste vraag zal worden beantwoord door de samenhang te analyseren tussen werkbelasting van huisartsen, bruto praktijkomzet en een tweetal factoren die zowel werkbelasting als praktijkomzet bepalen: de omvang en leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie. Werkbelasting wordt geoperationaliseerd als het aantal uren per week dat besteed is aan directe patiëntenzorg (in tegenstelling tot niet-patiëntgebonden activiteiten als het bijhouden van de administratie of het volgen van nascholing). Gekozen wordt voor de tijd besteed aan patiëntgebonden activiteiten omdat uit eerder onderzoek bleek dat de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten weinig variatie vertoont tussen huisartsen (zie ook figuur 2.1). Het aantal gewerkte uren per week is bekend uit de eerder genoemde dagboekjes die 155 van de 161 deelnemende huisartsen in de Nationale Studie gedurende één week hebben bijgehouden. Praktijken waarin één of meer huisartsen de dagboekjes niet hebben ingevuld, worden buiten beschouwing gelaten. Een belangrijk bezwaar van de hier gebruikte operationalisatie van werkbelasting is dat enerzijds wordt gekeken naar de relatie tussen het aantal gewerkte uren en de praktijkomzet onder verschillende honoreringssystemen, terwijl anderzijds het aantal gewerkte uren weer bepaald is door het honoreringssysteem zoals dat in 1987 gold. Het is echter niet mogelijk om op basis van Nationale Studie gegevens te voorspellen hoeveel uren huisartsen zullen gaan besteden aan patiëntgebonden activiteiten onder een uniform, gedifferentieerd abonnement.

De tweede vraag vraagt uiteraard eerst om een analyse van de verschillen in inkomen die gaan optreden bij invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief. Vervolgens zal worden getracht deze optredende verschillen te relateren aan de opbouw van de praktijkpopulatie voor wat betreft leeftijd (65-plus) en verzekeringsvorm, praktijkvorm en urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk is gevestigd (platteland= tot 30.000 inwoners in de woonkern, suburbaan= tot 50.000 inwoners in de woonkern stedelijk= meer dan 50.000 inwoners in de woonkern, met uitzondering van: grote stad= Amsterdam, Rotterdam, Den Haag).

Toetsing van de eventuele samenhang tussen omzetverschillen en praktijkkenmerken vindt plaats door middel van Pearson correlaties voor het percentage 65-plussers en het percentage ziekenfondsverzekerden (beide variabelen op rationiveau). Voor de factoren praktijkvorm en urbanisatiegraad wordt de significantie getoetst van verschillen in de gemiddeld voor- of achteruitgang met behulp van variantie-analyse. In het geval van een significant F, wordt daarbij tevens nagegaan welke groepen een significant afwijkend gemiddeld vertonen¹.

1 Het significantie-niveau wordt daarbij aangepast aan het feit dat meerdere vergelijkingen worden gemaakt (door gebruik van modified least significant differences). In het geval van drie groepen bijvoorbeeld, wordt groep A vergeleken met B

Naar een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre er aanleiding is op grond van verschillen in bewerkelijkheid van patiëntcategorieën te komen tot een gedifferentieerd abonnementstarief en zo ja, hoe zo'n gedifferentieerd tarief zou moeten worden opgebouwd.

Verschillen in bewerkelijkheid bestaan er tussen patiëntencategorieën onderscheiden naar vele kenmerken: zo is uit onderzoek bekend dat vrouwen vaker contact hebben met de huisarts, hetzelfde geldt voor ouderen en kleine kinderen; ziekenfondsverzekerden hebben meer contacten met de huisarts dan particulier verzekerden, lager opgeleiden meer dan hoog opgeleiden, buitenlanders meer dan mensen met een Nederlandse nationaliteit, etc. Dit hoofdstuk beperkt zich echter tot de kenmerken leeftijd en geslacht. Het onderscheid ziekenfonds-/particulier zal, zo is de bedoeling, verdwijnen.

Andere kenmerken als opleiding en nationaliteit worden niet standaard geregistreerd. Dit type kenmerken opnemen in het abonnementstarief zou daarom tot extra bureaucratie leiden. Bovendien zijn er privacyproblemen aan verbonden. We beperken ons dus tot mogelijke differentiaties naar leeftijd en geslacht, ervan uitgaande dat differentiatie naar andere patiëntkenmerken moeilijk uitvoerbaar en privacygevoelig zal zijn.

In paragraaf 4.2 worden verschillen in bewerkelijkheid tussen leeftijds- en geslachts categorieën beschreven in termen van aantallen contacten en de daaraan bestede tijd. In paragraaf 4.3 wordt beschreven in hoeverre er verschillen in samenstelling van huisartspraktijken bestaan naar leeftijd en geslacht. Een hoger tarief voor een bepaalde patiëntencategorie heeft immers geen zin als er nauwelijks verschillen in het voorkomen van die patiëntencategorie tussen praktijken zijn. De feitelijke vaststelling van de bewerkelijkheid per patiëntencategorie vindt plaats in paragraaf 4.4. Het gaat daarbij om de vragen welke leeftijdsgrenzen worden gehanteerd en welke tarieven per leeftijdsgroep. De hierin vastgestelde bewerkelijkheid per categorie wordt in hoofdstuk 5 op omzetconsequenties doorgerekend.

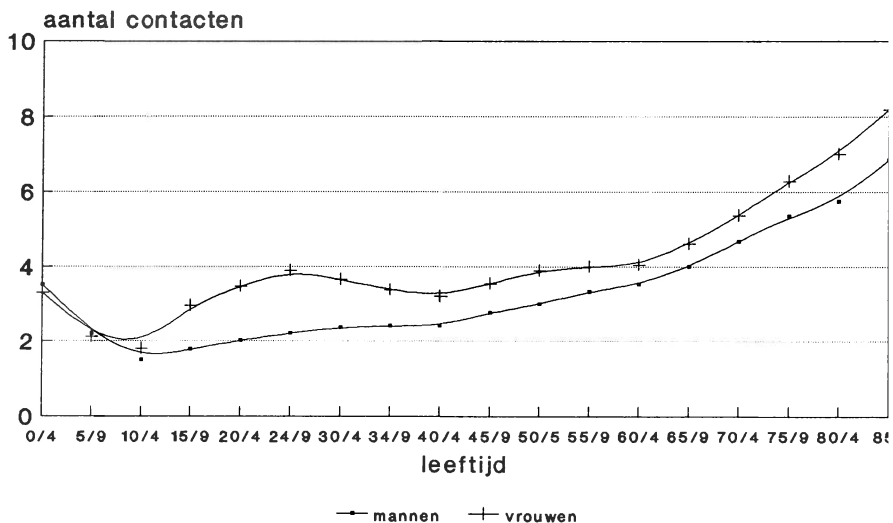
De in dit hoofdstuk gepresenteerde cijfers zijn zodanig gewogen dat kan worden gesproken van landelijk representatieve gegevens.

4.2 Verschillen in bewerkelijkheid tussen leeftijds- en geslachtscategorieën

De eenvoudigste manier om te kijken naar verschillen in bewerkelijkheid is het in beeld brengen van aantallen contacten met de huisarts per leeftijds- en geslachtscategorie. Dit is gedaan in figuur 4.1. We zien hierin dat het aantal contacten per jaar bij ouderen hoger ligt. Zo rond de 60 tot 65 jaar lijkt er een buigpunt te liggen en stijgt het aantal contacten boven de 4 per jaar. Bij de 0-4-jarigen is veel minder dan bij de ouderen sprake van een verhoogde contactfrequentie.

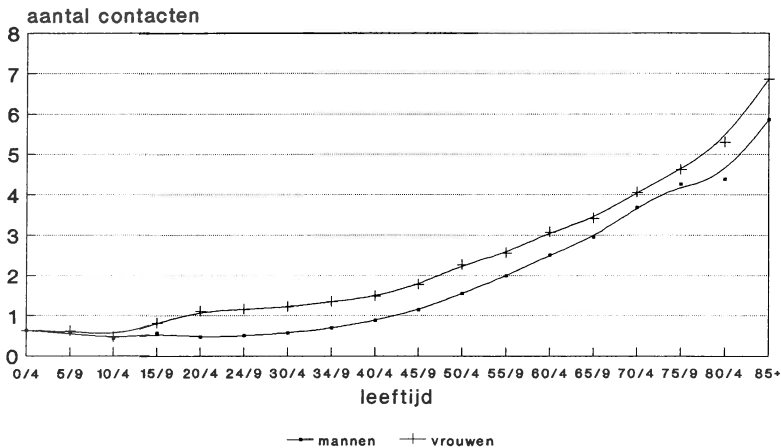
Er is een duidelijk verschil in het verloop van de curve tussen mannen en vrouwen, waarbij de vrouwen vanaf het vijftiende jaar een hogere contactfrequentie hebben dan mannen. Bij zowel mannen als vrouwen zien we dat na een verhoogde contactfrequentie bij de 0-4-jarigen de contactfrequentie tot een dieptepunt daalt bij de 5-19-jarigen. Daarna loopt bij de mannen de contactfrequentie geleidelijk op met versnellingen rond het veertigste en zestigste levensjaar. Bij vrouwen loopt de contactfrequentie tussen het vijftiende en dertigste levensjaar snel op om daarna redelijk constant te blijven tot ongeveer zestig jaar, waarna evenals bij de mannen een stijging optreedt.

Figuur 4.1 Aantal artscontacten per patiënt per jaar naar leeftijd en geslacht in 1987/1988



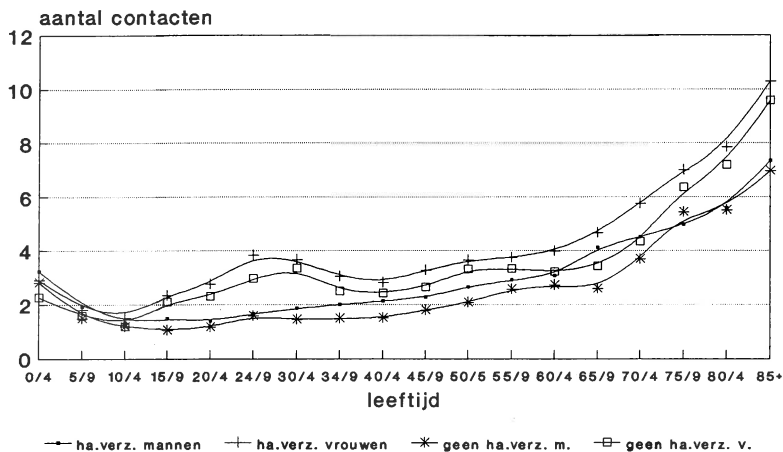
Bezien we op dezelfde wijze het aantal contacten met de praktijkassistente (figuur 4.2), dan valt hier een sterkere leeftijdsgradiënt op die vooral inzet na het vijfenveerigste levensjaar en afwezigheid van een verhoogde contactfrequentie bij kleine kinderen. Een groot deel van de contacten van de praktijkassistente bestaat uit het uitschrijven van herhaalrecepten. Veelal gaat het hierbij om patiënten met chronische aandoeningen, een groep die onder ouderen sterk oververtegenwoordigd is.

Figuur 4.2 Aantal assistentecontacten per patiënt per jaar naar leeftijd en geslacht in 1987/1988

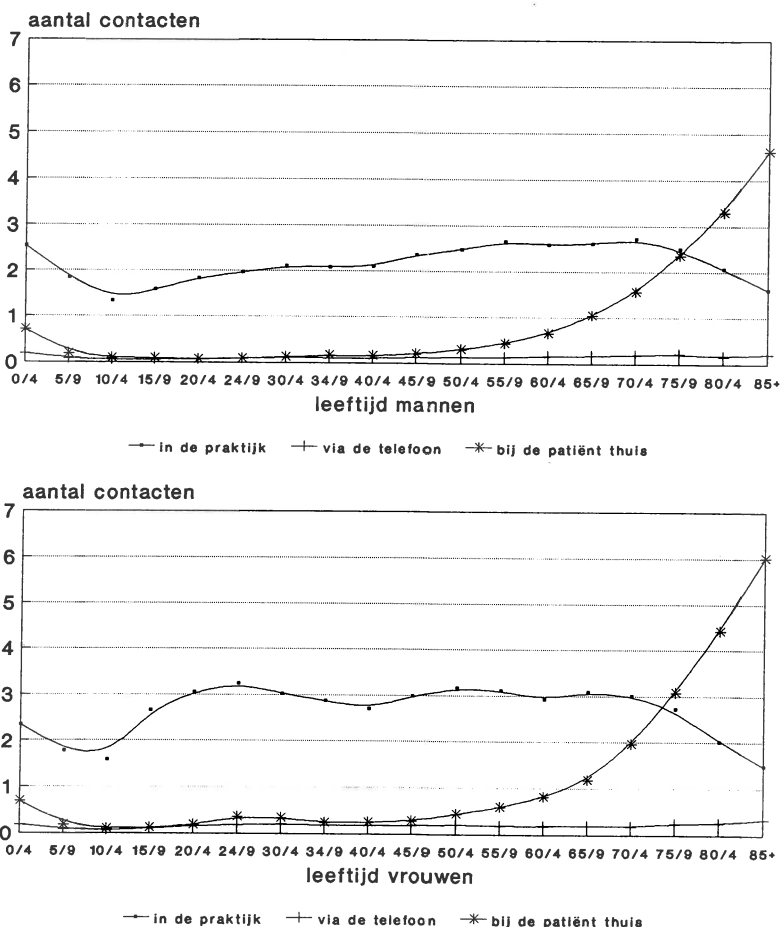


Voor we ingaan op een nadere detaillering per contactsoort is het van belang stil te staan bij eventuele effecten van een uniformering van het huisartsenhonoreringssysteem. In 1987, toen de Nationale Studie werd gehouden, moesten particulier verzekerden zonder huisartsverzekering de huisarts per consult betalen. De invoering van een abonnement-systeem zou een consumptieverhogend effect kunnen hebben bij deze groep, omdat de betaling niet direct is gerelateerd aan het gebruik (als er tenminste geen sprake is van eigen risico of eigen bijdrage). Particulier verzekerden zonder huisartsverzekering maakten in 1987 ongeveer 6% van de totale patiëntpopulatie van de huisarts uit. Om de omvang van een eventuele verandering naar een abonnementssysteem in te schatten is in figuur 4.3 de contactfrequentie van particulier verzekerden met en zonder huisartsverzekering tegen elkaar afgezet. Hieruit blijkt dat particulieren zonder huisartsverzekering inderdaad minder contacten hebben, maar het verschil is gering.

Figuur 4.3 Aantal artscontacten per patiënt per jaar naar leeftijd en geslacht in 1987/1988 voor particulier verzekerden met en zonder huisartsverzekering



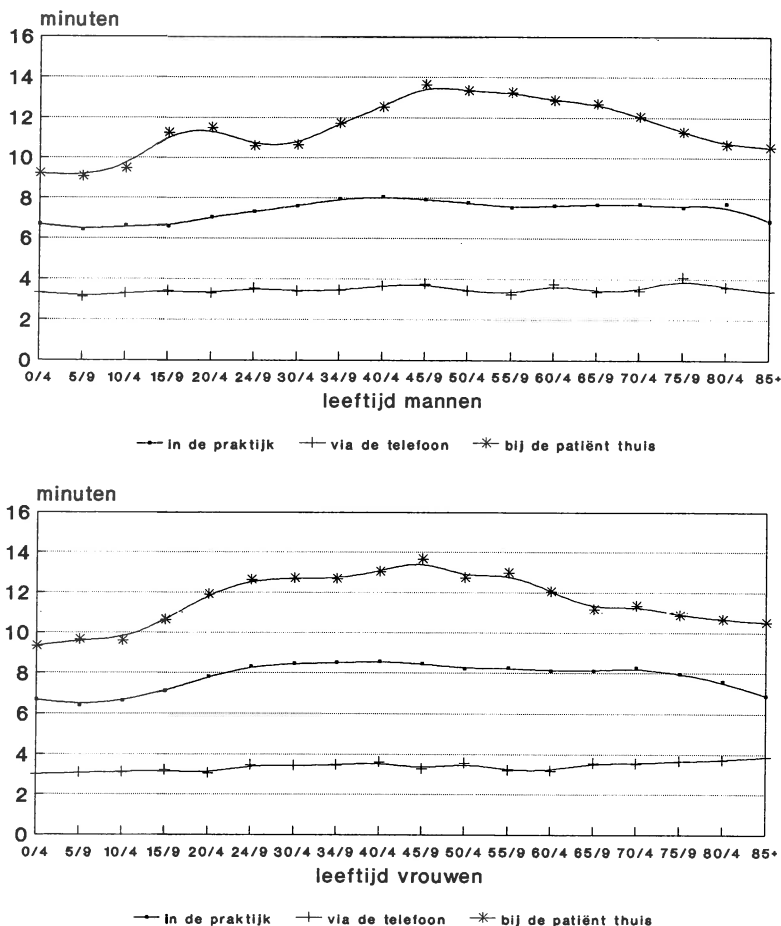
Figuur 4.4 Aantal artscontacten per patiënt per jaar naar leeftijd en geslacht in 1987/1988 uitgesplitst naar soort contact



Tot nu toe hebben we alleen gekeken naar totale contactfrequenties. Voor de bewerkelijkheid maakt het echter nogal wat uit of het contacten in de praktijk van de huisarts betreft (op het spreekuur of daarbuiten), dan wel visites of telefonische contacten. Figuur 4.4 laat de contactfrequenties uitgesplitst per soort contact zien. Hieruit blijkt dat er aanzienlijke verschillen in het verloop van de curves zijn. De hogere contactfrequentie bij ouderen komt vrijwel geheel voort uit het hogere aantal visites dat na het vijftigste levensjaar eerst langzaam, maar daarna steeds sterker stijgt. Het aantal contacten in de praktijk ligt boven de zeventig jaar zelfs onder het gemiddelde. Bij de telefonische consulten is er nauwelijks sprake van een verband met leeftijd.

Bezien we tenslotte de duur van de contacten (figuur 4.5), dan is hierin geen sprake van een oplopen van de contactduur met de leeftijd. De contactduur ligt iets hoger bij de middenleeftijdsgroepen. Verder zien we dat contacten in de praktijk ongeveer twee keer zo lang duren dan telefonische contacten en dat visites bijna anderhalf keer zoveel tijd vragen als contacten in de praktijk (gemiddeld 7,9 minuut tegen 11,7 minuut).

Figuur 4.5 Aantal artscontacten per patiënt per jaar naar leeftijd en geslacht in 1987/1988 uitgesplitst naar contactduur



De conclusie van deze paragraaf is dat er duidelijke verschillen in bewerkelijkheid tussen categorieën onderscheiden naar leeftijd en geslacht. Met name oudere patiënten hebben meer contacten met de huisarts en niet alleen meer contacten, maar ook bewerkelijker contacten omdat het bij ouderen aanzienlijk vaker om visites gaat. Daarnaast zien we iets verhoogde contactfrequenties bij kleine kinderen en zien we dat vrouwen meer contacten hebben dan mannen. Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat met differentiatie van het abonnementstarief naar leeftijd en geslacht meer recht wordt gedaan aan bewerkelijkheid van verschillende patiëntencategorieën.

4.3 Verschillen tussen huisartspraktijken

In tabel 4.1 zijn gemiddelde en spreiding voor een aantal mogelijke differentiatiekenmerken bijeen gebracht. De gekozen leeftijdsindeling is afgeleid uit verschillen in contactfrequenties, zoals deze in de voorgaande paragraaf zijn gebleken. Leeftijdsgroepen, die qua contactfrequentie weinig van elkaar verschillen en aansluitend zijn, zijn samengevoegd.

De variatiecoëfficiënt (gelijk aan $100 \cdot \frac{\text{standaardafwijking}}{\text{gemiddelde}}$) is een goede maat om de differentiatiekenmerken onderling te vergelijken op de mate waarin zij differentiëren. We zien in de tabel dat het percentage vrouwen veruit het minst differentieert van alle onderscheiden kenmerken. De grootste variaties treffen we aan bij de groepen 65 tot en met 74 jaar en 75 jaar en ouder. Dit zijn de groepen met veruit de hoogste contactfrequenties, zoals we in de voorgaande paragraaf zagen.

Tabel 4.1 Gemiddelde en spreiding van mogelijke differentiaties naar leeftijd en geslacht (n=102 praktijken)

	gemiddeld	var.coëff.	minimum	maximum
% vrouwen	52,0	4,8	47,8	60,0
% 0-4 jaar	6,5	32,8	2,7	14,0
% 5-19 jaar	20,4	23,1	9,3	30,0
% 20-49 jaar	46,4	12,1	37,0	68,0
% 50-64 jaar	13,8	25,9	5,2	21,0
% 65-74 jaar	7,2	36,9	2,5	14,0
% ouder dan 75 jaar	5,6	52,1	1,0	17,0

De correlaties tussen de differentiatiekenmerken zijn weergegeven in tabel 4.2. We zien dat er duidelijke verbanden bestaan. Hoge percentages vrouwen vinden we in praktijken waarin de leeftijdsgroep 20-49 jaar en de ouderen zijn oververtegenwoordigd en de groep 5-19 jaar is ondervertegenwoordigd. In praktijken met veel 0-4-jarigen vinden we ook veel 5-19-jarigen, maar zijn de groepen ouder dan 50 sterk ondervertegenwoordigd. Er zijn ook duidelijke positieve correlaties tussen de drie leeftijdsgroepen boven de vijftig met name de .82 tussen de twee oudste leeftijdsgroepen springt eruit.

Tabel 4.2 Correlaties tussen mogelijke differentiatiekenmerken (n=102)

	% vr.	% 0-4	% 5-19	% 20-49	% 50-64	% 65-74
% vrouwen	—					
% 0-4 jaar	-.20*	—				
% 5-19 jaar	-.61**	.49**	—			
% 20-49 jaar	.41**	.23*	-.18	—		
% 50-64 jaar	-.15	-.72**	-.35**	-.60**	—	
% 65-74 jaar	.27**	-.61**	-.63**	-.57**	.65**	—
% 75 jaar e.o.	.36**	-.50**	-.59**	-.50**	.42**	.82**

* p < .05 ** p < .01

De conclusie die op grond van deze paragraaf kan worden getrokken is dat differentiatie naar geslacht niet zinvol is omdat er slechts weinig verschillen tussen huisartspraktijken in het percentage vrouwen zijn. Bovendien zagen we dat in praktijken, waarin relatief veel vrouwen voorkomen, ook veel ouderen en juist weinig 5 tot 19-jarigen voorkomen. De eerste groep is extra bewerkelijk en de tweede groep juist minder bewerkelijk. Dat betekent, dat als op leeftijd wordt gedifferentieerd automatisch praktijken met veel vrouwen een hoger honorarium krijgen. Aan de andere kan zien we juist de percentages 65 tot 74-jarigen en de groep ouder dan 75 jaar zeer sterk differentiëren. We kiezen daarom vooralsnog voor differentiatie alleen op leeftijd.

4.4 Bewerkelijkheid per leeftijdsklasse

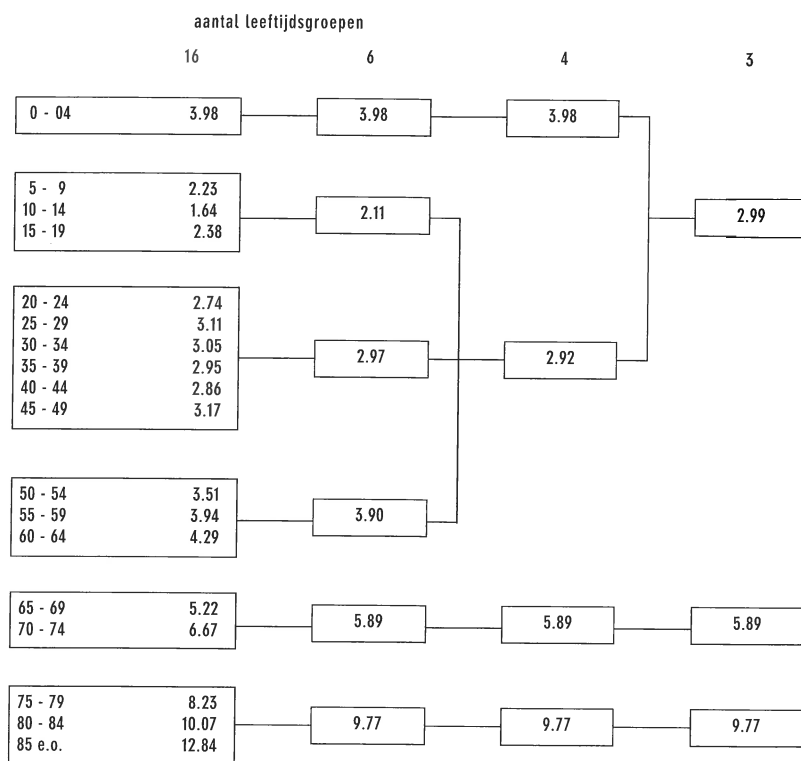
In paragraaf 4.2 zagen we verschillen in contactfrequenties en aard en duur van de contacten onderscheiden naar leeftijd. Daar konden we al uit afleiden dat er aanmerkelijke verschillen in bewerkelijkheid waren tussen de leeftijdsklassen. Om te kunnen differentiëren in tarief is het noodzakelijk de bewerkelijkheid uit te drukken in één maat. Verschillende soorten contacten moeten daartoe worden gewogen. In deze paragraaf wordt een maat ontwikkeld voor de totale bewerkelijkheid per leeftijdsklasse.

Bij de ontwikkeling van die maat moesten een aantal beslissingen worden genomen:

- Het aantal assistentecontacten wordt buiten beschouwing gelaten; verondersteld wordt dat dit het aantal huisartscontacten grotendeels zal volgen.
- Geen correctie wordt aangebracht voor de particulieren zonder huisartsverzekering. Deze groep heeft slechts weinig minder contacten en het verschil dat er is zal minstens voor een deel worden veroorzaakt doordat men voor een dergelijke verzekeringsvorm heeft gekozen vanuit de overweging dat men toch minder de huisarts bezoekt. Een eventuele correctie zou overigens nauwelijks enig verschil maken omdat de betreffende groep maar 6% van de patiënten van de huisarts uitmaakt.
- Er wordt geen weging naar contactduur toegepast. In dit onderzoek vonden we iets langere contactduren in de midden-leeftijdsgroepen. Verhaak (1986) vond in onderzoek op basis van video-observaties juist iets langere contactduren bij ouderen. Het verschil in uitkomst kan mogelijk worden verklaard uit selectieve non-respons bij het onderzoek op basis van video-opnames. Niettemin is er op basis van de voorhanden zijnde gegevens onvoldoende aanleiding om ook voor verschillen in contactduur te differentiëren.
- De weging van de soorten contacten (in de praktijk, visite, telefonisch) ten opzichte van elkaar wordt analoog aan de huidige tarieven als volgt vastgesteld: 0,5 contacteenheid voor een telefonisch consult, 1,0 contacteenheid voor een consult in de praktijk en 2,0 contacteenheden voor een visite. De weging van consulten in de praktijk ten opzichte van telefonische consulten vloeit voort uit de geconstateerde verschillen in contactduur. Bij de visites is het lastiger om de juiste verhouding vast te stellen. Kijken we naar netto-contacttijd dan is het verhouding consultduur-visiteduur 1:1,5 (8 versus 12 minuten). We hebben dan echter geen rekening gehouden met de reistijd bij visites. Berekenen we op basis van de dagboeken van de huisartsen de bruto-contacttijd per visite dan komen we uit op 22 minuten, een verhouding van bijna 1:3 dus. Er zou dan gemiddeld per visite 10 minuten reistijd zijn. Als we echter per spreekuurconsult op dezelfde wijze de bruto-

contacttijd vaststellen dan komen we uit op 14 minuten. Een gemiddelde tijd tussen de spreekuurconsulten van zes minuten dus. Verondersteld wordt dat tussen spreekuurcontacten door ook ander werk (dus niet specifiek voor dat consult) wordt gedaan, bijvoorbeeld telefoontjes, overleg met de assistente, administratie en dergelijke. Bij visites is dat veel minder mogelijk en zullen bijvoorbeeld administratieve werkzaamheden pas na het visiterijden worden afgewerkt. Een factor 1,5 is dus te laag, maar een factor 3 te hoog. Daarom wordt hier met de factor 2 een middenweg aangehouden, zoals die ook in de huidige honoreringssystematiek is verwerkt en waar ook in Engeland van uit wordt gegaan (Fleming, 1988).

Tabel 4.3 Clustering van leeftijdsgroepen naar bewerkelijkheid gemeten in contacteenheden per jaar per patiënt (telefonisch contact is half consult en visite is dubbel consult)



De bewerkelijkheidsmaat wordt dus gelijk aan:

$$(\text{aantal praktijkconsulten}) + (0.5 \cdot \text{aantal telefonische consulten}) + (2 \cdot \text{aantal visites})$$

Aldus kon worden vastgesteld dat een patiënt per jaar gemiddeld 3,59 contacteenheden met de huisarts heeft. De verschillen per leeftijdsklasse in aantal contacteenheden zijn weergegeven in tabel 4.3. We zien daarin aanzienlijke variaties tussen de leeftijdscategorieën van 1,64 contacteenheden bij de 10 tot 14-jarigen tot 12,84 contacteenheden bij de

groep van 85 jaar en ouder. Voor een eventuele differentiatie is de indeling te gedetailleerd. Daarom zijn aansluitende leeftijdscategorieën stapsgewijs geclusterd in respectievelijk 6, 4 en 3 clusters. Op elke stap zijn die leeftijdscategorieën, die het minst van elkaar verschillen in bewerkelijkheid geclusterd. We zien dat er op de laatste stap nog aanzienlijke verschillen tussen de clusters blijven bestaan. De 65 tot 74-jarigen hebben meer dan 2 keer zoveel contacteenheden dan de 0-64-jarigen; de groep van 75 jaar en ouder zelfs meer dan 3 keer zo veel. Deze verschillen zijn aanzienlijk groter dan de verschillen tussen de leeftijdsgroepen onder de 65 jaar. Ook de groep van 0-4 jaar steekt qua bewerkelijkheid boven de midden-leeftijdsgroepen uit, zij het veel minder dan de oudere leeftijdsgroepen.

Terzijde zij opgemerkt dat de gevonden bewerkelijkheid per leeftijdsklasse in sterke mate overeenkomt met wat Fleming vond voor de Britse situatie. Hij vond een overall aantal contacteenheden van 3,57, 3,08 contacteenheden bij de 0-64-jarigen, 5,19 contacteenheden voor 65-75 jarigen en 8,02 contacteenheden bij de groep van 75 jaar en ouder.

De groepen boven de 64 en beneden de 5 jaar steken dus zowel qua bewerkelijkheid als qua mate van variatie tussen praktijken boven de andere leeftijdsgroepen uit. Wil een differentiatie zinvol zijn dan is het ook van belang dat deze groepen zorgen voor een aanzienlijk deel van de werklast van de huisarts. Om het aandeel in de totale werklast van de huisarts vast te stellen is daarom berekend hoeveel procent de verschillende leeftijdsgroepen in het totaal aantal contacteenheden dat de huisarts heeft hebben (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4 Aandeel in het totaal aantal contacteenheden per leeftijdsgroep

	% van contacteenheden	% van patiënten
0-4	7	6
5-19	12	20
20-49	38	46
50-64	15	14
65-74	12	7
75 en ouder	16	6

Uit de tabel kan worden opgemaakt dat de leeftijdscategorieën 65-74 jaar en 75 jaar en ouder een substantieel aandeel hebben in de totale werklast van de huisarts. Zo vindt 28% van de contacteenheden van de huisartsen met patiënten van 65 jaar en ouder plaats, terwijl deze groep slechts 13% van de bevolking uitmaakt. Dit geldt veel minder voor de leeftijdsgroep van 0 tot 4 jaar. Deze groep is weliswaar duidelijk meer bewerkelijk dan de groep van 5 tot 64 jaar, maar maakt slechts 7 % van de totale werklast van de huisarts uit.

4.5 Conclusie

De eerste bevinding van dit hoofdstuk is dat er aanzienlijke verschillen zijn in bewerkelijkheid van patiëntencategorieën onderscheiden naar leeftijd en geslacht. Er is echter tussen praktijken weinig variatie in het aandeel vrouwen en bovendien hangt het percentage vrouwen in de praktijk sterk samen met de leeftijdsopbouw. Voor wat betreft de leeftijd steken de 0-4-jarigen maar vooral de 65-74-jarigen en de groep van 75 jaar en ouder qua bewerkelijkheid boven de andere leeftijdscategorieën uit. Met name de beide laatste leeftijdscategorieën maken een substantieel aandeel uit van de werklast van de huisarts (28% terwijl het slechts om 13% van de patiënten gaat).

Al met al kan worden geconcludeerd dat er voldoende aanleiding is om te differentiëren naar leeftijd en wel volgens de verhouding 2,99 contacteenheden voor 0-64-jarigen, 5,89 contacteenheden voor 65 tot 74-jarigen en 9,77 contacteenheden voor de groep van 75 jaar en ouder. Voor een volgens deze verhouding gedifferentieerd tarief zullen in hoofdstuk 5 de consequenties voor de werklast van de huisarts worden doorgerekend.

5 Consequenties van een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief voor de praktijkomzet

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is duidelijk geworden dat het, gezien de bewerkelijkheid van patiëntencategorieën en de variatie tussen huisartspraktijken in het vóórkomen van deze categorieën, de voorkeur verdient een abonnementstarief te differentiëren naar leeftijd van de patiënt. Tevens is in hoofdstuk 4 aangegeven hoe de verhouding zou moeten zijn tussen het tarief voor patiënten jonger dan 65 jaar, patiënten tussen de 65 en 74 jaar en patiënten ouder dan 75. In dit hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de gevolgen die invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief zou hebben voor de omzet van Nederlandse huisartsen. Twee vragen moeten in dit hoofdstuk worden beantwoord:

- 1 leidt een uniform, gedifferentieerd abonnement tot een verbetering van de relatie tussen omzet en werkbelasting;
- 2 zijn er specifieke groepen huisartsen of praktijken aan te wijzen die er bij invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement qua inkomen op vooruit danwel achteruit zullen gaan?

Zoals in hoofdstuk 3 werd aangegeven, zal voor het analyseren van omzetconsequenties gebruik worden gemaakt van gegevens over de bruto praktijkomzet van huisartsen, dat wil zeggen de omzet van de praktijk vóór aftrek van de praktijkkosten. De consequenties voor de omzet zullen worden berekend voor de 102 huisartspraktijken in de Nationale Studie. In paragraaf 5.2. zullen gegevens worden gepresenteerd over de omzet van de 102 praktijken onder het in 1987 geldende honoreringssysteem en de destijds geldende tarieven.

Het totale bedrag dat door alle praktijken samen in 1987 is verdiend, zal vervolgens gelden als het totale beschikbare budget op basis waarvan eerst een uniform abonnementstarief zal worden berekend en vervolgens een tarief gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt (jonger dan 65, 65 tot 74 en 75 en ouder). In paragraaf 5.3. zal daarna aandacht worden besteed aan de relatie tussen praktijkomzet en werkbelasting en in paragraaf 5.4. wordt een eventuele vooruit- of achteruitgang in omzet in verband gebracht met kenmer-

ken van praktijken en hun locatie. Omdat invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement een dubbele verandering van de honorering betreft, wordt zowel bij het bekijken van relaties met werkbelasting als bij het analyseren van omzetveranderingen steeds een duidelijk onderscheid gemaakt tussen effecten die een gevolg zijn van uniformering van de honorering en effecten van de differentiatie naar leeftijd. Bij het analyseren van effecten van uniformering moet worden bedacht dat hierin tevens de afschaffing van de kostenknik is verdisconteerd.

Tabel 5.1 Gemiddelde ziekenfonds-, particuliere en totale omzet in 1987 per praktijk (n= 102) en voor alle praktijken samen

		omzet
gemiddelde ziekenfondsomzet per praktijk 1987	f	202.806
gemiddelde particuliere omzet per praktijk 1987	f	83.161
gemiddelde totale omzet per praktijk 1987	f	285.967
totale omzet van alle praktijken in 1987	f	29.168.592

5.2 Praktijkomzet in 1987 volgens de huidige systematiek, bij een uniform abonnement en na differentiatie van het abonnement

In tabel 5.1 is de gemiddelde en totale omzet van Nationale Studie praktijken in 1987 weergegeven, gebaseerd op de toen geldende tarieven. Onderscheid is gemaakt in de omzet voor ziekenfondspatiënten, waarvoor huisartsen een abonnement ontvangen en de omzet voor particuliere patiënten, waarvoor huisartsen hoofdzakelijk per consult en visite worden betaald. Uit tabel 5.1 blijkt dat de gemiddelde praktijkomzet in 1987 f 285.967 bedroeg. Uit de tabel kan worden afgeleid dat de inkomsten per ziekenfondspatiënt hoger zijn dan per particuliere patiënt: ziekenfondspatiënten vormen gemiddeld 61% van de praktijkpopulatie maar genereren 71% van de totale omzet. De totale omzet van alle praktijken samen bedraagt f 29.168.592 in 1987. Dit bedrag geldt als het budget dat beschikbaar is om de uniforme en gedifferentieerde abonnementsstarieven mee vast te stellen.

Het berekenen van een uniform abonnementsstarief voor ziekenfonds en particuliere patiënten is uiteraard gemakkelijk, namelijk het totale budget gedeeld door het totaal aantal patiënten van de 102 praktijken: $f\ 29.168.592 / 308.304 = f\ 94,61$. Het berekenen van een uniform, gedifferentieerd abonnementsstarief vraagt een iets ingewikkeldere formule. Eerst moet een prijs per contacteenheid worden berekend en vervolgens moet dit bedrag worden vermenigvuldigd met het aantal contacteenheden per leeftijdscategorie om tot een abonnement voor die leeftijdscategorie te komen. De prijs per contacteenheid wordt berekend door het beschikbare budget te delen door het totaal aantal contacteenheden van alle patiënten van de 102 Nationale Studie praktijken. Het totaal aantal contacteenheden kan worden berekend door de contacteenheden per leeftijdscategorie (zie tabel 4.3) te vermenigvuldigen met het aantal patiënten in die leeftijdscategorie en vervolgens

contacteenheden 0-64 jaar	* aantal pat. 0-64: 2.99	* 271.937 =	813.092
contacteenheden 65-74 jaar	* aantal pat. 65-74: 5.89	* 21.065 =	124.073
contacteenheden 74+ jaar	* aantal pat. 74+: 9.77	* 15.302 =	<u>149.501</u>
totaal:			1.086.666

De prijs per contacteenheid bij een uniform, gedifferentieerd abonnement is dan: $f\ 29.168.592 / 1.086.666 = f\ 26,84$. Met behulp van deze prijs per contacteenheid kunnen de abonnementsstarieven per leeftijdscategorie worden berekend. Bijvoorbeeld: het aantal contacteenheden voor de leeftijdscategorie 75 en ouder is 9.77 (zie tabel 4.3). Het abonnementsstarief voor deze groep is dan $9.77 * f\ 26,84 = f\ 262,23$.

Tabel 5.2 Uniforme abonnementsstarieven, gedifferentieerde abonnementsstarieven en uniform, gedifferentieerde abonnementsstarieven, budgettair neutraal berekend ten opzichte van 1987

Leeftijdscategorie	Abonnementstarief		
	Ziekenfonds	Particulier	Uniform
geen	103	81	95
jonger dan 65	86	71	80
65 tot 74	170	140	158
75 en ouder	282	232	262

In tabel 5.2 zijn de abonnementsstarieven ongedifferentieerd en per leeftijdscategorie weergegeven onder zowel een uniform systeem, als uitgesplitst naar ziekenfonds- en particuliere patiënten. In deze tabel is duidelijk te zien dat uniformering van particuliere en ziekenfondstarieven tot een lager abonnementshonorarium leidt dan het huidige ziekenfondsabonnement. Met andere woorden: invoering van een geuniformeerd abonnement voor zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten tot een financiële 'opwaardering' van de particuliere patiënt en een 'devaluatie' van de ziekenfondspatiënt.

Op basis van het uniform tarief van $f\ 94,61$ en met behulp van de uniform, gedifferentieerde tarieven zoals ze in tabel 5.2 (laatste kolom) zijn weergegeven, is opnieuw de omzet per praktijk berekend voor de 102 praktijken in de Nationale Studie. In het vervolg van dit hoofdstuk zal de omzet die gebaseerd is op het uniform tarief worden aangeduid als 'omzet uniform' en de omzet gebaseerd op een differentiatie in drie leeftijdscategorieën (0-64, 65-74 en 75 en ouder) als 'omzet differentiatie'.

Het belangrijkste argument dat steeds gebruikt is bij het bepleiten van invoering van een gedifferentieerd abonnement, is dat dit beter de verschillen in werkbelasting tussen huisartsen zou reflecteren, dan het vlakke abonnement zoals dat voor ziekenfondspatiënten geldt. In hoeverre dit inderdaad het geval is, zal worden nagegaan in de volgende paragraaf 5.3, maar de relatie tussen de praktijkomzet, zowel volgens de oude systematiek als

gebaseerd op een uniform en gedifferentieerd abonnement, zal worden gerelateerd aan de werkbelasting van huisartsen (gemeten in totaal aantal uren per week besteed aan patiënt-gebonden activiteiten).

5.3 Relatie tussen praktijkomzet en werkbelasting

Werkbelasting – indien gemeten in aantal uren per week besteed aan patiëntgebonden activiteiten – hangt positief samen met het aantal in een praktijk ingeschreven patiënten. Uit eerder onderzoek bleek evenwel dat deze relatie niet geheel lineair is: het aantal werkuren per week neemt niet rechtevenredig toe met het aantal ingeschreven patiënten, maar vlakkt af, met name waar het aantal patiënten de 2000 overschrijdt (verg. hoofdstuk 2). Dit heeft waarschijnlijk voor een deel te maken met het feit dat het aantal gewerkte uren gemeten is onder een – voor ziekenfondspatiënten – vlak abonnementstarief. Bij betaling per abonnement, zo werd in hoofdstuk 2 beargumenteerd, zullen huisartsen met een grotere praktijk niet veel meer werken dan huisartsen met een kleine praktijk en zullen de eersten minder tijd per patiënt uittrekken. Hiermee is tevens de belangrijkste tekortkoming aangeduid van de analyses die in dit hoofdstuk zullen worden gedaan: er wordt gekeken naar de relatie tussen het aantal gewerkte uren en de praktijkomzet onder verschillende honoreringssystemen, terwijl het aantal gewerkte uren op zijn beurt weer bepaald is door het honoreringssysteem zoals dat in 1987 gold. Welke gevolgen invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement zal hebben voor het aantal uren dat huisartsen bereid zullen zijn aan patiëntenzorg te besteden, valt niet te voorspellen op basis van de beschikbare gegevens.

Uit eerder onderzoek van Groenewegen et al (1992) bleek dat ook het percentage 75-plussers in een praktijk bijdraagt aan het aantal uren per week besteed aan patiëntenzorg. Omdat onder een gedifferentieerd abonnement ook de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar een verhoogd tarief kent, zal in deze paragraaf worden nagegaan hoe het percentage 65-plussers en het percentage 75-plussers in een praktijk zich verhoudt tot de werkbelasting.

In tabel 5.3 zijn de bivariate correlaties weergegeven tussen de bruto omzet in een praktijk (in 1987, onder een uniform abonnement en onder een uniform, gedifferentieerd abonnement), de werkbelasting, het totaal aantal patiënten, het percentage 65-plussers en het percentage 75-plussers voor solopraktijken. Duo- en groepspraktijken zijn buiten beschouwing gelaten, omdat er door de aggregatie van gegevens op praktijkniveau sprake zou kunnen zijn van een schijnsamenhang tussen werkbelasting en omzet. Geaggregeerd op praktijkniveau, namelijk, hebben groepspraktijken een hoge omzet (namelijk de cumulatieve omzet van drie of vier huisartsen) en tegelijkertijd ook een hoge werkbelasting (namelijk het cumulatief aantal gewerkte uren van drie of vier huisartsen).

Uit tabel 5.3 blijkt dat werkbelasting van solo-huisartsen, gemeten in het aantal uren per week dat huisartsen besteden aan patiëntgebonden activiteiten, inderdaad samenhangt met het aantal ingeschreven patiënten ($r = .41$), met het percentage patiënten in een praktijk dat ouder is dan 65 ($r = .32$) en met het percentage 75-plussers ($r = .34$). Kijkend naar de relatie tussen werkbelasting en omzet, dan blijkt dat de invoering van een uniform abon-

Tabel 5.3 Bivariate correlaties (Pearson's r) en significantie (eenzijdig getoetst, * p kleiner dan .05, ** p kleiner dan .01) tussen werkbelasting, aantal ingeschreven patiënten, percentage 65-plussers, percentage 75-plussers en omzet (volgens de in 1987 geldende honorering, volgens een uniform abonnementstarief en een gedifferentieerd abonnementstarief), berekend voor solopraktijken ($n = 48$)

	aantal in- geschr. pat.	percent. 65-plus	percent. 75-plus	omzet 1987	omzet uniform	omzet diff.
Solopraktijken						
aantal ingeschr. pat.	—					
perc. 65-plussers	-.04	—				
perc. 75-plussers	-.08	.96**	—			
omzet 1987	.94**	.08	.05	—		
omzet uniform	1.00**	-.04	-.08	.94	—	
omzet gedifferentieerd	.96**	.24*	.19*	.93**	.96**	—
werkbelasting	.41**	.32*	.34**	.53**	.41**	.50**

correlatie-coëfficiënt tussen omzet en werkbelasting .53, na invoering van een uniform abonnement daalt de coëfficiënt tot .41.

De correlatie van .53 tussen de omzet in 1987 en de werkbelasting van huisartsen, is voor een belangrijk deel terug te voeren op het feit dat voor particuliere patiënten in de huidige systematiek loon naar werken wordt betaald (via een consult- en visitehonorering). Indien namelijk de omzet in 1987 wordt uitgesplitst naar particuliere omzet en ziekenfondsomzet blijkt alleen de particuliere omzet van solopraktijken significant samen te hangen met de werkbelasting: $r = .61$ ($p = .00$).² Door differentiatie van het abonnement naar leeftijdscategorie krijgen het percentage 65-plussers en het percentage 75-plussers in een praktijk een grotere invloed op de hoogte van de praktijkomzet. Mede daardoor blijkt differentiatie naar leeftijd het verlies aan samenhang dat wordt veroorzaakt door uniformering, weer voor het grootste deel goed te maken: de correlatie-coëfficiënt tussen omzet en werkbelasting stijgt door differentiatie van het abonnement weer tot .50.

Concluderend kan worden gesteld, dat invoering van een uniform abonnementstarief de relatie tussen omzet en werkbelasting verzwakt, doordat juist de component van de honorering die redelijk hoog correleert met werkbelasting (de honorering voor particuliere patiënten) wordt omgevormd tot een vlak abonnement zonder correctie voor verschillen in bewerkelijkheid van patiënten. Indien gekozen wordt voor een uniforme honorering van huisartsen op abonnementsbasis, dan verdient het vanuit rechtvaardigheidsoverwegingen de voorkeur het abonnementstarief te differentiëren naar leeftijd van de patiënt. Op die manier kan in ieder geval het verlies aan 'loon naar werken' dat ontstaat door uniformering, weer worden goedge maakt.

2. De correlatie tussen ziekenfondsomzet en werkbelasting is .21 en is (net) niet significant ($p = .07$).

5.4 Voor- en achteruitgang van de omzet naar praktijkenmerken

De tweede vraag die in dit hoofdstuk aan de orde komt is: zijn er specifieke groepen huisartsen of praktijken aan te wijzen die er bij invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement op vooruit dan wel achteruit zullen gaan? Eerst zal daarom worden nagegaan in welke mate huisartspraktijken een voor- of achteruitgang zullen ervaren in hun omzet. Tevens zullen deze veranderingen in omzet in verband worden gebracht met kenmerken van praktijken en hun locatie. Daarbij zal worden gekeken naar het percentage ouderen (65-plussers) in een praktijk, het percentage ziekenfondsverzekerden, de praktijkvorm van huisartsen en urbanisatiegraad.

Doordat de tarieven voor een uniform en gedifferentieerd abonnement budgettair neutraal zijn berekend, zal het gemiddelde praktijkinkomen van alle 102 praktijken gelijk blijven. Sommige praktijken zullen er echter vrij fors op vooruit of achteruit gaan, zoals te zien is in tabel 5.4. Invoering van een uniform abonnement leidt tot een maximale achteruitgang van f 61.695 en tot een maximale vooruitgang van f 51.487, differentiatie van het abonnement heeft een maximale achteruitgang van f 48.966 en een maximale vooruitgang van f 61.854 tot gevolg. Uitgedrukt in percentages van de praktijkomzet in 1987 kunnen praktijken er maximaal 17% op achteruit gaan door uniformering (19% door differentiatie) en er maximaal 16% op vooruit gaan (22% door differentiatie).

Tabel 5.4 Maximale achteruitgang en vooruitgang in de totale omzet van praktijken door uniformering en differentiatie van het abonnement: uitgedrukt in guldens en in percentages van de omzet onder de in 1987 geldende honorering (n=102)

Bij invoering van:	maximale achteruitgang		maximale vooruitgang	
	in gld.	in %	in gld.	in %
uniform abonnement	-61.695	-17	51.487	16
gedifferentieerd abonnement	-48.966	-19	61.854	22

In welke mate hangt die vooruitgang of achteruitgang nu samen met kenmerken van praktijken? In de tabellen 5.5 en 5.6 zijn de verschillen in omzet weergegeven naar kenmerken van praktijken en hun locatie. De verschillen in omzet worden geclusterd in de volgende categorieën: achteruitgang van meer dan 6%, 6 tot 1,5% achteruitgang, 1,5% achteruitgang tot 1,5% vooruitgang, 1,5 tot 6% vooruitgang en een vooruitgang van meer dan 6%. Het percentage 65-plussers wordt weergegeven in de categorieën minder dan 10% van de praktijkpopulatie, 10 tot 15% en meer dan 15% van de praktijkpopulatie. Het percentage ziekenfondsverzekerden wordt samengevoegd tot de categorieën: minder dan 55%, 55 tot 65% en meer dan 65% van de praktijkpopulatie.

Tabel 5.5 Percentage praktijken (n=102) naar praktijkkenmerken en veranderingen in omzet per praktijk ten gevolge van invoering van een uniform abonnementsstarief

praktijkkenmerken	percentage verandering in praktijkomzet				
	≤-6	-6 tot -1.5	-1.5 tot 1.5	1.5 tot 6	≥6
percentage 65-plussers					
minder dan 10 (n=33)	15	9	15	30	30
10 tot 15% (n=39)	5	36	21	15	23
meer dan 15% (n=30)	47	20	7	7	20
percentage ziekenfondsverzekerden					
minder dan 55% (n=30)	30	20	3	17	30
55 tot 65% (n=30)	17	20	17	20	27
meer dan 65% (n=42)	17	26	21	17	19
praktijkvorm					
solo (n=51)	29	14	16	18	24
duo (n=32)	16	41	9	16	19
groep (n=10)	—	20	30	30	20
gezondheidscentrum (n=9)	11	11	11	11	56
urbanisatiegraad					
ruraal (n=39)	13	31	18	18	21
suburbaan (n=35)	26	17	14	23	20
urbaan (n=20)	25	20	10	15	30
grote stad (n=8)	25	13	13	—	50
totaal (n=102)	21	23	15	18	25

Uit tabel 5.5 blijkt dat invoering van een uniform abonnementsstarief praktijken met een hoog percentage 65-plussers benadeelt: 67% van de praktijken met meer dan 15% 65-plussers gaat er minimaal 1,5% op achteruit, tegen 24% van de praktijken met minder dan 10% 65-plussers. Uniformering lijkt verder in het nadeel te werken van praktijken met een laag percentage ziekenfondsverzekerden (dat wil zeggen, minder dan 55%), terwijl vooral huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra voordeel lijken te ondervinden van uniformering van de honorering. Wanneer echter de hier gepresenteerde verschillen worden getoetst volgens de in hoofdstuk 3 beschreven methoden, dan blijkt alleen het percentage 65-plussers significant samen te hangen met veranderingen in de praktijkomzet. Naarmate het percentage 65-plussers in een praktijk groter is, gaat de omzet sterker achteruit door invoering van een uniform abonnement ($r = -0.36$, $p = .00$): uniformering werkt dus inderdaad in het nadeel van praktijken met veel ouderen.

Wanneer het abonnement gedifferentieerd zou worden naar leeftijd van de patiënt, treedt een ander beeld op. Differentiatie van het abonnement werkt, zoals te zien is in de tabellen 5.6 in het voordeel van de praktijken met veel ouderen: naarmate een praktijk een hoger percentage 65-plussers heeft, neemt de praktijkomzet meer toe ($r = .53$, $p = .00$). Differentiatie lijkt verder solopraktijken en praktijken in de grote steden te bevoordelen. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Ook bestaat geen significante samenhang tussen de verandering in omzet onder een gedifferentieerd abonnement en het percentage ziekenfondsverzekerden op het totaal van de praktijkpopulatie. In het licht van de resultaten die eerder in dit hoofdstuk aan bod kwamen, verdient dit enige uitleg. Uit tabel 5.2 bleek dat invoering van een uniform abonnement, ook na differentiatie voor leeftijd, leidde tot een opwaardering (in financiële zin) van de particuliere patiënt. Toch gaan praktijken met veel ziekenfondspatiënten er

Tabel 5.6 Percentage praktijken (n=102) naar praktijkkenmerken en veranderingen in omzet per praktijk ten gevolge van invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnementstarief

	percentage verandering in praktijkomzet				
	≤-6	-6 tot -1.5	-1.5 tot 1.5	1.5 tot 6	≥6
praktijkkenmerken					
percentage 65-plussers					
minder dan 10 (n=33)	33	30	18	15	3
10 tot 15% (n=39)	10	28	15	26	21
meer dan 15% (n=30)	7	17	20	10	47
percentage ziekenfondsverzekerden					
minder dan 55% (n=30)	23	23	13	13	27
55 tot 65% (n=30)	10	27	27	17	20
meer dan 65% (n=42)	17	26	14	21	21
praktijkvorm					
solo (n=51)	18	10	18	22	33
duo (n=32)	25	31	16	16	13
groep (n=10)	—	50	30	10	10
gezondheidscentrum (n=9)	—	67	11	11	11
urbanisatiegraad					
ruraal (n=39)	15	23	23	21	18
suburbaan (n=35)	14	40	11	17	17
urbaan (n=20)	30	10	20	10	30
grote stad (n=8)	—	13	13	25	50
totaal (n=102)	17	25	18	18	23

niet onevenredig veel op achteruit door invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement. Dat heeft te maken met het wegvallen van de kostenknik bij 1,600 ziekenfondsverzekerden. Het volledige abonnement voor ziekenfondsverzekerden bedroeg weliswaar f 103 in 1987. Vanaf 1,600 patiënten echter werden praktijkkosten niet meer vergoed en daalde het abonnementsstarief naar f 61. Naarmate een praktijk dus een hoger percentage ziekenfondsverzekerden heeft, neemt de gemiddelde omzet per ziekenfondspatiënt af en kan de praktijk profiteren van de invoering van een abonnement waarvan de vergoeding voor praktijkkosten een integraal deel uit maakt. Omgekeerd gaan praktijken met relatief veel particulier verzekerden er niet onevenredig op vooruit door invoering van een uniform, gedifferentieerd tarief. Dit komt deels doordat praktijken met een hoog percentage particulier verzekerden ook een hoog percentage ouderen hebben, die door hun hoge contactfrequentie dus ook onder de huidige systematiek voor een hoge omzet zorgen.

Al met al kan worden geconcludeerd dat invoering van een uniform, gedifferentieerd abonnement geen significante, ongewenste verschuivingen in de omzet van huisartspraktijken tot gevolg heeft. De enige significante verschuiving vindt plaats daar waar dat gewenst is: praktijken met een verhoudingsgewijs hoog percentage ouderen gaan er in omzet op vooruit, praktijken met een laag percentage ouderen gaan er op achteruit.

5.5 Conclusie

In hoofdstuk 4 werd geconcludeerd dat de verschillen in bewerkelijkheid van patiëntencategorieën en de variatie tussen huisartspraktijken in het vóórkomen van deze categorieën, het gebruik van een naar leeftijd gedifferentieerd abonnement rechtvaardigen. De resultaten die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd, onderbouwen die conclusie in zoverre dat gebleken is dat het percentage ouderen in een praktijk inderdaad samenhangt met de werkbelasting van huisartsen en dat differentiatie van het abonnement naar leeftijd praktijken met veel ouderen bevoordeelt. De relaties tussen verschuiving in omzet en andere praktijkkenmerken zijn niet significant.

Hoewel dus niet significant, werkt door het loslaten van de kostenknik het uniform, gedifferentieerd abonnement ten nadele van meermanspraktijken en ten gunste van solo-praktijken. Vanuit het gezichtspunt van de stimulering van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen is het bij de verdere uitwerking van een nieuw honoreringssysteem van belang met de mogelijkheid van deze onbedoelde consequentie rekening te houden. Zoals gezegd is er ook geen significante verschuiving voor praktijken die in meer of minder verstedelijkte gebieden gevestigd zijn. Wel is het zo dat van het geringe aantal praktijken dat in de drie grote steden is gevestigd er slechts één omzetverlies lijdt.

Met enige voorzichtigheid moet echter ook worden geconcludeerd, dat een uniform, gedifferentieerd abonnement niet beter corrigeert voor verschillen in werkbelasting dan de huidige honoreringssystematiek. Dat komt doordat in de huidige situatie voor particuliere patiënten een vrij sterke relatie bestaat tussen omzet en werkbelasting. Het uniformeren van de honorering door ook voor particuliere patiënten een abonnement in te voeren, leidt ertoe dat minder 'loon naar werken' wordt betaald. Deze vermindering kan vervolgens weer worden 'goedgemaakt' door het abonnement te differentiëren, maar tot een betere samenhang met werkbelasting dan onder de huidige systematiek komt het

daarbij niet. Zoals echter eerder in dit hoofdstuk werd uitgelegd, is het op basis van de beschikbare gegevens moeilijk om de relatie omzet-werkbelasting zuiver te meten, omdat het uren dat huisartsen hebben besteed aan patiëntgebonden activiteiten deels bepaald is door het honoreringssysteem zoals dat in 1987 gold.

Functiegebonden opslagen en regionale differentiatie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de derde vraag die in de inleiding is gesteld. De Commissie Modernisering Curatieve Zorg stelt voor dat 80% van het inkomen van huisartsen afkomstig is uit gedifferentieerde abonnementshonoraria. De resterende 20% zou mogelijk kunnen worden ingevuld door functiegebonden opslagen, afhankelijk van de uitvoering van activiteiten die in onderling overleg tussen huisartsen en zorgverzekeraars worden afgesproken. Dit veronderstelt overigens wel dat zorgverzekeraars regio-gericht werken. Verder zou ook gekeken moeten worden naar de noodzaak en mogelijkheden van een regionale differentiatie in de honorering om tegemoet te komen aan de specifieke grote-stadsproblematiek. Op deze onderwerpen zal in dit hoofdstuk nader worden ingegaan. Het karakter van dit hoofdstuk verschilt van de beide voorafgaande. In hoofdstuk 4 en 5 konden concrete berekeningen worden gemaakt van een naar leeftijd gedifferentieerd abonnement en de inkomensgevolgen daarvan. Het onderhavige hoofdstuk is minder concreet en heeft een meer beschouwend karakter.

6.1 De mogelijkheid van functiegebonden opslagen

De achtergrond van functiegebonden opslagen is dat daardoor huisartsen worden gestimuleerd om bepaalde brede groepen van functies uit te voeren zonder dat specifieke nadelen van honorering per verrichting optreden, in de vorm van onnodige verrichtingen en kosten van administratie en controle. Functiegebonden opslagen zouden zodanig moeten worden vormgegeven dat de uitvoering ervan door huisartsen op globaal niveau toetsbaar is zonder dat specifieke verrichtingen moeten worden geadministreerd. Als noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde daarvoor noemt de commissie dat huisartsen alvorens in aanmerking te komen voor een opslag een certificaat moeten hebben behaald op het terrein dat door de functie wordt bestreken. De voorbeelden die in hoofdstuk 2 zijn genoemd, laten zien dat er ook andere mogelijkheden en combinaties denkbaar zijn: de deelname aan specifieke activiteiten, zoals farmacotherapeutisch overleg, en externe doelstellingen op het niveau van de praktijkpopulatie, zoals in de opslag voor de uitvoering van preventieve activiteiten voor de Britse huisarts.

De volgende toetsingsmogelijkheden voor de toekenning van functiegebonden opslagen zijn denkbaar:

- het behaald hebben van een certificaat;
- de deelname aan specifieke activiteiten;
- het beschikken over bepaalde onderdelen van praktijkuitrusting;
- het realiseren van bepaalde doelstellingen op het niveau van de praktijkpopulatie;
- het realiseren van bepaalde doelstellingen op het niveau van omvang of kosten van de zorg.

De praktische mogelijkheden om functiegebonden toeslagen te toetsen zullen toenemen met de voortgaande automatisering van de huisartspraktijk. Aan het einde van de volgende paragraaf zal daarop nog worden teruggekomen.

Op het gebied van diagnostische activiteiten van huisartsen zou bij de diagnostiek die in de eigen praktijk wordt uitgevoerd gedacht kunnen worden aan een combinatie van het behaald hebben van een certificaat en het beschikken over bepaalde uitrusting, bijvoorbeeld op het gebied van oogheelkundige diagnostiek of audiometrie. Wat betreft de diagnostiek die extern wordt aangevraagd, kan gedacht worden aan het realiseren van volume- of kostendoelstellingen; een vorm van budgetafspraken.

Wat betreft behandeling in de praktijk zou gedacht kunnen worden aan medisch-technische verrichtingen en EHBO. Als toetsingsmogelijkheden komen het behaald hebben van een certificaat en het beschikken over bepaalde praktijkuitrusting in aanmerking. Een probleem dat zich met name bij EHBO voordoet, is dat patiënten geneigd zijn met voorbijgaan aan de huisarts rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan. Certificering en praktijkuitrusting scheppen dan wel de mogelijkheid voor huisartsen om een dergelijke functie kwalitatief goed uit te voeren, maar de mate waarin er in de praktijk uitvoering aan kan worden gegeven, hangt mede van externe omstandigheden af.

Op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen is eerder al gewezen op de bestaande vergoeding voor deelname aan FTO. Daarnaast zijn op dit gebied toetsingsmogelijkheden in de vorm van doelstellingen met betrekking tot volume of kosten mogelijk of de mate waarin een overeengekomen formularium wordt gehanteerd.

Analoog aan de vergoeding voor deelname aan FTO zou op het gebied van verwijzen gedacht kunnen worden aan het opzetten van gestructureerd overleg tussen huisartsen en specialisten. Ook aan de kant van de honorering van specialisten zou deze mogelijkheid kunnen worden ingebouwd. Op het moment dat de prikkels in de honorering van specialisten zijn veranderd en een dergelijk gestructureerd overleg tussen huisartsen en specialisten in de praktijk blijkt te werken, zouden doelstellingen met betrekking tot volume of kosten kunnen worden toegevoegd.

Op het gebied van de preventie, ten slotte, zou nagegaan kunnen worden of een systeem dat vergelijkbaar is met het Britse toepasbaar is in de Nederlandse situatie. Doelstellingen op het niveau van de praktijkpopulatie, bijvoorbeeld met betrekking tot de vaccinatie-

graad of het bereik van screening, vereisen wel een daarop toegesneden administratie. Verder doet zich hier een probleem voor dat enigszins vergelijkbaar is met de situatie bij EHBO. Onder sommige omstandigheden is het gemakkelijker om doelstellingen met betrekking tot preventie te bereiken dan onder andere. Uit Nederlands onderzoek in de huisartspraktijk is gebleken dat hoger opgeleide patiënten vaker zelf het initiatief nemen tot contact met de huisarts ten behoeve van preventieve activiteiten (Verhaak et al, 1991), terwijl Engels onderzoek laat zien dat doelstellingen met betrekking tot preventie in praktijkpopulaties in sociale-achterstandsgebieden moeilijker te realiseren zijn (Jarman et al, 1988). Doordat het de bedoeling is dat functiegebonden opslagen tot stand komen in onderling overleg tussen huisartsen en zorgverzekeraars, is het denkbaar dat voor deze problemen op de lokale situatie toegesneden oplossingen worden gevonden.

6.2 Specifieke opslagen voor praktijken in gedepriveerde gebieden

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat de werkbelasting van huisartsen in grote-stadspraktijken hoger lijkt te zijn dan van andere huisartsen door een cumulatie van bewerkelijke categorieën patiënten in de praktijkpopulatie. Gegeven de huidige stand van het onderzoek is het moeilijk een antwoord te geven op de vraag hoeveel hoger de werkbelasting van stedelijke huisartsen is en in hoeverre het nodig is een hogere werkbelasting te compenseren door een hogere beloning. Galesloot en Bles (1993) laten in een rekenvoorbeeld zien dat het huidige honoreringssysteem ongunstig uitvalt in grote-stadspraktijken met een hoog percentage ziekenfondspatiënten en een hoge contactfrequentie, doordat het aantal patiënten boven de kostenknik (die bij 1600 ziekenfondspatiënten ligt) relatief groot is in deze praktijken. Uit hoofdstuk 5 komt naar voren dat differentiatie van het abonnementstarief naar leeftijd over het geheel genomen niet tot significante verschillen in inkomensvoortgang of -achtergang leidt voor verschillende categorieën van stedelijkheid. Wel is het zo dat toepassing van het gedifferentieerd, uniform abonnement voor het – beperkte – aantal praktijken in de drie grote steden in één enkel geval leidt tot inkomensachteruitgang en in driekwart van de gevallen tot inkomensvoortgang. De vraag of deze voortgang voldoende compensatie biedt voor verschillen in werkbelasting, valt niet te beantwoorden. Wel kan de vraag gesteld worden hoe een systeem van opslagen eruit zou moeten zien, indien verdere compensatie van grote-stadspraktijken nodig geacht wordt.

Om die vraag te beantwoorden gaan we te rade bij de Engelse gezondheidszorg, waarin sinds het huisartsencontract van april 1990 opslagen zijn opgenomen voor praktijken in 'gedepriveerde gebieden'. Deze opslagen zijn gebaseerd op de zogeheten Jarman-index of UPA (underprivileged area)-index die al in het begin van de jaren '80 is ontwikkeld (Jarman, 1983) op grond van onderzoek naar de situatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in de Londense binnenstad.

De UPA-index is tot stand gekomen door een survey onder Engelse huisartsen, waarin gevraagd werd sociaal-demografische en -economische kenmerken van bevolkingsgroepen aan te geven die samengaan met een hogere werkbelasting in de huisartspraktijk. Tevens werd gevraagd het relatieve belang van deze kenmerken aan te geven. Na statistische bewerking en weging voor het belang dat huisartsen aan kenmerken toekenden, is een samengestelde score berekend, gebaseerd op 10 kenmerken. Deze kenmerken zijn: bevol-

king jonger dan vijf jaar, werklozen, mensen uit etnische minderheden, een-oudergezin-
nen, alleenwonende ouderen, bewoningsdichtheid, lagere sociale klassen, mobiliteit. Op
basis van volkstellingsgegevens kan de UPA-index berekend worden voor verschillende
geografische schaalniveau's (Jarman, 1983).

De validiteit van de UPA-index is door verschillende onderzoekers vanuit verschillende
gezichtspunten benaderd. Jarman zelf (1984) heeft 'Family Practitioner Committees' con-
tourekaarten van hun regio laten arceren in drie categorieën: gedepriveerd, middelmatig
en niet-gedepriveerd en het resultaat vergeleken met de UPA-index. Beide bleken zeer
sterk overeen te komen. Externe validering aan indicatoren van sterfte en morbiditeit laat
positieve correlaties zien: in meer gedepriveerde gebieden volgens de UPA-index zijn
sterfte en morbiditeit (op een aantal geselecteerde gebieden) hoger (Charlton & Lakhari,
1985; Leavy & Wood, 1985). Echter, er werd door Leavy en Wood (1985) voor het
gebied rond Manchester niet de verwachte positieve relatie tussen UPA-index en werkbe-
lasting van huisartsen gevonden. Huisartsen in de gedepriveerde gebieden hadden wat
minder patiënt-contacten, werkten minder uren, en voelden zich minder vaak overbelast
dan huisartsen in minder gedepriveerde gebieden. Curtis (1990) daarentegen vond in een
analyse van survey-gegevens onder de bevolking een slechtere ervaren gezondheid en
meer contacten met de huisarts voor mensen die in meer gedepriveerde gebieden wonen.

De UPA-index was oorspronkelijk niet bedoeld om te gebruiken voor de honorering van
huisartsen. In de voorstellen van een nieuwe overeenkomst met de huisartsen in 1989
was echter een toeslag opgenomen voor gedepriveerde gebieden op basis van de UPA-
index. In de overeenkomst die in april 1990 van kracht werd, is een toeslag opgenomen
voor elke patiënt die in een kiesdistrict woont met een UPA-score van ≥ 30 . De toeslagen
zijn in drie oplopende categorieën vastgesteld: £ 4.90 (voor UPA-scores van 30-39),
£6.40 (voor scores van 40-49) en £ 8.50 (voor scores boven 50).

Vanaf het moment dat de UPA-index gebruikt ging worden voor de honorering kwam
ook de kritiek erop los en kwam er meer aandacht voor alternatieven. De fundamentele
kritiek (Carr-Hill & Sheldon, 1991) is dat de beleidsdoelstelling waarvoor de index wordt
gebruikt niet helder is (gaat het om het meten van sociale deprivatie van de bevolking of
om het corrigeren van de relatie werkbelasting-inkomen van huisartsen?), dat de samen-
stellende kenmerken van de index eerder gekozen zijn vanwege het gemak waarmee ze te
meten zijn dan vanwege de relatie met werkbelasting van huisartsen, dat de statistisch-
technische constructie van de index onduidelijk is, en dat werking van de index in de
praktijk niet is geëvalueerd. Andere punten van kritiek die ook voor de Nederlandse situ-
atie relevant kunnen zijn, zijn (Delamothe, 1990; Talbot, 1991) dat de gegevens die voor
het berekenen van de index worden gebruikt, gemakkelijk actueel gehouden moeten kun-
nen worden (de Engelse volkstellingsgegevens voldoen daar niet aan) en dat de geografi-
sche indeling die wordt gebruikt niet te grof of variabel naar omvang moet zijn. Ten slot-
te is erop gewezen dat de index alleen gebaseerd is op sociaal-demografische en -econo-
mische kenmerken van de bevolking en daardoor de aandacht afleidt van problemen rond
een gebrekkig voorzieningenniveau en een slecht functionerende voorzieningenstructuur.

De alternatieven die zijn voorgesteld, gaan in twee richtingen: een index die gebaseerd is op materiële deprivatie en een index die gebaseerd is op verschillen in contactfrequentie met de huisarts. De eerste betreft een index die gebaseerd is op materiële deprivatie en die blijkt samen te hangen met regionale gezondheidsverschillen. De index bestaat uit de ongewogen som van gestandaardiseerde scores voor: percentage werklozen, percentage huizen dat niet in eigendom is van de bewoners, percentage huishoudens zonder auto, en bewoningsdichtheid (Townsend et al, 1988; Hutchinson et al, 1989). Over het geheel genomen komt deze materiële deprivatie index goed overeen met de UPA-index, maar hij bevoordeelt Londense praktijken minder.

Het tweede alternatief is gebaseerd op analyses van de General Household Survey (vergelijkbaar met de permanente Gezondheidsenquête van het CBS). De index wordt afgeleid uit het verschil tussen het verwachte aantal huisartscontacten op basis van leeftijd en geslacht van de bewoners van een gebied en het verwachte aantal huisartscontacten indien ook rekening wordt gehouden met de invloed van een aantal (betrekkelijk willekeurig gekozen) sociaal-demografische en -economische kenmerken (Balarajan et al, 1992).

De problemen die zijn geconstateerd naar aanleiding van het gebruik van de UPA-index worden door deze alternatieven slechts zeer gedeeltelijk opgelost.

Wat zijn nu de mogelijkheden en problemen van de toepassing van een soortgelijke opslag op het abonnementshonorarium voor de Nederlands situatie?

Gegevens over de precieze woonplaats van patiënten zijn bekend uit de administratie van zorgverzekeraars -in ieder geval voor ziekenfondspatiënten en gezien de recente UVO (uitkomst van overleg of raamovereenkomst) tussen LHV en zorgverzekeraars over inschrijving op naam binnenkort ook voor de particuliere zorgverzekeraars. Een belangrijke beperking is de beschikbaarheid van relevante bevolkingsgegevens op wijk- en buurt-niveau. Sinds 1971 is er in Nederland geen volkstelling meer gehouden. Dat betekent dat de berekening van een sociale achterstands-index voor kleinschalige geografische eenheden en voor heel Nederland niet meer mogelijk is. De grote steden beschikken wel over statistische gegevens op wijk- en buurniveau. In het onderhavige onderzoek kan echter niet worden nagegaan voor welke steden dit geldt en in hoeverre de geografische eenheden en de soort gegevens vergelijkbaar zijn. Beperking van een opslag tot huisartsen die praktiseren in plaatsen waar de benodigde bevolkingsgegevens beschikbaar zijn, is in strijd met het gelijkheidsbeginsel.

Een probleem dat in de Engelse literatuur niet aan de orde is geweest, maar dat wel aandacht verdient, is dat opslagen op het abonnement voor individuele patiënten worden gebaseerd op kenmerken van de woonomgeving van de patiënt. Dit veronderstelt grote homogeniteit van woonbuurten. In de praktijk zal niet iedereen die in een achterstandswijk woont, behoren tot een achterstandscategorie.

Naast een opslag op het abonnementshonorarium kan gedacht worden aan twee alternatieven voor de Nederlandse situatie die ook aangedragen zijn in Verheij et al (1992) en die deels voortbouwen op andere punten van kritiek op de UPA-index (indirecte relatie met werkbelasting en te weinig aandacht voor gebrekking voorzieningenniveau en slecht functionerende voorzieningenstructuur).

Het eerste alternatief zou zijn de combinatie van een basisabonnements- honorarium gecombineerd met honorering per consult en visite. Voor zover de werkbelasting in grote-stadspraktijken veroorzaakt wordt door een hogere contactfrequentie zou die door een dergelijk systeem worden gecompenseerd. Er is echter ook sprake van verschil in gemiddelde consultduur die hierdoor niet wordt gecompenseerd.

Het tweede alternatief richt zich op het voorzieningenniveau en de voorzieningenstructuur. Verheij et al (1992) suggereren in dit verband ondersteuning in de kostensfeer, zoals geoommerkte bedragen voor extra ondersteuning in de vorm van praktijkassistentie, verandering van de organisatie van de 24-uursbereikbaarheid in grote steden en betere structurering van het netwerk van voorzieningen door versterking van huisartsengroepen, meer praktijkgebonden werken door de wijkverpleging en een zekere regionalisering van op grotere schaal werkende voorzieningen. In een dergelijk beleid past ook de stimulering van groepspraktijken.

Het eerste alternatief vereist een geheel andere opzet van de honorering dan door de Commissie Modernisering Curatieve Zorg is voorgesteld en in de vorige hoofdstukken is doorgerekend. Het tweede alternatief sluit daarop meer aan in die zin dat in overleg met zorgverzekeraars de ruimte voor functie-gebonden opslagen deels zou kunnen worden benut om de structuur van de voorziening huisartsgeneeskunde in stedelijke gebieden te versterken.

Ten slotte zou de voortgaande automatisering van huisartspraktijken en met name het gebruik van de medische module in de toekomst zowel bruikbaar kunnen zijn voor de toetsing van functiegebonden opslagen als voor een systeem van regionale differentiatie. Bij volledige automatisering zou het mogelijk moeten zijn 'praktijkjaarsverslagen' te produceren. Daarmee zou de uitvoering van een aantal specifieke functies kunnen worden aangetoond, maar ook het beslag dat op de praktijk wordt gelegd door specifieke groepen patiënten, bijvoorbeeld bepaalde categorieën chronisch zieken. Voor zover dit laatste neer komt op het geautomatiseerd turven van aantallen contacten en visites, moet men zich wel afvragen of deze dan niet net zo goed rechtstreeks gehonoreerd kunnen worden.

Dat het in de toekomst mogelijk is om de benodigde informatie voor functiegebonden opslagen en regionale differentiatie (voor een deel) te ontleen aan geautomatiseerde praktijkbestanden, wil nog niet zeggen dat het ook in de praktijk realiseerbaar zal blijken. De ervaringen met het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (Van der Velden et al, 1993) laten zien dat er grote belangstelling is bij huisartsen om mee te werken aan een systeem van globale monitoring van het werk van huisartsen. Rechtstreeks gebruik van geautomatiseerde praktijkbestanden ten behoeve van de vaststelling van de honorering zou echter op weerstanden kunnen stuiten.

6.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is een aantal eerste gedachten geformuleerd over de mogelijkheden van functiegebonden opslagen en regionale differentiatie. Wat betreft functiegebonden opslagen is uitgegaan van globale categorieën van huisartsgeneeskundig handelen; diagnostiek, behandeling, verwijzen en preventie. Deze categorieën zijn bewust zo globaal gekozen. Wanneer specifiekere categorieën worden gekozen, is de relatie tussen de omvang van de uit te voeren werkzaamheden en de beloning een probleem. Verder kan binnen een globale groep activiteiten wel (tijdelijk) de nadruk op specifieke onderwerpen liggen, zoals in de praktijk ook het geval is bij het farmacotherapeutisch overleg. Voor deze globale categorieën is een aantal (combinaties van) toetsingsmogelijkheden aangegeven. Bij de uitvoering van functiegebonden opslagen zal verdere automatisering van de huisartspraktijk behulpzaam kunnen zijn.

Wat betreft regionale differentiatie in de honorering om de relatie tussen werkbelasting en beloning voor praktijken in sociale achterstandsgebieden te verbeteren, geldt dat de toeslag die in het Verenigd Koninkrijk wordt gehanteerd in de Nederlandse situatie niet uitvoerbaar is. Afgezien daarvan is er ook in het VK kritiek uitgeoefend op het gebruik van de deprivatie-index. Bij een verdere evaluatie van een uniform, gedifferentieerd abonnement in combinatie met functiegebonden opslagen moet aandacht worden besteed aan de specifieke positie van groot-stedelijke praktijken. Daarbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre afschaffing van de kostenknik en differentiatie van het abonnement naar leeftijd de relatie tussen werkbelasting en beloning voor deze praktijken verbetert.

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg heeft het NIVEL opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de vormgeving van de honorering van huisartsen. De gedachten van de Commissie gaan uit naar:

- een uniforme honorering van ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten,
- een honorering met een abonnementskarakter, dat rekening houdt met verschillen in bewerkelijkheid van categorieën patiënten,
- de mogelijkheid van functiegebonden opslagen, afhankelijk van de uitvoering van activiteiten die in onderling overleg tussen aanbieders en zorgverzekeraars worden afgesproken,
- indien de noodzaak daarvoor aanwezig is, een regionale differentiatie in de honorering om tegemoet te komen aan de specifieke grote-stadsproblematiek.

In dit rapport is onderzocht of er eenvoudig te identificeren categorieën patiënten zijn die een groter beroep doen op de huisarts en in hoeverre de omvang van deze categorieën tussen huisartspraktijken verschilt. Op grond daarvan kan de vraag worden beantwoord of het in principe zinvol is om te komen tot een gedifferentieerd abonnementshonorarium. Vervolgens is berekend hoe een differentiatie naar leeftijd eruit kan zien en wat de consequenties zijn van een uniform, gedifferentieerd abonnement voor de omzet van huisartsen. Ten slotte is aandacht besteed aan de mogelijkheden van functiegebonden opslagen en regionale differentiatie.

Voor de beantwoording van de vragen rond het uniform, gedifferentieerd abonnement kon gebruik worden gemaakt van de gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, zodat een kwantitatieve onderbouwing mogelijk is. Eens te meer blijkt hieruit het belang van een goede informatievoorziening omtrent de huisartspraktijk voor beleidsvoorbereiding en -ondersteuning.

De honorering van Nederlandse huisartsen staat – al of niet in relatie tot de honorering van specialisten – al langere tijd ter discussie. Uniformering van de honorering door afschaffing van het onderscheid in honorering voor ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten heeft een breed draagvlak. Over de preciese invulling van de honorering is

meer discussie. Dat huisartsen ook in de toekomst voor een belangrijk deel betaald zullen worden per abonnement staat wel vast, maar hoe het resterende deel van het honorarium moet worden vormgegeven is minder duidelijk. De Commissie Modernisering Curatieve Zorg stelt een systeem van functiegebonden opslagen voor zonder vergoeding voor afzonderlijke verrichtingen. De Landelijke Huisartsen Vereniging stelt een vergoeding per consult en visite voor. Verschillen in bewerkelijkheid van patiëntencategorieën zouden in het voorstel van de Commissie gecompenseerd kunnen worden door differentiatie van het abonnementsdeel, terwijl ze in het voorstel van de LHV worden gecompenseerd door de vergoeding per consult en visite.

Over de sturende werking van functiegebonden opslagen op het gedrag van huisartsen valt nauwelijks iets te zeggen door een gebrek aan ervaring met dergelijke systemen. In het Verenigd Koninkrijk waar sinds kort gewerkt wordt met functiegebonden opslagen voor preventieve activiteiten voor huisartsen, gekoppeld aan het bereiken van externe doelstellingen, zijn nog geen publicaties gevonden over de effecten.

De noodzaak van een differentiatie van het abonnementshonorarium voor huisartsen hangt af van het antwoord op twee vragen: zijn er categorieën patiënten die duidelijk een hoger beslag leggen op de zorgcapaciteit en verschilt het vóórkomen van deze categorieën tussen praktijken? Uit onderzoek is bekend dat er verschillen bestaan in bewerkelijkheid tussen patiëntencategorieën met verschillende sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken. Van de kenmerken die samenhangen met bewerkelijkheid, zijn in de praktijk alleen leeftijd en geslacht bruikbaar om een differentiatie van het abonnementshonorarium op te baseren. Deze kenmerken zijn namelijk in principe bekend bij de zorgverzekeraars en vanuit het gezichtspunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet omstreden.

De frequentie van contact met de huisartspraktijk en de aard van de contacten blijken duidelijk te verschillen voor leeftijds- en geslachts categorieën. Vooral bij de hoogste leeftijds categorieën zijn er veel huisvisites die een groter tijdsbeslag met zich meebrengen. Een analyse van verschillen tussen praktijken in de vertegenwoordiging van patiëntencategorieën laat zien dat het percentage vrouwen nauwelijks varieert tussen praktijken. Wat betreft leeftijd zijn de verschillen tussen praktijken het grootst bij de hoogste leeftijdscategorieën.

De patiënten van 65 jaar en ouder maken gemiddeld 13% uit van de praktijkpopulatie van de huisartsen. Het aantal contacteenheden voor deze patiënten is echter 28% van het totaal aantal contacteenheden. De contacteenheden zijn de gewogen som van spreekuurcontacten, visites en telefonische contacten, waarbij spreekuurcontacten een gewicht van een hebben, visites een gewicht van twee en telefonische contacten een gewicht van een half.

Op grond van deze gegevens is geconcludeerd dat differentiatie van het abonnement naar leeftijd zinvol is. Op basis van het aantal contacteenheden per leeftijdsklasse van vijf jaar is een clustering voorgesteld in drie groepen die recht doet aan verschillen in bewerkelijkheid en tegelijk het aantal groepen dat bij de honorering wordt onderscheiden, zo klein mogelijk houdt. De drie leeftijdsklassen zijn 0-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en

ouder. De onderlinge verhouding tussen de drie klassen kan worden afgelezen aan het gemiddeld aantal contacteenheden per patiënt. Dat bedraagt 2.99 voor de 0-64 jarigen 5.89 voor de 65-74 jarigen en 9.77 voor degenen die ouder dan 74 jaar zijn.

Deze onderlinge verhoudingen resulteren in een uniform, gedifferentieerd abonnements honorarium (dat wil zeggen gelijk voor ziekenfonds- en particuliere patiënten) van respectievelijk f.80, f.158 en f.262. Hierbij is uitgegaan van een budgettair neutrale berekening ten opzichte van de totale omzet van de praktijken die deelnamen aan de Nationale Studie, volgens het toen vigerende honoreringssysteem. Bij een eveneens budgettair neutrale berekening van alleen een uniform abonnement (dus zonder differentiatie naar leeftijd) zou het abonnementsbedrag komen te liggen op f.95 per patiënt (ter vergelijking: het ziekenfondsabonnement was op dat moment f.103).

Omdat een overgang naar een uniform, gedifferentieerd abonnement twee veranderingen met zich meebrengt die niet noodzakelijk dezelfde consequenties hebben, is de praktijk omzet zowel berekend voor het geval dat alleen uniformering plaats vindt als voor de situatie van uniformering en differentiatie. Daarnaast is ter vergelijking de omzet per praktijk berekend onder het toen vigerende systeem.

Een van de beleidsdoelen van verandering van honorering is dat daardoor de relatie tussen werkbelasting en beloning verbetert. Daarvoor is gekeken naar de relatie tussen praktijkomzet en het aantal uren dat besteed wordt aan patiëntgebonden activiteiten. Daarbij moeten twee kanttekeningen worden gemaakt. In de eerste plaats kan deze relatie alleen zinvol worden gelegd voor solopraktijken; dus slechts voor ongeveer de helft van alle praktijken waarvoor berekeningen zijn gemaakt. In de tweede plaats is het aantal uren dat huisartsen werken, vastgesteld onder de condities van het 'oude' honoreringssysteem. Het reflecteert daardoor de keuzes die huisartsen onder dat honoreringssysteem hebben gemaakt en die zijn niet noodzakelijk dezelfde onder een ander honoreringssysteem. Het blijkt dat uitsluitend uniformering van de honorering leidt tot een zwakkere relatie tussen werkbelasting en omzet. De conclusie die hieruit is getrokken, is dat als er overgegaan wordt naar een uniform abonnement, er ook overgegaan moet worden tot differentiatie van het abonnement.

Uitsluitend uniformering leidt vooral tot omzetverlies bij praktijken met een hoger aantal patiënten van 65 jaar en ouder. Immers, in het huidige stelsel wordt de grotere bewerkelijkheid van deze patiënten voor zover zij particulier zijn verzekerd in ieder geval gecompenseerd door een hogere omzet. Uniformering valt niet significant ten nadele van praktijken met veel ziekenfondspatiënten uit, ofschoon het aantal praktijken dat omzetverlies lijdt wat groter is bij praktijken met minder dan 55% ziekenfondspatiënten. Dat de verschuiving in omzet niet significant samenhangt met het percentage ziekenfondspatiënten komt, omdat bij uniformering ook de kostenknik vervalst. Deze is nu nog een onderdeel van de honorering van ziekenfondspatiënten en betekent dat alleen voor de eerste 1600 patiënten het volledige abonnement wordt uitbetaald.

Een uniform, gedifferentieerd abonnement werkt, zoals bedoeld, uit in het voordeel van praktijken met veel oudere patiënten. Praktijken met een hoger percentage patiënten van 65 jaar of ouder hebben significant vaker een omzetsijging. Er zijn geen significante ver

schuivingen gevonden voor praktijken met een verschillend percentage ziekenfondsverzekerden, voor verschillende praktijkvormen en voor praktijken in meer of minder verstedelijkte gebieden.

Ten slotte is een aantal eerste gedachten geformuleerd over de mogelijkheden van functiegebonden opslagen en regionale differentiatie. Wat betreft functiegebonden opslagen is uitgegaan van globale categorieën van huisartsgeneeskundig handelen; diagnostiek, behandeling, verwijzen en preventie. Deze categorieën zijn bewust zo globaal gekozen. Wanneer specifiekere categorieën worden gekozen, is de relatie tussen de omvang van de uit te voeren werkzaamheden en de beloning een probleem. Verder kan binnen een globale groep activiteiten wel (tijdelijk) de nadruk op specifieke onderwerpen liggen, zoals in de praktijk ook het geval is bij het farmacotherapeutisch overleg. Voor deze globale categorieën is een aantal (combinaties van) toetsingsmogelijkheden aangegeven. Bij de uitvoering van functiegebonden opslagen zal verdere automatisering van de huisartspraktijk behulpzaam kunnen zijn.

Wat betreft regionale differentiatie in de honorering om de relatie tussen werkbelasting en beloning voor praktijken in sociale achterstandsgebieden te verbeteren, geldt dat de toeslag die in het Verenigd Koninkrijk wordt gehanteerd in de Nederlandse situatie niet uitvoerbaar is. Afgezien daarvan is er ook in het VK kritiek uitgeoefend op het gebruik van de deprivatie-index. Bij een verdere evaluatie van een uniform, gedifferentieerd abonnement in combinatie met functiegebonden opslagen moet aandacht worden besteed aan de specifieke positie van groot-stedelijke praktijken. Daarbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre afschaffing van de kostenknik en differentiatie van het abonnement naar leeftijd de relatie tussen werkbelasting en beloning voor deze praktijken verbetert.

Literatuur

- Balarajan, R., Yuen, P & Machin, D.** Deprivation and general practitioner workload. *British Medical Journal*, 1992, 403, 529-534.
- Calnan, M., Groenewegen, PP. & Hutten, JBF.** Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison. *Social Science and Medicine*, 1992, 35, 209-216.
- Carr-Hill, RA. & Sheldon, T.** Designing a deprivation payment for general practitioners: the UPA(8) wonderland. *British Medical Journal*, 1991, 302, 393-396.
- Charlton, RH. & Lakhari, A.** Is the Jarman underprivileged area score valid? *British Medical Journal*, 1985, 290, 1714-1716.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg.** Bereidheid tot verandering. Den Haag, DOP, 1987.
- Curtis, SE.** Use of survey data and small area statistics to assess the link between individual morbidity and neighborhood deprivation. *Journal of epidemiology and community health*, 1990, 44, 62-68.
- Delamothe, T.** Deprived area payments. *British Medical Journal*, 1990, 300, 1609-1619.
- Delnoy, DMJ., Stokx, L. & Kersten, TJMT.** Geld, zorg en geldzorgen. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Derksen, W.** Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven. *Huisarts en Wetenschap*, 1984, 27(suppl. 8), 65-67.
- Fleming, DM.** The case for differential capitation fees based on age in British general practice. *British Medical Journal*, 1988, 297, 966-968.
- Flierman, H. & Groenewegen, PP.** Het Deense voorbeeld: een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement. *Huisarts en Wetenschap*, 1989, 32, 6, 212-218.
- Flierman, H.** Changing the payment system of general practitioners. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Galesloot, JAM. & Bles, GWAM.** Huisarts in een achterstandswijk. Onderbetaald en overwerkt. *Medisch Contact*, 1993, 48, 1359-1360.
- Glaser, WA.** Paying the doctor; Systems of remuneration and their effects. Baltimore, The John Hopkins Press, 1970.

- Groenewegen, PP. & Hutten, JBF.** Workload and jobsatisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1991, 32, 1111-1119.
- Groenewegen, PP., Hutten, JBF.** The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload, 1993.
- Groenewegen, PP., Bakker, DH. de & Velden, J. van der.** Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Groenewegen, PP., Hutten, JBF & Velden, J. van der.** List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 1992, 34, 3, 263-270.
- Hutchinson, A., Foy, C & Sandhu, B.** Comparison of two scores for allocating resources to doctors in deprived areas. *British Medical Journal*, 1989, 299, 1142-1144.
- Janssen, RTJD.** Honorering van huisartsen: een verkenning van effecten op kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Den Haag, IOO, 1988.
- Jarman, B.** Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal*, 1983, 286, 1705-1708.
- Jarman, B.** Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *British Medical Journal*, 1984, 284, 1587-1592.
- Jarman, B., Bosanquet, N., Rice, P., Dollimore, N. & Leese, B.** Uptake of immunisation in district health ... in England. *British Medical Journal*, 1988, 296, 1775-1778.
- Jarman, B. & Bosanquet, N.** Primary health care in London. Changes since the Acheson report. *British Medical Journal*, 1992, 305, 1130-1133.
- Krasnik, A., Groenewegen, PP., Pedersen, PA. et al.** Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, 1990, 300, 1698-1701.
- Leavy, R. & Wood, J.** Does the underprivileged area index work? *British Medical Journal*, 1985, 291, 709-711.
- LHV.** Naar een nieuwe honorering. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- LHV.** De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- LHV.** Beleidsnota honoreringsstructuur huisartsen. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1993.
- Mootz, M.** The need for health care utilization and its relation to insurance coverage for medical expenses. *Gezondheid en Samenleving*, 1985, 6, 232-237
- Stokx, LJ., Gloerich, ABM. & Kersten, TJMT.** Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Evaluatie van een programma van deskundigheidsbevordering door huisartsen. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Talbot, RJ.** Underprivileged areas and health care planning: implications of use of Jarman indicators of urban deprivation. *British Medical Journal*, 1991, 302, 383-386.
- Townsend, P., Phillimore, P. & Beattie, A.** Health and deprivation - inequality and the north. London, Croom Helm, 1988.
- Velden, J. van der, Bakker, DH. de, Claessen, AAMC. & Schellevis, FG.** Morbiditeit in de huisartspraktijk. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

Velden, J. van der, Stokx, L. & Grol, R. Naar een landelijk informatienetwerk huisartsenzorg. Utrecht, NIVEL, 1993.

Verhaak, PFM., Bosman, JM. & Velden, J. van der. Preventie. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

Verhaak, P. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten op patiënten, uitgedrukt in tijd. Tijdschr. Sociale Gezondheidszorg, 1986, 64, 17, 558-562.

Verheij, RA, Bakker, DH. de & Velden, J. van der. De huisarts in de grote stad. Utrecht NIVEL, 1992.

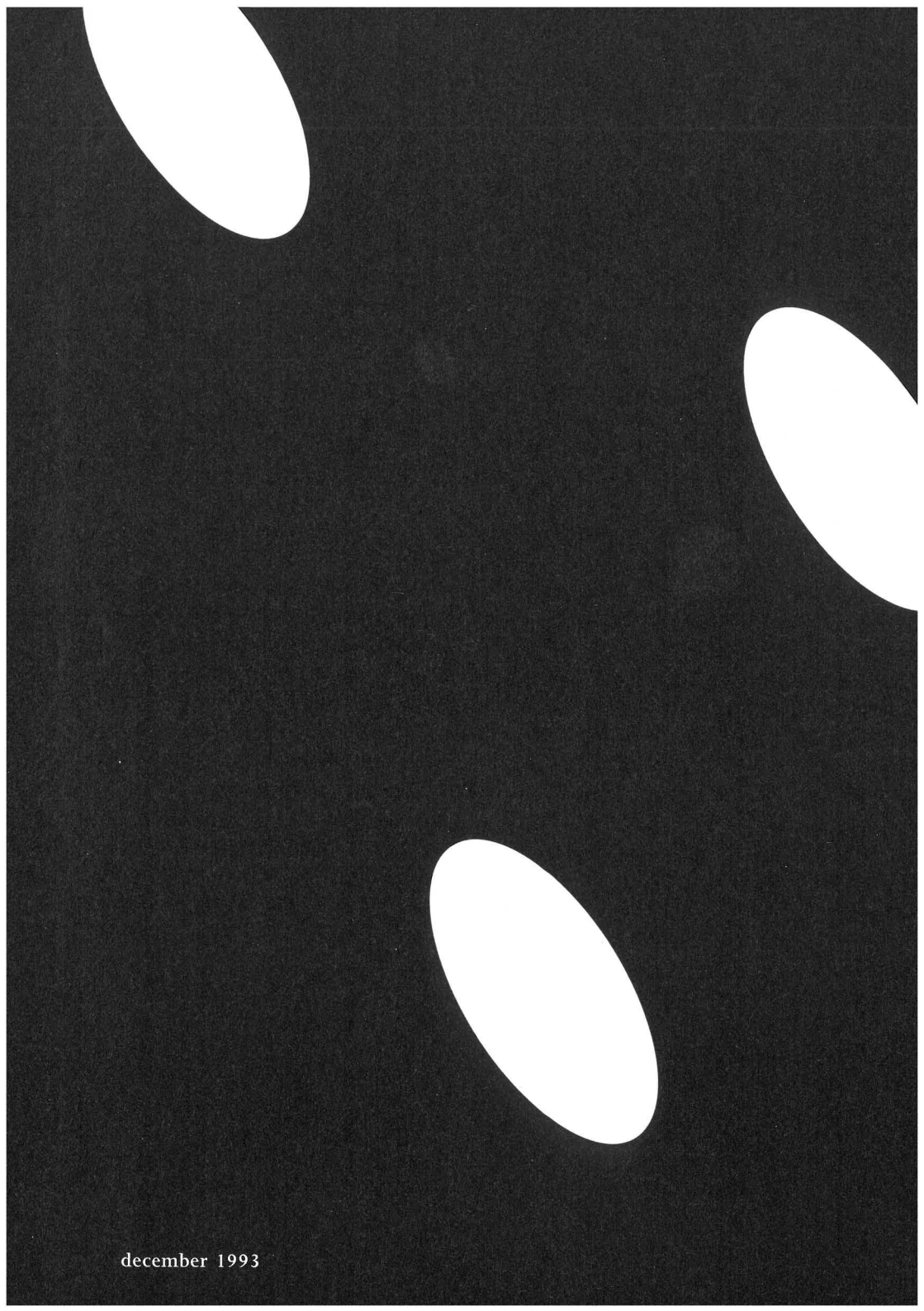
Vliet, RCJA. van & Ven, WPMM. van de. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht. Gezondheid en Samenleving, 1986, 7, 232-237

Wal, G. van der. Voor een differentiëring binnen het abonnementshonorarium. Huisarts en Wetenschap, 1984, 27(suppl. 8), 68-71.

Ziekenfondsraad. Advies inzake Gepast Gebruik. Amstelveen, Ziekenfondsraad, 1993.

4

Goodwillproblematiek medisch specialisten 'Van goodwill naar pensioen'

An abstract graphic design featuring a solid black background. Three white, elongated oval shapes are scattered across the frame. One oval is in the top-left corner, another is on the right side, and the third is in the lower-middle section. The ovals are oriented diagonally.

december 1993

Achtergrondstudie in opdracht van de
Commissie medisch curatieve zorg

uitgevoerd door

Coopers & Lybrand
te Utrecht

Auteurs

- namens de Actuarial, Benefits & Compensation-groep
van Coopers & Lybrand Management Consultants:
prof. dr. J. Telgen, vennoot
G.M.M. van Bussel, associate director
L.H.M. Keesen, actuaris AG, senior consultant
drs. E.G. Bos, consultant
drs. B.W. Heyl, actuaris AG, consultant
- namens Coopers & Lybrand Accountants:
prof. drs. G.G.M. Bak, vennoot
drs. W. Oosterom, vennoot
- namens Coopers & Lybrand Belastingadviseurs:
mr. A. Hakvoort, vennoot
mr. F. de Bos, adviseur

Management samenvatting 201

Inleiding 203

1 Goodwill in historisch perspectief 205

- 1.1 De huisartsen in Nederland 205
- 1.2 De artsen in het Verenigd Koninkrijk 207

2 Nadelen huisartsen-oplossing 208

- 2.1 Inflatie-bescherming 208
- 2.2 Uitvoering 210
- 2.3 Conclusie 210

3 Oplossingen goodwillproblematiek specialisten 212

- 3.1 Mogelijke oplossingen 212
- 3.2 Verlaging van de compensatie 220
- 3.3 Ingroeiregeling jonge specialisten 221
- 3.4 Conclusie en aanbeveling 222

4 Financiering 223

- 4.1 Vermogensvorming is essentieel 224
- 4.2 Financiering als gevolg waarvan het macrobudget verhoogd wordt 225
- 4.3 Financiering binnen het huidige macrokader 225

- 1 Aannames bij de berekeningen **233**
- 2 Goodwill als bedrijfseconomisch begrip **237**
- 3 Goodwill als beloningscomponent **240**
- 4 Nadere uitwerking varianten D, E en F **242**
- 5 Fiscale aspecten **250**
- 6 De huisartsen-oplossing in modelvorm **255**

Management samenvatting

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg is door de staatssecretaris van WVC gevraagd te adviseren omtrent de organisatie en positionering van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg.

Als uitgangspunt ten aanzien van de honoreringsstructuur stelt de Commissie dat het probleem van de goodwill-betalingen dient te worden opgelost via een fondsconstructie vergelijkbaar met de huisartsen of via een ingroeiconstructie voor jonge specialisten.

De goodwill-problematiek van de huisartsen is opgelost door de oprichting van een goodwill-fonds. De zittende huisartsen kregen een uitgestelde aanspraak op het fonds ter grootte van hun goodwill. De aanspraak wordt (deels) betaalbaar bij overlijden, praktijk-beëindiging of praktijkuitbreiding, maar uiterlijk in 2003.

De nadelen van de huisartsen-oplossing zijn de volgende:

- a door de maximale duur van 16,5 jaar staan de beleggingsresultaten onder druk;
- b door de gekozen financieringswijze is de indexatie min of meer willekeurig;
- c de indexatie is in de beginjaren (te) laag;
- d er vindt geen indexatie plaats over de periode 1984-1987;
- e tussentijdse uitkeringen bij praktijkuitbreiding verlagen, door de hoge uitvoeringskosten, de voor indexatie beschikbare middelen.

Coopers & Lybrand beveelt de commissie aan te kiezen voor een variant op de huisartsen-oplossing, waarbij genoemde nadelen verminderd worden. In hoofdlijnen luidt deze variant:

- 1 Geef de zittende specialisten een pensioenaanspraak die bij overlijden dan wel bij het bereiken van de pensioenleeftijd (65 jaar) gelijkwaardig is aan de geïndexeerde goodwill. De indexatie vindt plaats op basis van het prijsindexcijfer en wordt toegepast op de huidige goodwill-rechten. Indexatie vindt plaats vanaf het moment van vaststelling van de huidige goodwill-rechten tot het moment van overlijden of het bereiken van de pensioenleeftijd.

- 2 Breng de aanspraak onder bij een pensioenfonds of verzekeraar. Kies hierbij voor het pensioenfonds of de verzekeraar met de meest aantrekkelijke aanbieding.
- 3 Biedt de specialist de mogelijkheid de aanspraak op enig moment af te kopen. In het kader van de Brede Herwaardering is een afkoop belast tegen het progressieve tarief. Om de afkoop-optie reëel te doen zijn zal een lagere heffing nodig zijn. Treedt voor goedkeuring van de voorgestelde pensioenregeling inclusief afkoopmogelijkheid in overleg met het Ministerie van Financiën en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Het 'vervangen' van goodwill door pensioen conform de voorgestelde variant heeft zowel voor de nieuw toetredende specialisten als voor de zittende specialisten fiscale gevolgen (zie bijlage 5).

De financiële gevolgen van deze wijziging zijn:

- a afhankelijk van de individuele fiscale omstandigheden;
- b over het algemeen voordelig voor de nieuw toetredende specialist;
- c over het algemeen neutraal voor de zittende specialisten.

De lasten van de voorgestelde oplossing bedragen circa f 1 miljard. Hiermee liggen de lasten fractioneel lager dan bij toepassing van de huisartsen-oplossing op de specialisten.

Bij de financiering van deze lasten dient onderscheid gemaakt te worden tussen jaarlijks uitgaven en de lasten (is contante waarde van de uitgaven). De jaarlijkse uitgaven kunnen verlaagd worden door de financieringsduur te verlengen. Het verlagen van de lasten kan alleen als de gekozen oplossingsvariant aangepast wordt, i.e. de specialisten een lagere compensatie ontvangen.

Coopers & Lybrand beveelt aan een financieringssysteem te kiezen waarbij vermogensvorming optreedt. Hiermee kunnen sterk fluctuerende jaarlijkse uitgaven voorkomen worden.

De financiering kan op twee manieren geschieden:

- a bovenop het macro-budget;
- b uit het macro-budget.

Binnen ieder van deze manieren zijn verschillende financieringsmogelijkheden geïdentificeerd. De keuze voor één mogelijkheid of een combinatie van deze mogelijkheden is in hoge mate beleidsmatig van aard.



Inleiding

De Commissie Modernisering Curatieve Zorg (MCZ) is door de staatssecretaris van WVC gevraagd te adviseren omtrent de organisatie en positionering van huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Daarbij is in het bijzonder aangegeven voorstellen te ontwikkelen in het licht van eisen van doelmatigheid en kostenbeheersing.

In de ideeën van de Commissie staat voorop dat de specialist en het ziekenhuis zullen gaan werken in een model van geïntegreerde zorg, waarbij specialist en ziekenhuisdirectie gezamenlijk deel zullen gaan uitmaken van de beleidsbepalende organen in het ziekenhuis en daarin derhalve tevens een gezamenlijke budgetverantwoordelijkheid krijgen.

Als uitgangspunt ten aanzien van de honoreringsstructuur stelt de Commissie dat het probleem van de goodwill-betalingen dient te worden opgelost. In de aanzet tot uitwerking ten aanzien van de honoreringsstructuur stelt de Commissie dat in het gegarandeerde inkomen de kosten van pensioenopbouw dienen te zijn inbegrepen en dat de goodwill-problematiek van de specialisten dient te worden opgelost via een fondsconstructie vergelijkbaar met de huisartsen of via een ingroeiconstructie voor jonge specialisten.

De Commissie heeft Coopers & Lybrand opdracht verleend om verschillende oplossingsmogelijkheden terzake de goodwill-problematiek van medisch specialisten te ontwikkelen en te analyseren. Daarbij betreft het:

- a een diepgaande analyse van verschillende mogelijkheden om de goodwill-problematiek af te wikkelen;
- b een nadere analyse van de samenstelling en omvang van het met een mogelijke oplossing gemoeid bedrag;
- c een inventarisatie en analyse van verschillende mogelijkheden om het betreffende bedrag beschikbaar te krijgen.

In overleg met de Commissie is besloten de opdracht uit te voeren door middel van het presenteren van een 'expert opinion'.

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 wordt beschreven voor welke oplossing in 1987 gekozen is bij de afschaffing van de goodwill bij praktijkovername door huisartsen en in 1947 in het Verenigd Koninkrijk bij de afschaffing van de goodwill bij artsen. In hoofdstuk 2 komen de nadelen van de huisartsen-oplossing aan de orde. In hoofdstuk 3 worden alternatieve oplossingen aangereikt. Daarbij worden deze alternatieven getoetst op maximale haalbaarheid en minimale financiële lasten. Bovendien komen de gevolgen van een ingroeiregeling voor jonge specialisten aan de orde. Uiteindelijk beveelt Coopers & Lybrand aan te kiezen voor een variant op de huisartsen-oplossing. In hoofdstuk 4 zal tenslotte ingegaan worden op de financiering van de voorgestelde oplossing.

De bijlagen bevatten de informatie en gedachtengangen die nodig waren om tot deze rapportage te komen.

Goodwill in historisch perspectief

In dit hoofdstuk beschrijven wij de in het verleden gekozen oplossingen voor de goodwillproblematiek voor vergelijkbare groepen. Hiertoe hebben wij twee groepen geselecteerd:

- a de huisartsen in Nederland;
- b de artsen in algemene medische praktijken in het Verenigd Koninkrijk.

In het volgende hoofdstuk zal op de nadelen van de gekozen oplossingen ingegaan worden.

1.1 De huisartsen in Nederland

De oplossing

Per 1 januari 1987 is de goodwill bij praktijkovername door huisartsen afgeschaft.

Tegelijk met de afschaffing is een overgangsregeling voor de zittende huisartsen gecreëerd.

In de overgangsregeling is als uitgangspunt gekozen dat een zittende huisarts gecompenseerd wordt voor de goodwill, die hij in de toekomst niet meer ontvangt bij praktijkoverdracht.

Door van de toekomstige goodwill af te zien, verkreeg de huisarts per 1 januari 1987 een aanspraak ter grootte van 90% van de honorarium-opbrengst over 1984. Voor de uitvoering van de afwikkeling van de aanspraken is een goodwill-fonds opgericht.

De financiering

In de gekozen oplossing zal uiteindelijk 90% van de macro-omzet van huisartsen anno 1984 uitbetaald worden. Het totaal aan aanspraken op het goodwill-fonds is geraamd op circa f 1,2 miljard.

Door herijking van de tarieven werd in de toekomst een besparing verwacht op het macro-budget. Een deel van deze besparing is aangewend ter financiering van het good-

will-fonds. De ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars betalen jaarlijks ongeveer f 70 miljoen aan het goodwill-fonds. Afgesproken is dat zij dit gedurende 16,5 jaar doen. De totale kasstroom naar het goodwill-fonds bedraagt derhalve 16,5 keer circa f 70 miljoen is circa f 1,2 miljard. Hiermee is dus de totale ingaande kasstroom gelijk aan de totale uitgaande kasstroom.

Het moment van uitkering

De aanspraak op de (uitgestelde) uitkering uit het goodwill-fonds ontstaat voor de huisarts op 1 januari 1987. De uitbetaling van de uitkering vindt echter niet per 1 januari 1987 plaats. Voor de vaststelling van het moment van uitbetalen is aansluiting gezocht bij de situatie zoals die bestond vóór afschaffing van de goodwill. Toen werd de volledige goodwill in twee situaties daadwerkelijk aan de huisarts betaald:

- a bij overlijden;
- b bij praktijkbeëindiging.

Bovendien werd de goodwill gedeeltelijk aan de huisarts betaald bij uitbreiding van de praktijk.

De uitbetaling uit het goodwill-fonds vindt op de hiervoor beschreven momenten plaats, doch uiterlijk in het jaar 2003. Er is gekozen voor het jaar 2003, omdat dan de financiering door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars voltooid is. Tevens bestaat er de mogelijkheid tot uitbetaling van voorschotten.

Indexatie van de uitkering

De bijdragen van de financiers en de uitbetalingen uit het goodwill-fonds zijn nominaal aan elkaar gelijk. In de tijd lopen de twee kasstromen niet synchroon. Tot 2003 zal de jaarlijkse bijdrage van de financiers de jaarlijks te verrichten uitkeringen overtreffen. Er zal derhalve tot 2003 in het goodwill-fonds een vermogen gevormd worden. De beleggingsresultaten die behaald worden op dit vermogen zullen, na aftrek van kosten, aangewend worden om de nog niet uitbetaalde aanspraken te indexeren.

De nominale gelijkheid tussen in- en uitgaande kasstroom betekent per definitie, door het ontbreken van het rente-element in de calculatie, een zeer beperkte mogelijkheid tot inflatiebescherming.

De indexatie is sterk afhankelijk van de mate waarin de ingaande kasstroom de uitgaande kasstroom overtreft. Doordat de uitgaande kasstroom sterk afhankelijk is van de eerder genoemde gebeurtenissen, leidt dit tot een min of meer willekeurig indexatieniveau (zie ook bijlage 6).

In onderstaande tabel is het in de afgelopen jaren door het goodwill-fonds gerealiseerde netto rendement vermeld. Aangezien het belegd vermogen ten opzichte van het totaal aan aanspraken in de beginjaren van het goodwill-fonds gering was, is de indexatie in de beginjaren navenant laag geweest. In onderstaande tabel is tevens de indexatie in de afgelopen jaren vermeld.

Tabel 1.1

Jaar	Netto rendement	Indexatie
1987	2,15%	0,10%
1988	5,71%	0,36%
1989	6,85%	0,71%
1990	0,37%	0,06%
1991	8,83%	1,53%
1992	7,04%	1,54%

In principe zal naarmate gedurende de jaren het belegd vermogen toeneemt de indexatie op een hoger niveau komen. Door het beursklimaat is deze stijgende lijn in 1990 niet gerealiseerd.

De Landelijke Huisartsen Vereniging berekende bij de voorbereiding van het goodwill-fonds dat, als het rendement op het belegde vermogen jaarlijks 6% zou zijn, de aanspraak in 2003 op hetzelfde niveau zou zijn als een jaarlijks met 3% geïndexeerde aanspraak. Deze indexatie van 3% is derhalve het gewogen gemiddelde van een veel lagere indexatie dan 3% in de beginjaren en een hogere indexatie dan 3% in de slotjaren (zie bijlage 6).

1.2 De artsen in het Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk is in 1947 door invoering van de National Health Service Act de verkoop van goodwill voor algemene medische praktijken verboden. Tegelijk met de invoering van deze wet is een fonds opgezet van £ 66 miljoen om de bestaande praktijk-uitoefenaars te compenseren voor hun verlies van goodwill. Iedere arts ontving van het fonds bij pensionering een uitkering ter grootte van het bedrag dat hij in het verleden betaald had voor de goodwill van zijn praktijk. Er was geen sprake van indexatie. De arts werd dus niet gecompenseerd voor inflatie of praktijkuitbreiding.

De oplossing in 1947 in het Verenigd Koninkrijk komt op veel punten overeen met de huisartsen-oplossing. In het vervolg zullen wij daarom steeds alleen refereren aan de huisartsen-oplossing.

huisartsen-oplossing

Bij de huisartsen-oplossing wordt in principe de volledige goodwill gecompenseerd. Hierdoor is de oplossing haalbaar gebleken en geaccepteerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging. Toch kent de huisartsenoplossing nadelen. Hierna gaan wij op deze nadelen in.

2.1 Inflatie-bescherming

Zoals in het vorige hoofdstuk vermeld kent de huisartsen-oplossing een indexatie. Deze indexatie zou tegen inflatie i.c. geldontwaarding moeten beschermen. Door vier oorzaken is het niet waarschijnlijk dat de indexatie daadwerkelijk bescherming biedt tegen geldontwaarding:

- a het goodwill-fonds zal maximaal 16,5 jaar bestaan, waardoor de mogelijkheden beperkt zijn om een beleggingsresultaat te behalen, dat vergelijkbaar is met een fonds met een langere levensduur, zoals een pensioenfonds;
- b de indexatie is min of meer willekeurig door de afhankelijkheid van de in- en uitgaande kasstroom;
- c de indexatie is in de beginjaren (te) laag;
- d er is geen indexatie over de periode 1984-1987.

Maximale duur 16,5 jaar

Een pensioenfonds is relatief ongevoelig voor korte-termijn bewegingen op de beleggingsmarkten, omdat de periode waarover belegd wordt zeer lang is. De premie voor een 25-jarige kan in theorie belegd worden tot de laatste uitkering voor diezelfde persoon gedaan wordt. Als de betreffende persoon 100 jaar wordt, kan de eerste premie dus 75 jaar belegd worden. Zo heeft een pensioenfonds in theorie nog 75 jaar om de effecten van een beurskrach goed te maken.

Voor het goodwill-fonds geldt dit niet. De matige resultaten als gevolg van het beursklimaat in 1990 moeten in de resterende 13 jaar goedgemaakt worden. Hierdoor is het de vraag of het door de Landelijke Huisartsen Vereniging gehanteerde beleggingsrendement

van 6% gehaald zal worden. Indien dit niet gehaald wordt, zal de gemiddelde cumulatieve indexatie uiteindelijk minder zijn dan de veronderstelde 3% per jaar.

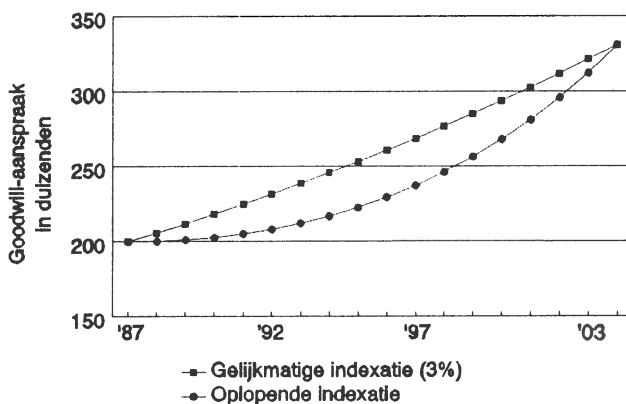
Willekeurige indexatie

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de indexatie sterk afhankelijk is van de in- en uitgaande kasstroom van het goodwill-fonds (zie ook bijlage 6). Door deze mismatch van kasstromen geeft het systeem van indexatie ten principale willekeurige uitkomsten.

Lage indexatie in de beginjaren

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de indexatie in de beginjaren aanzienlijk lager zal zijn dan 3% per jaar. De realisatie tot op heden toont dit aan. Als de uitgangspunten van de Landelijke Huisartsen Vereniging uiteindelijk (in 2003) uit blijken te komen en er wordt over de gehele periode gemiddeld een jaarlijks rendement behaald van 6%, zal de lage indexatie in de beginjaren goedgemaakt worden in de latere jaren.

Figuur 1 Indexatie goodwill-aanspraak van f 200.000,—



In 2003 zal dan een cumulatieve indexatie bereikt zijn die overeenkomt met een jaarlijks gelijkblijvende indexatie van 3%. Maar dit betekent per definitie dat de cumulatieve indexatie tot 2003 onder het niveau zal liggen van een gelijkblijvende indexatie van 3% per jaar. In figuur 1 is dit weergegeven. Met name voor de uitkeringen in de periode van 1987 tot 2003 heeft dit tot gevolg dat deze gemiddeld met minder dan 3% jaarlijks geïndexeerd zullen zijn (zie ook bijlage 6).

Het effect van een relatief lage indexatie in de beginjaren wordt versterkt door de wijze waarop de voor indexatie beschikbare middelen vastgesteld worden. De middelen worden gevormd door de beleggingsresultaten onder aftrek van de uitvoeringskosten. In de beginjaren is er nog weinig belegd vermogen, terwijl de uitvoeringskosten al op niveau

zijn. De uitvoeringskosten zijn dus in de beginjaren relatief hoog ten opzichte van het beleggingsresultaat. De voor indexatie beschikbare middelen, het netto beleggingsresultaat, is dus de eerste jaren relatief laag. De tabel in het eerste hoofdstuk toont aan dat dit eveneens in werkelijkheid geldt.

Geen indexatie in de periode 1984-1987

De aanspraak op het goodwill-fonds is berekend op basis van de honorarium-opbrengst van 1984. De aanspraak is toegekend per 1 januari 1987. De eerste indexatie heeft plaatsgevonden over 1987. De aanspraak is derhalve niet aangepast aan de geldontwaarding in de periode van 1984 tot 1987.

2.2 Uitvoering

In de huisartsen-oplossing is gekozen voor een compensatie in de vorm van een uitkering, die aansluit bij de oude systematiek van goodwillbetalingen. Naast het voordeel van de verhoogde acceptatie bij huisartsen zijn er nadelen. Deze nadelen zijn het gevolg van het recht op (gedeeltelijke) uitkering bij praktijkuitbreiding, in plaats van alleen een recht op uitkering bij overlijden of pensionering. Overlijden en pensionering zijn voor de administratie van een fonds relatief eenvoudig te controleren en verwerken. De controle en verwerking van een praktijkuitbreiding vergt veel meer inspanning. Hierdoor worden de uitvoeringskosten van het goodwill-fonds verhoogd, waardoor de voor indexatie beschikbare middelen lager zijn.

2.3 Conclusie

De huisartsen-oplossing kent een aantal nadelen, die een redelijk niveau van indexatie in de weg staan. Samengevat zijn de nadelen:

- a door de maximale duur van 16,5 jaar staan de beleggingsresultaten onder druk;
- b door de gekozen financieringswijze is de indexatie min of meer willekeurig;
- c de indexatie is in de beginjaren (te) laag;
- d er vindt geen indexatie plaats over de periode 1984-1987;
- e tussentijdse uitkeringen bij praktijkuitbreiding verlagen, door de hoge uitvoeringskosten, de voor indexatie beschikbare middelen.

Bovenstaande nadelen laten echter onverlet dat de huisartsen destijds deze oplossing geaccepteerd hebben. De gekozen oplossing was dus een haalbare oplossing.

Uit vragen die de Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen bereiken blijkt inmiddels dat de huisartsen met name over het niveau van de indexatie hogere verwachtingen hadden dan tot op heden waargemaakt is. Als de regeling nu opnieuw ingevoerd zou moeten worden, is het de vraag of de huisartsen op het punt van de indexatie, gezien hun inmiddels opgedane ervaringen, de oplossing weer geaccepteerd zouden hebben. Dit zal echter altijd een vraag blijven. Geen vraag, maar een weet, is het feit dat de huisartsen op het

punt van de indexatie niet volledig tevreden zijn. Het is niet ondenkbeeldig dat de medische specialisten, mede gezien de ervaringen met de huisartsen, de huisartsen-oplossing kritisch zullen bezien. Daarom achten wij het nodig in het volgende hoofdstuk, naast de huisartsen-oplossing, enige alternatieve oplossingen te beschrijven.

In dit hoofdstuk gaan wij allereerst in op mogelijke alternatieve oplossingen voor de goodwill-problematiek van medische specialisten. Tegelijkertijd zullen de met de mogelijke oplossingen gemoeide bedragen gekwantificeerd worden. Steeds zullen de oplossingen gewogen worden op basis van twee criteria:

- a maximale haalbaarheid;
- b minimale lasten.

De huisartsen-oplossing fungeert hierbij als referentie.

Vervolgens gaan wij in op twee methodes waarmee de gekwantificeerde lasten desgevenst verlaagd kunnen worden. Daarna wordt de invloed van een ingroeiregeling voor jonge specialisten op de diverse oplossingsvarianten aangegeven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie en aanbeveling.

3.1 Mogelijke oplossingen

Iedere mogelijke oplossing heeft zijn eigen rechtvaardigingsgrond. De keuze voor een rechtvaardigingsgrond leidt tot een bepaalde oplossingsvariant. De rechtvaardigingsgronden zijn subjectief. Wij zullen ons derhalve onthouden van een oordeel over deze rechtvaardigingsgronden.

De rechtvaardigingsgronden zijn in drie categoriën onder te verdelen:

- a De specialisten dienen voor hun volledige goodwill gecompenseerd te worden. Ervan uitgaande dat deze compensatie op termijn uitbetaald moet worden (bijvoorbeeld bij overlijden of op de pensioendatum), leidt deze gedachte tot onderstaande varianten A en B. Ervan uitgaande dat deze compensatie direct uitbetaald moet worden leidt deze gedachte tot een variant die identiek is aan onderstaande variant F;
- b Het verlies van goodwill is een logisch gevolg van het vrije ondernemerschap van de medische specialist. Deze gedachte leidt tot variant C;
- c De zittende specialisten dienen gelijkwaardig te worden beloond ten opzichte van de nieuw toetredende specialisten. Al naar gelang de keuze van de periode waarover gelijkwaardige beloning dient te gelden, leidt deze gedachte tot de varianten D, E en F. Bij

variant D is de periode van gelijkwaardig belonen de periode na de pensioendatum; bij variant E de periode vanaf invoering van de nieuwe beloningsstructuur; bij variant F de periode vanaf het moment dat de specialist aanvangt met de uitoefening van zijn beroep, ofwel de gehele loopbaan. Variant F impliceert derhalve een systematiek met terugwerkende kracht.

De verschillende rechtvaardigingsgronden zijn:

- a de medische specialisten dienen volgens dezelfde systematiek te worden gecompenseerd als in 1987 de huisartsen;
- b de medische specialisten dienen volgens dezelfde systematiek te worden gecompenseerd als in 1987 de huisartsen, waarbij een betere bescherming wordt geboden tegen geldontwaarding;
- c het verlies van goodwill is een logisch gevolg van het vrije ondernemerschap van de medische specialist;
- d de medische specialisten dienen een pensioen op te bouwen waarvan de waarde op pensioendatum gelijk is aan de goodwill; zij dienen gecompenseerd te worden voor het nog niet opgebouwde 'backservice-pensioen';
- e de medische specialisten dienen vanaf de ingangsdatum van een nieuwe beloningsstructuur gelijkwaardig te worden beloond ten opzichte van de nieuw toetredende medische specialisten; zij dienen gecompenseerd te worden voor de backservice en de nog niet afgeloste goodwill-schuld;
- f de medische specialisten dienen over hun gehele loopbaan gelijkwaardig te worden beloond ten opzichte van de nieuw toetredende medische specialisten; zij dienen gecompenseerd te worden voor de volledige goodwill.

Van de oplossingsvarianten die voortvloeien uit deze rechtvaardigingsgronden kan bepaald worden in hoeverre zij zich op de criteria 'maximale haalbaarheid' en 'minimale lasten' verhouden tot de huisartsen-oplossing, toegepast op de specialisten. In onderstaand schema is deze weging uitgevoerd. Ten opzichte van de huisartsenoplossing geldt dat '+' betekent 'gunstiger', '0' betekent 'neutraal' en '-' betekent 'minder gunstig'. De varianten C,D,E en F scoren op één criterium slechter dan variant A. Alleen variant B is gewogen over de twee criteria beter dan A.

Tabel 3.1 Weging oplossingvarianten

Oplossingsvariant	Haalbaarheid t.o.v. A	Lasten t.o.v. A	Lasten in miljarden guldens
A	0	0	1,1
B	+	0/+	1,0
C	-	+	0,0
D	-	+	0,6
E	-	0/+	1,0
F	+	-	1,8

Hierna zullen alle oplossingsvarianten besproken worden. Daarbij zal eerst de huisartsen-oplossing aan bod komen. Variant B is de enige variant die over beide criteria gewogen beter scoort dan variant A. Op variant B zal daarom uitgebreid ingegaan worden. Vervolgens worden de overige oplossingen kort tegen het licht gehouden. Van alle varianten wordt de invulling van bovenstaand schema nader onderbouwd.

a de medische specialisten dienen volgens dezelfde systematiek te worden gecompenseerd als in 1987 de huisartsen

In hoofdstuk 1 is de oplossing die gekozen is voor de goodwillproblematiek van de huisartsen beschreven. Deze oplossing kan direct vertaald worden naar de medische specialisten. Er dient dan een goodwill-fonds voor medische specialisten opgericht te worden. Dit goodwill-fonds geeft de huidige specialisten een aanspraak ter grootte van de op basis van de omzet van enige jaren geleden vastgestelde goodwill.

In het geval van de huisartsen kon vanuit de totale goodwill van circa f 1,2 miljard en de besparing van circa f 70 miljoen door deling van deze twee bedragen een looptijd van 16,5 jaar worden bepaald. Voor de medische specialisten is de voor financiering van de goodwill beschikbare besparing (nog) niet bekend. Derhalve kan de rekensom voor de specialisten niet analoog aan de huisartsen plaatsvinden. Om toch de lasten van deze oplossingsvariant te kunnen berekenen zijn wij uitgegaan van een maximale looptijd van 16,5 jaar. Vervolgens kan uitgaande van een totale goodwill van circa f 1,8 miljard (zie bijlage 1) berekend worden dat de jaarlijkse bijdrage in het goodwill-fonds circa f 109 miljoen dient te bedragen. Uitgaande van deze jaarlijkse bijdrage en een rentevoet van 7% bedragen de totale lasten van deze oplossingsvariant circa f 1,1 miljard.

b de medische specialisten dienen volgens dezelfde systematiek te worden gecompenseerd als in 1987 de huisartsen, waarbij een betere bescherming wordt geboden tegen geldontwaarding

Bij deze oplossing wordt in eerste instantie uitgegaan van de huisartsen-oplossing. Om te voorkomen dat de compensaties ontwaarden, zal echter een betere bescherming tegen inflatie geboden moeten worden.

De nadelen van de huisartsen-oplossing, zoals aan het eind van hoofdstuk 2 samengevat, zijn:

- a door de maximale duur van 16,5 jaar staan de beleggingsresultaten onder druk;
- b door de gekozen financieringswijze is de indexatie min of meer willekeurig;
- c de indexatie is in de beginjaren (te) laag;
- d er vindt geen indexatie plaats over de periode 1984-1987;
- e tussentijdse uitkeringen bij praktijkuitbreiding verlagen door de hoge uitvoeringskosten de voor indexatie beschikbare middelen.

Deze nadelen kunnen als volgt ondervangen worden:

ad a De looptijd van het fonds wordt niet gemaximeerd. Bovendien wordt de aanspraak niet onvoorwaardelijk verleend in de vorm van een éénmalige uitkering, maar in de vorm

van een pensioen. Hiermede wordt enerzijds de looptijd van het fonds verlengd, anderzijds wordt voorkomen dat het fonds na 16,5 jaar in één keer alle beleggingen moet verkopen. De potentie om tot een goed beleggingsresultaat van het fonds te komen zal hierdoor verbeteren.

ad b en c De specialist krijgt aanspraak op een pensioen. De waarde van deze pensioenaanspraak is bij overlijden voor de pensioenleeftijd (65 jaar) of op 65-jarige leeftijd gelijk aan de geïndexeerde goodwill. De indexatie vindt plaats op basis van het prijsindexcijfer en wordt toegepast op de huidige goodwill-rechten. Indexatie vindt plaats vanaf het moment van vaststelling van de huidige goodwill-rechten tot het moment van overlijden of het bereiken van de pensioenleeftijd. Uiteindelijk ontvangt een specialist dan een compensatie gelijk aan de door hem betaalde goodwill, enerzijds verhoogd met de werkelijke waardeinstijging tussen het moment van betalen en 'nu', en anderzijds verhoogd met het prijsindexcijfer vanaf 'nu' tot het moment van pensioeningang. Bij de financieringswijze dient met deze laatste indexatie reeds rekening gehouden te worden.

In de financiering van de huisartsen-oplossing werd bij de vaststelling van de jaarlijkse bijdrage geen rekening gehouden met de rentebaten van het fonds. Hierdoor waren de rentebaten 'onvoorziene winsten', die aangewend konden worden om te indexeren.

Door vooraf reeds in de financiering met indexatie rekening te houden, is het niet nodig 'onvoorziene winsten' te behalen. Er kan dus in de financiering rekening gehouden worden met toekomstige rentebaten.

ad d Bij de vaststelling van de aanspraak zal uitgegaan moeten worden van recente gegevens. Als dit niet mogelijk is, zal er een indexatie moeten plaatsvinden tussen het moment van vaststelling en het moment van toekenning van de aanspraak.

ad e De pensioenuitkeringen worden uitsluitend betaalbaar vanaf het moment van overlijden of het bereiken van de pensioenleeftijd (65 jaar). Hiermee wordt aansluiting gezocht bij de nieuwe honoreringsstructuur van medische specialisten, waar immers een pensioenregeling in de plaats komt van de goodwill. Hiermee wordt de uitvoering eenvoudiger, waardoor de uitvoeringskosten kunnen dalen.

Resumerend zal er in deze oplossingsvariant dus sprake zijn van een pensioenfonds in plaats van een goodwill-fonds. Wij bevelen aan dit pensioenfonds uit te laten voeren door de pensioenuitvoerder (pensioenfonds of verzekeraar) die de meest aantrekkelijke aanbieding doet.

De lasten van variant B bedragen uitgaande van de aannames in bijlage 1 circa f 1,0 miljard. Deze lasten liggen een fractie lager dan de lasten in de huisartsen-oplossing, toegepast op de specialisten. Enerzijds ontstaat er ten opzichte van de huisartsen-oplossing een lastenverhogend effect door de betere inflatiebescherming. Er is uitgegaan van een gemiddelde inflatie van 3%. Anderzijds ontstaat er, bij een verondersteld rendement van 7%, een lastenverlagend effect door de langere bestaansduur van het fonds. De langere bestaansduur is het gevolg van het slechts betaalbaar stellen van de aanspraak bij overlijden of bij het bereiken van de pensioenleeftijd. De twee tegengestelde effecten blijken elkaar grotendeels te compenseren.

Wat betreft de haalbaarheid kan objectief vastgesteld worden dat deze oplossing op één punt beter scoort dan de huisartsen-oplossing: de inflatiebescherming. Gezien de ervaringen van de huisartsen kan dit een belangrijk issue zijn bij de acceptatie van een oplossing door de specialisten.

Op een ander punt kan deze oplossing als minder gunstig ervaren worden door de specialisten. In tegenstelling tot de huisartsen-oplossing is het niet mogelijk de aanspraak bij praktijkuitbreiding of eerdere praktijkbeëindiging dan 65 jaar, of door middel van voorschotten, te gelde te maken. Dit nadeel zou ondervangen kunnen worden door de specialist het recht te geven de aanspraak af te kopen. Afkoop houdt in dat de specialist de actuariële waarde van zijn aanspraak direct te gelde kan maken. De actuariële waarde wordt bepaald door de geïndexeerde aanspraak te corrigeren met een levenskans en een discontovoet. Hierdoor geschiedt afkoop lastenneutraal.

In principe strookt afkoop niet met de pensioengedachte. Daarom staat de Pensioen- en spaarfondsenwet (PSW) afkoop van pensioen niet zonder meer toe. Afkoop past dus niet in de gedachte achter deze oplossingsvariant. De mogelijkheid van afkoop kan echter overwogen worden om de haalbaarheid van deze oplossingsvariant te verhogen, waarbij de lasten gelijk blijven. Om afkoop mogelijk te maken zal overlegd moeten worden met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid omtrent een ontheffing van het afkoopverbod in de PSW.

De afkoop van een pensioen is in het kader van de Brede Herwaardering belast tegen het progressieve tarief. Indien de afkoopmogelijkheid voor specialisten reëel moet zijn, en dus vergelijkbaar met het ontvangen van goodwill, zal over de afkoopsom het bijzondere tarief van 45% toegepast moeten worden.

Het opnemen van een afkoopmogelijkheid kan op gespannen voet staan met de verzorgingsgedachte van een pensioenregeling. Indien de afkoopmogelijkheid van meer dan bijkomstige betekenis is, kan de regeling als een onzuivere regeling worden aangemerkt. In dat geval is de gehele pensioenaanspraak terstond belast.

De pensioenregeling zal inclusief afkoopmogelijkheid, door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid goedgekeurd moeten worden. Voor de toepassing van het bijzondere tarief inkomstenbelasting over de afkoopsom zal door het Ministerie van Financiën eveneens een speciale regeling moeten worden getroffen.

c het verlies van goodwill is een logisch gevolg van het vrije ondernemerschap van de medische specialist

Goodwill is een bedrijfseconomisch begrip. Goodwill kan gedefinieerd worden als de overdraagbare financiële uitkomst van de verwachting dat, door aan de praktijk klevende gunstige omstandigheden, meer kan worden verdiend dan indien zelf een praktijk wordt opgebouwd. Van belang is dat goodwill alleen bestaat als er de mogelijkheid bestaat zelfstandig een opvolger aan te wijzen. Op het moment dat de overheid middels regelgeving deze mogelijkheid verbiedt, verliest de goodwill zijn waarde. Het waardeverlies van de goodwill hoort als een normaal ondernemersrisico voor rekening van de specialist te komen. Een vergoeding voor de schade ligt niet in de rede (zie ook bijlage 2).

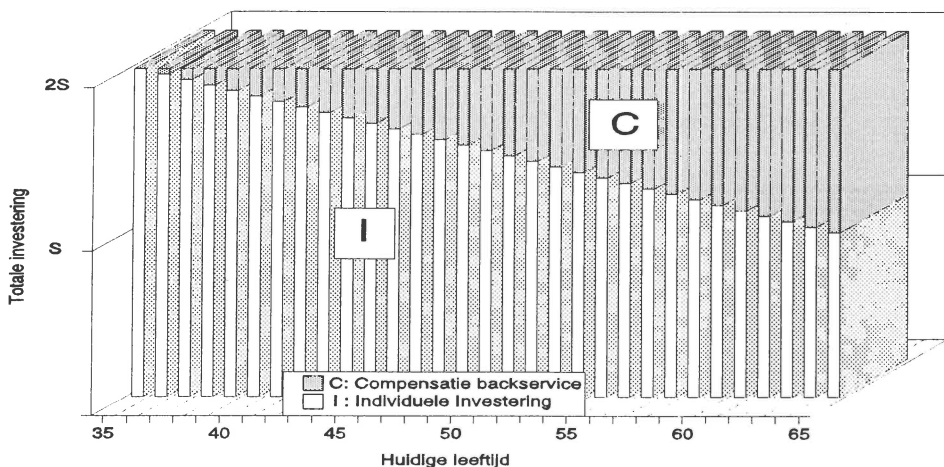
Het moge duidelijk zijn dat de lasten van deze variant nihil zijn. Er wordt immers niets gecompenseerd. Ongeacht de theoretische merites van deze redenering, is de haalbaarheid van deze oplossing niet hoog in te schatten.

- d de medische specialisten dienen een pensioen op te bouwen waarvan de waarde op pensioendatum gelijk is aan de goodwill; zij dienen gecompenseerd te worden voor het nog niet opgebouwde 'backservice-pensioen'

Deze variant gaat, net als de varianten E en F, uit van het principe dat goodwill een verkapt vorm van beloning is. In bijlage 3 is beschreven waarom goodwill als beloning gezien kan worden, en welke gevolgen dit heeft voor de modelmatige benadering van de goodwill-problematiek. In bijlage 4 wordt aangetoond dat variant D neerkomt op het vergoeden van 'de backservice'.

Onder 'de backservice' dient hier het volgende verstaan te worden. De zittende specialist dient uiteindelijk een pensioenkapitaal te vergaren, dat gelijkwaardig is aan de oude goodwill. Voor een deel zal hierin voorzien moeten worden door in de toekomst een adequate pensioenpremie te betalen. In het verleden is deze pensioenpremie niet betaald. Om toch het gewenste pensioenkapitaal te bereiken zal de zittende specialist voor deze niet betaalde fictieve pensioenpremie uit het verleden gecompenseerd moeten worden.

Figuur 2



In figuur 2 is de door de compensatie ontstane investeringssituatie weergegeven voor een individuele specialist. Aan de hand van twee voorbeelden zal de afbeelding toegelicht worden.

Het eerste voorbeeld is dat van een zojuist gestarte specialist van 35 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk de volledige goodwill (S) plus de pensioenpremies (S) over de gehele loopbaan betaald hebben. Deze specialist doet relatief dus een grote investering ($2 \cdot S$). Deze investering is aangegeven met een wit staafje (I). Hij ontvangt geen compensatie, omdat zijn pensioeninkomen na 65 jaar aan de maatstaf voldoet.

Het tweede voorbeeld is dat van de bijna gepensioneerde specialist van 65 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk alleen de volledige goodwill (S) betaald hebben. Hij hoeft geen pensioenpremies meer te betalen, en dus is zijn individuele investering (I) relatief laag. Om toch een pensioeninkomen te halen dat voldoet aan de maatstaf, zal hij een relatief hoge compensatie (C) ontvangen.

Zo is in figuur 2 af te lezen hoe groot enerzijds de individuele investering van de specialist, en anderzijds de voor hem te bepalen compensatie is. Te zien is dat deze twee variabelen sterk afhankelijk zijn van de huidige leeftijd.

De lasten van deze variant bedragen circa f 0,6 miljard, uitgaande van de aannames in bijlage 1. Deze lasten liggen lager dan de lasten in de huisartsen-oplossing.

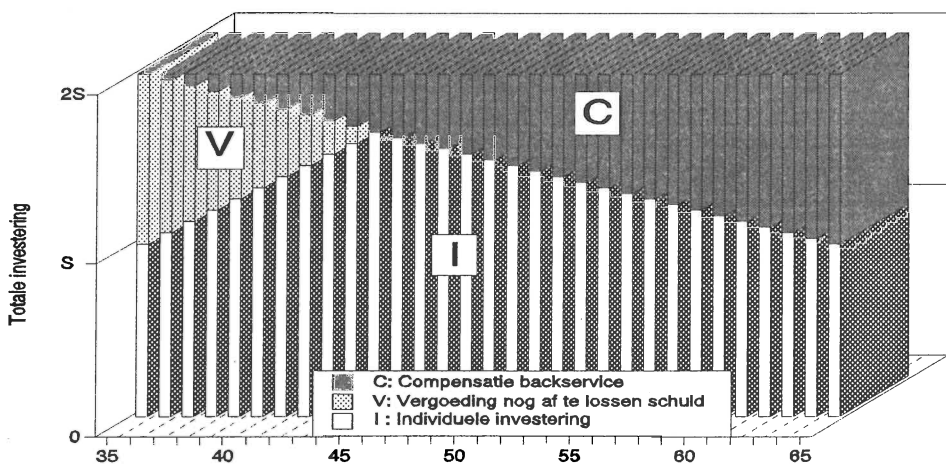
In figuur 2 is weergegeven wat de gevolgen van deze variant zijn voor de individuele specialist. De figuur wordt op de toelichting aan de hand van enkele voorbeelden.

De specialist die vlak voor zijn pensionering zit, zal met deze oplossing tevreden zijn. In feite krijgt hij zijn goodwill (bijna) volledig gecompenseerd in de vorm van pensioen. De net gestarte specialist zal deze oplossing niet rechtvaardig vinden. Hij heeft zojuist goodwill betaald, en hij krijgt er niets voor terug. De haalbaarheid van deze variant zal dan ook, met name onder de jongere specialisten, niet groot zijn.

- e **de medische specialisten dienen vanaf de ingangsdatum van een nieuwe beloningsstructuur gelijkwaardig te worden beloond ten opzichte van de nieuw toetredende medische specialisten; zij dienen gecompenseerd te worden voor de backservice en de nog niet afgeloste goodwill-schuld**

In bijlage 4 is te lezen dat deze variant neerkomt op het vergoeden van enerzijds 'de backservice' (zie hiervoor) en anderzijds de nog niet afgeloste goodwill-schuld. De lasten van deze variant bedragen circa f 1 miljard, uitgaande van de aannames in bijlage 1. Deze lasten liggen ongeveer fractioneel onder het niveau van de lasten in de huisartsen-oplossing, toegepast op de specialisten. In figuur 3 is weergegeven wat de gevolgen van deze variant zijn voor de individuele specialist. De afbeelding wordt toelichting aan de hand van enkele voorbeelden.

Figuur 3



In figuur 3 is de door de compensatie ontstane investeringssituatie weergegeven voor een individuele specialist. Aan de hand van drie voorbeelden zal de afbeelding toegelicht worden.

Het eerste voorbeeld is dat van een zojuist gestarte specialist van 35 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk de volledige goodwill (S) plus de pensioenpremies over de gehele loopbaan (S) betaald hebben. Deze specialist doet relatief dus een grote investering (I + V). Hij ontvangt echter een compensatie (V), zodat de zojuist aangegane goodwill-schuld afbetaald kan worden.

Het tweede voorbeeld is dat van een 45-jarige specialist, die zojuist zijn goodwill-schuld afbetaald heeft. Voor de goodwill-schuld wordt hij dus niet meer gecompenseerd, zodat zijn 'pensioeninvestering' bestaat uit de volledige goodwill plus de in de toekomst nog te betalen pensioenpremies (I). Voor de in het verleden niet betaalde premies wordt hij gecompenseerd (C).

Het derde voorbeeld is dat van de bijna gepensioneerde specialist van 65 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk alleen de volledige goodwill (S) betaald hebben. Hij hoeft geen pensioenpremies meer te betalen, en dus is zijn individuele investering relatief laag (I). Om toch een pensioeninkomen te halen dat voldoet aan de maatstaf, zal hij een relatief hoge compensatie ontvangen (C).

Zo is in figuur 3 af te lezen hoe groot enerzijds de individuele investering van de specialist, en anderzijds de voor hem te betalen compensatie is. Te zien is dat deze twee variabelen sterk afhankelijk zijn van de huidige leeftijd.

Zowel de bijna pensionerende als de net gestarte specialist zullen met deze oplossing tevreden zijn. Beide groepen worden in feite volledig gecompenseerd voor het verlies van goodwill. De specialist van ongeveer 45 jaar, die net zijn goodwill-schuld afgelost heeft, wordt slechts gedeeltelijk gecompenseerd voor het verlies aan goodwill. De haalbaarheid van deze variant schatten wij vanwege de omvang van en de verwachte weerstand in de 'middengroep' lager in dan de haalbaarheid van de huisartsen-oplossing.

f de medische specialisten dienen over hun gehele loopbaan gelijkwaardig te worden beloond ten opzichte van de nieuw toetredende medische specialisten; zij dienen gecompenseerd te worden voor de goodwill

In bijlage 4 is te lezen dat deze variant neerkomt op het vergoeden van enerzijds 'de backservice' en de nog niet afgeloste goodwill-schuld (zie hiervoor) en anderzijds de reeds afgeloste goodwill-schuld onder aftrek van de in het verleden niet betaalde fictieve pensioenpremies. In feite komt deze variant er op neer dat direct de volledige goodwill vergoed wordt.

De lasten van deze variant bedragen circa f 1,8 miljard, uitgaande van de aannames in bijlage 1. Deze lasten liggen aanzienlijk hoger dan de lasten in de huisartsenoplossing. Deze hogere lasten worden volledig veroorzaakt door het feit dat de goodwill direct vergoed wordt, in plaats van op termijn.

De haalbaarheid van variant F zal bij de specialisten zeer groot zijn. De totale goodwill wordt immers gecompenseerd en direct uitbetaald. De politieke haalbaarheid valt echter te betwijfelen, gezien de hoge lasten.

Variant F brengt de zittende specialisten in feite in een situatie die gunstiger is dan de huidige situatie. In de huidige situatie kan de specialist immers de goodwill-rechten niet direct opeisen. Variant F, waarbij wel direct uitbetaald wordt, ligt dan ook niet voor de hand.

3.2 Verlaging van de compensatie

Natuurlijk is het mogelijk om de compensatielasten van de gewenste oplossing te verlagen. Dit kan geschieden door de compensatie:

- a 'af te toppen';
- b evenredig te verlagen.

Zowel bij het aftoppen als het evenredig verlagen van de compensatie kunnen de lasten van iedere variant verlaagd worden, zonder daarbij de rechtvaardigingsgrond volledig los te laten. De verdeling van de middelen over (groepen van) individuele specialisten geschiedt immers nog steeds volgens het gekozen beginsel.

Er kan dus eerst principieel een keuze gemaakt worden voor een rechtvaardigingsgrond, zonder deze keuze te sterk te laten beïnvloeden door de hoogte van de bijbehorende lasten. Vervolgens kunnen de lasten door middel van één van de hierna beschreven methodes op het gewenste peil gebracht worden.

Aftopping van de lasten

Aftopping van de lasten gaat uit van een redelijk geacht niveau van goodwill. Als gesteld wordt dat een goodwill van bijvoorbeeld f 200.000,— redelijk geacht wordt, dan kan er voor gekozen worden voor goodwill boven de f 200.000,— niets te compenseren. Het verlies van goodwill boven de f 200.000,— kan dan gezien worden als ondernemersrisico. In onderstaande tabel is per variant te zien hoeveel de lasten bedragen indien de goodwill op een bepaald niveau 'afgetopt' wordt. Het niveau van aftopping staat in de eerste kolom. Als bijvoorbeeld de goodwill afgetopt wordt op f 200.000,— dan bedragen de lasten in variant A resp. B circa f 0,6 miljard resp. circa f 0,5 miljard. Bij een aftopping op f 500.000,— luiden deze bedragen circa f 1,1 miljard resp. circa f 0,9 miljard.

Tabel 3.2 Lasten bij 'aftopping' van de goodwill in de diverse varianten

Aftopping	A	B	C	D	E	F
f 100.000	0,3	0,3	0,0	0,2	0,3	0,5
f 200.000	0,6	0,5	0,0	0,3	0,5	1,0
f 300.000	0,8	0,7	0,0	0,4	0,8	1,4
f 400.000	1,0	0,9	0,0	0,5	0,9	1,6
f 500.000	1,1	0,9	0,0	0,6	1,0	1,8
f 600.000	1,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8
f 700.000	1,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8
f 800.000	1,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8
f 900.000	1,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8
f 1.000.000	1,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8

De lasten in bovenstaand schema zijn vermeld in miljarden gulden.

Evenredig verlagen van de lasten

Evenredig verlagen van de lasten betekent niets anders dan een zodanig percentage van de lasten te nemen dat de uitkomst de gewenste last is. Als bijvoorbeeld de lasten f 100 miljoen zijn, en de gewenste lasten zijn f 75 miljoen, dan wordt van alle individuele compensaties slechts 75% uitbetaald.

3.3 Ingroeiregeling jonge specialisten

Een ingroeiregeling voor jonge, nieuw toetredende specialisten is enerzijds van invloed op de werking van enkele van de varianten, anderzijds kan een ingroeiregeling gevolgen hebben voor de wijze van financieren van de gekozen oplossing. Hierna gaan wij in op de effecten van een ingroeiregeling op de werking van de varianten. In het volgende hoofdstuk zal ingegaan worden op de effecten van een ingroeiregeling op de financiering.

Door jonge specialisten wordt bij een ingroeiregeling ingeleverd op hun inkomen. De ingroeiregeling maakt dus onderdeel uit van de nieuwe beloningsstructuur.

Bij de varianten A, B, C en D gaat de rechtvaardigingsgrond volledig uit van de goodwill uit de oude beloningsstructuur. Door een verandering in de nieuwe beloningsstructuur (i.c. een ingroeiregeling) verandert de oude beloningsstructuur (i.c. de goodwill) niet. Een ingroeiregeling heeft dus geen gevolgen voor de hoogte van de compensatie in de varianten A, B, C en D.

Bij de varianten E en F gaat de rechtvaardigingsgrond uit van de nieuwe beloningsstructuur. Een ingroeiregeling heeft dan gevolgen voor de hoogte van de compensatie in de varianten E en F.

In variant E wordt een zodanige compensatie gegeven dat de zittende specialisten vanaf invoering van de nieuwe beloningsstructuur gelijkwaardig beloond worden ten opzichte van de nieuw toetredende specialisten. Voor deze nieuw toetredende specialisten gaat een ingroeiregeling gelden. Wanneer deze ingroeiregeling tot 45 jaar geldt en niet toegepast wordt op de zittende specialisten, hoeft de zittende specialist, die jonger is dan 45 jaar, minder gecompenseerd te worden. En wel zoveel minder, dat dit materieel vanaf de ingangsdatum van de nieuwe beloningsstructuur neerkomt op een zelfde ingroeiregeling als de nieuw toetredende specialist. De lasten van variant E zullen hierdoor afnemen. Wanneer de ingroeiregeling wel gaat gelden voor zittende specialisten dan blijven de compensaties, en hiermee de lasten van variant E, ongewijzigd.

In variant F wordt een zodanige compensatie gegeven dat de zittende specialisten over hun gehele loopbaan gelijkwaardig beloond worden ten opzichte van de nieuw toetredende specialisten. Voor deze nieuw toetredende specialisten gaat een ingroeiregeling gelden. Hierdoor hoeft de zittende specialist minder gecompenseerd te worden. En wel zoveel minder, dat dit materieel over de gehele loopbaan neerkomt op een zelfde ingroeirege-

ling als de nieuw toetredende specialist. De mate van vermindering van de compensatie is afhankelijk van de leeftijd en het al dan niet van toepassing worden van de ingroeiregeling op de zittende specialisten. De lasten van variant F zullen hierdoor in vergelijkbare mate afnemen.

In het volgende hoofdstuk gaan wij in op de wijze waarop de eventuele financiële ruimte benut kan worden, ontstaan door invoering van een ingroeiregeling.

3.4 Conclusie en aanbeveling

Zoals in het begin van dit hoofdstuk al aangegeven is, lijkt variant B de beste oplossing te zijn voor de goodwill-problematiek van de medische specialisten.

Coopers & Lybrand beveelt de commissie aan deze variant over te nemen. Samengevat houdt deze oplossing in:

- 1 Geef de zittende specialisten een pensioenaanspraak die bij overlijden dan wel bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd gelijkwaardig is aan de met het prijsindexcijfer verhoogde huidige goodwill.
- 2 Breng de aanspraak onder bij een pensioenfonds of verzekeraar. Kies hierbij voor het pensioenfonds of de verzekeraar met de meest aantrekkelijke aanbieding.
- 3 Biedt de specialist de mogelijkheid de aanspraak op enig moment af te kopen. Treedt hierover in overleg met de ministeries van Financiën en SoZaWe.

4 Financiering

In het vorige hoofdstuk is een aantal alternatieven gepresenteerd om de goodwill-problematiek op te lossen. Voor al die alternatieven zijn globaal de lasten aangegeven. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de verschillende mogelijkheden om de lasten te financieren.

Onder financieren verstaan wij hier het verkrijgen van zodanige bijdragen, dat de totale lasten gedekt worden. Nadrukkelijk vermelden we dat uitstel van de uitbetaling van de lasten over een aantal jaren niet als financieringsmiddel wordt geteld. Als dergelijk uitstel mogelijk is, achten wij dat een onderdeel van de bepaling van de hoogte van de totale last.

Wel kan de financiering zelf gespreid worden over een aantal jaren. In onderstaand schema is aangegeven welk bedrag jaarlijks bijgedragen moet worden om een totale last van f 1 miljard te financieren. De bijdrage is sterk afhankelijk van de gekozen looptijd en de verwachte rentevoet.

Tabel 4.1 Jaarlijkse betaling (aan het einde van ieder jaar) in miljoenen gulden ter financiering van een last van f 1 miljard, bij diverse looptijden en rentevoeten

Looptijd \ Rentevoet	0%	6%	7%	8%	9%
5 jaar	200	238	244	250	257
10 jaar	100	136	142	149	156
15 jaar	67	103	110	117	124
20 jaar	50	87	94	102	110
25 jaar	40	78	86	94	102
30 jaar	33	73	81	89	97
eeuwigdurend	0	60	70	80	90

Bij de keuze voor een bepaalde looptijd ligt het voor de hand aansluiting te zoeken bij de pensioengedachte. Bij pensioenfinanciering is het gebruikelijk de financiering op de pensioenleeftijd (65 jaar) voltooid te hebben. Uitgaande van de jongste specialist (35 jaar) is de looptijd dan maximaal 30 jaar. Uitgaande van een gemiddelde leeftijd van tussen de

40 jaar en de 45 jaar, zou de looptijd maximaal tussen de 20 en 25 jaar moeten zijn. In het vervolg zullen wij voorbeelden geven, uitgaande van een looptijd van 30 jaar. Met behulp van bovenstaand schema kan het effect van een andere looptijd eenvoudig bepaald worden.

In dit hoofdstuk wordt allereerst de fundamentele keuze voor afwikkeling door middel van vermogensvorming beargumenteerd. Daarna gaan we nader in op de verschillende mogelijkheden om het fonds te vullen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen:

- a financiering als gevolg waarvan het macro-budget verhoogd wordt;
- b financiering binnen het huidige macro-budget.

Uiteraard zijn diverse mengvormen van de geschetste mogelijkheden denkbaar. Om het scala aan mogelijkheden overzichtelijk te houden presenteren wij hier slechts de zuivere varianten.

4.1 Vermogensvorming is essentieel

Het is mogelijk om de goodwill-problematiek af te wikkelen zonder of met vermogensvorming.

Zonder vermogensvorming

Een financieringssysteem zonder vermogensvorming impliceert een omslagsysteem. Hierbij worden de compensaties, die in enig jaar uitgekeerd worden, in datzelfde jaar omgeslagen over de financiers. De compensatie-uitkeringen over de verschillende jaren zijn moeilijk beïnvloedbaar als eenmaal is gekozen voor een bepaald systeem van afwikkeling. De uitkeringen zullen door de jaren fluctueren als gevolg van de verschillen in hoogte van de goodwill, de leeftijdsopbouw van de specialisten en de gekozen oplossingsvariant. In een omslagsysteem fluctueren daarmee de bijdragen van de financiers.

Met vermogensvorming

Bij een financieringssysteem met vermogensvorming wordt de fluctuatie in de jaarlijkse uitkeringen opgevangen door het gevormde vermogen en die hierop behaalde beleggingsresultaten. Uit het oogpunt van een gezonde financiële bedrijfsvoering waarin elementen als voorspelbaarheid en continuïteit een belangrijke rol spelen is het derhalve zinvol een financierings-systeem te kiezen, waarin vermogensvorming een belangrijke rol speelt.

Het fonds, dat de uiteindelijke regeling gaat uitvoeren, heeft op zijn balans de verplichtingen staan die zij aangaat. De waarde van deze verplichtingen is exact gelijk aan de totale lasten van de oplossingsvariant. Hiertegenover dient voor eenzelfde bedrag aan bezittingen te staan. Aangezien er in het begin nog geen vermogen in het fonds aanwezig is zal er een vordering op de financiers bestaan ter grootte van de totale last. Deze vordering wordt gedurende de financieringsperiode geleidelijk afgelost, en wordt daarmee vervangen door belegd vermogen. Deze constructie brengt met zich mee dat de jaarlijkse

vooraf vastgestelde bijdrage van de financiers verre van vrijblijvend is en dus juridisch in de vorm van een vordering gegoten dient te worden.

4.2 Financiering als gevolg waarvan het macrobudget verhoogd wordt

De totale lasten voor de afwikkeling van de goodwill-problematiek kunnen gefinancierd worden uit de algemene middelen. Afhankelijk van de termijn waarover de bijdragen gespreid dienen te worden, kan uit het hiervoor aangegeven schema de hoogte van de bijdrage per jaar bepaald worden (bij een totale last van f 1 miljard en een looptijd van 30 jaar tegen 7%, gaat het om een jaarlijkse bijdrage van f 81 miljoen).

In dat geval geeft de overheid jaarlijks een bepaalde bijdrage aan het fonds. De overheid kan de rekening hiervoor leggen bij de burger (b.v. belastingverhoging) ofwel door middel van verhoging van ziektekostenpremies, verhalen op de verzekerden. Wanneer de financiering middels een verhoogde premie wordt uitgevoerd, leidt dit tot een verhoging van het macrobudget. Echter ook in het geval de bijdragen van de overheid verkregen worden door bijvoorbeeld belastingverhoging, kunnen deze bijdragen gedefinieerd worden als een verhoging van het macrobudget.

Een andere wijze van financiering, die leidt tot verhoging van het macrobudget, is een (tijdelijke) rechtstreekse verhoging van de tarieven. Vervolgens dienen de specialisten de hogere inkomsten als gevolg van de tariefverhoging af te dragen aan het fonds. Een tariefverhoging leidt ertoe dat de ziekenfondsen en verzekeraars met hogere uitgaven geconfronteerd worden. Eventueel kunnen afspraken gemaakt worden over het al dan niet verhalen van deze rekening op de verzekerden, door een (tijdelijk) verhoogde premie.

Met deze financieringwijzen wordt waarschijnlijk geweld gedaan aan de uitgangspunten van de Commissie, omdat daarmee impliciet het macrokader toeneemt. Immers de totale kosten van de gezondheidszorg (inclusief afwikkeling goodwill) zullen hierdoor toeneemen boven het niveau dat zonder een dergelijke financiering bereikt zou worden. Derhalve achten wij het niet zinvol nader op deze mogelijkheid in te gaan.

4.3 Financiering binnen het huidige macrokader

Ter financiering van de afwikkeling van de goodwill-problematiek binnen het huidige macrokader, zijn de volgende mogelijkheden aan te geven:

- a tariefkorting;
- b inkomens/honoreringsnormering;
- c ingroeiregeling;
- d verwachte besparingen aanwenden;
- e overige maatregelen.

Financiering middels tariefkorting

De kosten van de huidige goodwillregeling zijn niet expliciet in de tarieven verwerkt. Bij de huisartsen was dit wel het geval. Toch zullen de kosten van de goodwillregeling, uitgaande van het marktprincipe, op een of andere manier, direct of indirect, in de tarieven verwerkt zijn. Vanuit deze redenering kan gesteld worden dat bij afschaffing van de goodwill de tarieven verlaagd kunnen worden. Het ligt dan voor de hand de financiering middels een tariefkorting te realiseren. Niettegenstaande deze redenering kunnen specialisten een tariefkorting ervaren als een 'sigaar uit eigen doos'.

Op de korting van de tarieven zijn nog diverse varianten mogelijk door te differentiëren naar verschillende specialismen of verrichtingen, maar zowel voor de helderheid van de beschouwing als uit het oogpunt van een rechtvaardige verdeling van de financiering tussen de specialisten is een vast percentage voor de korting het meest aangewezen.

Uitgaande van een vast percentage voor de korting gedurende een aantal jaren, wordt bereikt dat alle specialisten (ook zij die pas na de afschaffing van de goodwill actief zijn geworden) bijdragen aan de financiering. Bovendien wordt met een vast percentage bereikt dat de specialisten met de hoogste omzet in absolute termen (bruto) ook het meest bijdragen.

Omdat een vast percentage korting het macrokader met hetzelfde percentage doet afnemen is eenvoudig uit een combinatie van de bedragen genoemd in het vorige hoofdstuk en tabel 4.1 af te lezen welk percentage gedurende welke termijn gekort moet worden om in de volledige financiering te voorzien.

Als voorbeeld nemen we een bedrag van f 1 miljard dat in 30 jaar dient te zijn gefinancierd. Uit tabel 4.1 lezen we af dat bij een financiering in 30 jaar (rekening houdend met een rente van 7%) jaarlijks f 81 miljoen dient te worden bijgedragen. Tegen de achtergrond van het totaal aan jaarlijkse kosten voor specialistische hulp van f 2.5 miljard betekent dit een kortingspercentage van 3,24%.

Deze (tijdelijke) tariefkorting zal resulteren in lagere uitgaven bij de ziekenfondsen en ziektekosten verzekeraars, die het bedrag waarmee de uitgaven verlaagd worden vervolgens afdragen aan het fonds.

Financiering middels inkomensnormering

Wanneer inkomens van de medisch specialisten genormeerd zullen worden, én deze normering komt neer op een verlaging van het gemiddeld inkomen, dan kan deze normering als een financieringsinstrument ingezet worden. Per saldo komt er immers in de hiervoor veronderstelde situatie geld vrij. Ook bij deze financieringsmogelijkheid zijn er weer allerlei varianten denkbaar door bijvoorbeeld de inkomens te normeren per specialisme.

Voor de berekening van de effecten van inkomensnormering en derhalve ook voor de indicatie van de vereiste norminkomens is een gedetailleerd inzicht in de verdeling van

de inkomens noodzakelijk. Aangezien wij daar niet over beschikken kan op dit moment slechts een indicatieve berekening gemaakt worden.

Uit tabel 4.1 is af te lezen dat bij een te financieren bedrag van f 1 miljard eeuwigdurend f 70 miljoen jaarlijks bijgedragen moet worden, uitgaande van een rente van 7%. Bij in totaal 5827 vrijgevestigde specialisten (zie bijlage 1) komt dit neer op een gemiddelde inkomensdaling per vrijgevestigde specialist van circa f 12.000.

Financiering middels een ingroeiregeling

Een specifieke variant op de inkomensnormering behandelen we apart: financiering middels een ingroeiregeling. Dergelijke regelingen zijn vrij gebruikelijk onder vrije beroepsbeoefenaren in maatschapsverband en kunnen dus goed aansluiten bij de huidige praktijk. Daarnaast is er ook uit maatschappelijk oogpunt iets te zeggen voor deze regelingen omdat het aannemelijk is dat startende specialisten nog niet die mate van efficiency bereiken, die de ervaren specialisten realiseren. Tenslotte kan nog beargumenteerd worden dat nieuwe specialisten in tegenstelling tot het oude systeem geen goodwill betalen en dus in de eerste jaren (waarin ze vroeger de goodwill-schuld aflostten) een hoger besteedbaar inkomen hebben.

Ook voor ingroeiregelingen zijn diverse varianten denkbaar. In de eerste plaats kan een onderscheid gemaakt worden in regelingen waarbij de ingroei in absolute bedragen wordt gedefinieerd ten opzichte van regelingen waarbij de ingroei als een percentage van omzet of inkomen wordt gedefinieerd. Regelingen die luiden in termen van absolute bedragen zijn in feite niets anders dan varianten op de normering van de inkomens, zoals hiervoor behandeld. In de praktijk luiden bijna alle regelingen in termen van percentages van omzet of inkomen. Wij gaan dan ook hier uit van dergelijke regelingen.

In de tweede plaats zijn er varianten mogelijk die te maken hebben met het startnivo van de beginnende specialist: start hij op 50 % van het volle inkomen of op 75 %. In de praktijk zien we voornamelijk startniveaus die variëren van 50 % tot 75 %.

De derde variatie mogelijkheid is de omvang van de stappen die in de ingroei worden genomen. Uiteindelijk worden deze stappen vastgesteld door het te overbruggen percentage te delen door de lengte van de ingroeiperiode. In de praktijk zien we veelal ingroeiperiodes van 5-10 jaar en stapgroottes van 5-10 %.

Uiteraard is de opbrengst van financiering door middel van een ingroeiregeling sterk afhankelijk van de gekozen uitgangspunten zoals startniveau en stapgrootte. Onderstaand behandelen wij enkele voorbeelden.

Onderstaande voorbeelden gaan uit van:

- een gemiddeld inkomen van f 250.000
- 300 nieuwe specialisten per jaar
- toepassing van de ingroeiregeling op alleen de nieuw toetredende specialisten

Bij een startnivo van 70%, een jaarlijkse toename van eerst 5% en het laatste jaar 10%, en een ingroeiperiode van 5 jaar, levert de ingroeiregeling na 5 jaar jaarlijks circa f 75 miljoen op.

Bij een startnivo van 60%, een jaarlijkse toename van 8%, en een ingroeiperiode van 5 jaar, levert de ingroeiregeling na 5 jaar jaarlijks circa f 90 miljoen op.

Bij een startnivo van 50%, een jaarlijkse toename van 5%, en een ingroeiperiode van 10 jaar, levert de ingroeiregeling na 10 jaar jaarlijks circa f 220 miljoen op.

Bij een lager gemiddeld inkomen of aantal nieuwe specialisten worden bovenstaande bedragen recht evenredig lager.

Financiering middels verwachte besparingen

Onderscheid kan gemaakt worden naar de oorzaak van de te verwachten besparingen. Enerzijds kan de financiering gezocht worden in het alsnog realiseren van besparingen waarover in het verleden afspraken zijn gemaakt. Anderzijds kan de financiering gezocht worden in het tijdelijk aanwenden van besparingen die voortvloeien uit maatregelen zoals die door de Commissie voorgesteld worden.

Nog niet gerealiseerde besparingen

In 1988 is voorgesteld om de kostenvergoeding in het tarief van medische specialisten te verlagen. Momenteel is deze verlaging van de kostenvergoeding nog niet geheel gerealiseerd. Wanneer dit alsnog gerealiseerd kan worden, wordt een financieringsbron verkregen door tijdelijk deze besparing aan te wenden voor de afwikkeling van de goodwill-problematiek.

Tevens kunnen nog te verrekenen gelden, in het kader van het Vijf Partijen Accoord, aangewend worden voor de financiering van het fonds.

Besparingen als gevolg van maatregelen voorgesteld door de Commissie

Het geheel aan maatregelen zoals deze door de Commissie worden voorgesteld, kunnen wellicht leiden tot besparingen in de ziekenhuizen. Indien de kosten voor het ziekenhuis dalen door efficiency-effecten als gevolg van de voorstellen van de Commissie, ontstaat er ruimte in de budgetten. Het gaat bij deze effecten in eerste instantie om een daling van de variabele kosten als gevolg van het efficiency-streven in de instellingen. Op langere termijn mag echter verwacht worden dat de effecten zich zullen vertalen in structurele (vaste kosten) besparingen.

Het inschakelen van deze financieringsmogelijkheid berust echter sterk op het vertrouwen dat men heeft omtrent (in de toekomst) te bereiken besparingen. Het is in de eerste plaats aan het oordeel van de Commissie om te bepalen of dit vertrouwen voldoende groot is om deze financieringsmogelijkheid te gebruiken.

Daar staat echter tegenover dat de te verwachten zij-effecten van deze financieringsmogelijkheid volledig parallel lopen aan de door de Commissie gewenste ontwikkelingsrichting

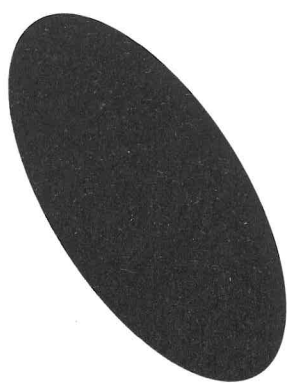
voor de specialistische zorg (efficiency, verantwoordelijkheid op het juiste niveau etc). Daarmee is een krachtig argument aanwezig om in ieder geval voor een deel van de financiering naar deze mogelijkheid te kijken.

Als gevolg van deze te verwachten besparingen kunnen de ziekenhuis-budgetten dalen. Door de feitelijke verlaging van de ziekenhuis-budgetten gedurende een bepaalde termijn uit te stellen, kunnen de ziekenhuizen uit hun budget bijdragen aan het fonds leveren. In het geval de budgetten van de ziekenhuizen verlaagd worden met de te verwachten besparingen, ontstaat bij de overheid ruimte om in de financiering van het fonds te voorzien.

Overige maatregelen

Voorts kan ter financiering van de afwikkeling van de goodwill-problematiek nog gedacht worden aan bijvoorbeeld een verdere normering en uniformering van de verrichtingenlijsten en bijbehorende declaratieregels. Tevens zou gedacht kunnen worden aan het overhevelen van delen van de omzet van medische specialisten naar de ziekenhuizen. Voorzover hierdoor per saldo kosten bespaard kunnen worden, ontstaat ruimte voor de financiering.

Bijlagen

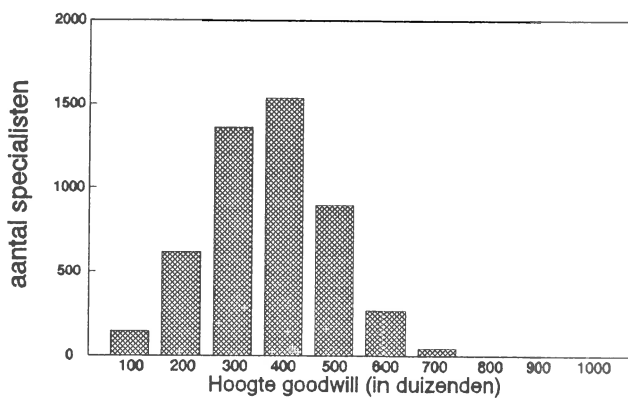


1 Aannames bij de berekeningen

- a Het aantal vrijgevestigde medische specialisten, die de mogelijkheid hebben om goodwill over te dragen wordt voor 1992 geschat op 4866.
 - Bij het Pensioenfonds Medische Specialisten zijn (per 31-12-1992) 5827 deelnemers aangesloten die hun beroep actief uitoefenen. De deelnemers aan de regeling van het Pensioenfonds Medische Specialisten betreft in principe alle ingeschreven medische specialisten, tenzij een vrijstelling wordt verleend. Vrijstellingen worden verleend op basis van ondermeer het werken in dienstverband met daaraan gekoppeld een pensioenregeling
 - Op basis van de enquête van Paardekooper & Hoffmann, stelt het WAPO-rapport (1982) dat 83,5 % van de zelfstandigen gerechtigd zijn om de goodwill over te dragen. Wij hebben dit percentage toegepast op het aantal vrijgevestigden (5827), hetgeen leidt tot een doelgroep van 4866 medische specialisten;
- b Het gemiddelde goodwill-bedrag wordt geschat op f 368.475
 - De totale uitgaven in 1992 voor medisch specialistisch hulp bedraagt volgens het Financieel Overzicht Gezondheidszorg f 2526 miljoen. Dit bedrag omvat naast de totale omzet van vrijgevestigde medische specialisten waarschijnlijk ook de particuliere declaraties van medisch specialisten in academisch ziekenhuizen. Door het ontbreken van gegevens hebben wij geen schatting kunnen maken voor uitgaven die betrekking hebben op de particuliere declaraties door academische specialisten in loondienst. We hebben als uitgangspunt genomen dat de totale uitgaven van f 2526 miljoen betrekking hebben op de omzet van vrijgevestigde specialisten;
 - Uitgaande van 5827 vrijgevestigde specialisten, leidt dit tot een gemiddelde omzet van f 433.500 per vrijgevestigde specialist;
 - De goodwill is gebaseerd op de omzet. Op basis van berekeningen van WAPO, stellen wij dat gemiddeld de goodwill 85% van de omzet bedraagt. Dit resulteert in een gemiddelde goodwill van f 368.475.
- c Wij hebben aangenomen dat de verdeling van de goodwill-sommen een normale verdeling volgen, met een gemiddelde van f 368.475 en een standaardafwijking van 1/3 van dit gemiddelde (zie figuur 4);
- d De gehanteerde leeftijdsverdeling (zie figuur 5) van de vrijgevestigde medische specialisten is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van het totaal aantal geregistreerde specialisten volgens het Specialisten Register bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg.

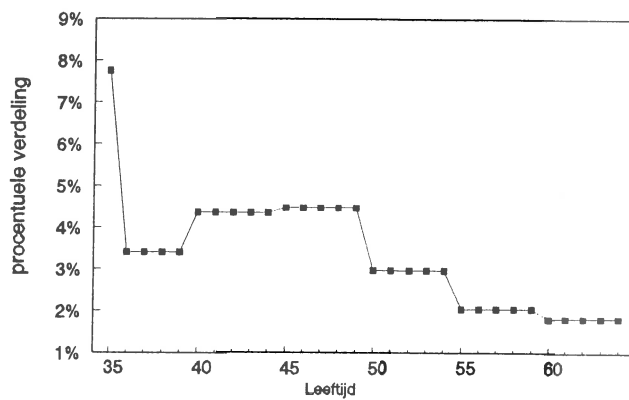
Figuur 4

Goodwill-verdeling medische specialisten



Figuur 5

Leeftijdsverdeling medische specialisten



Vervolgens is er van uitgegaan dat:

- Specialisten vanaf 65 jaar niet meer werkzaam zijn;
 - Werkzame specialisten jonger dan 35 jaar (4% van de populatie) 35 jaar zijn.
- e Wij veronderstellen dat de aankoop van een praktijk plaats vindt op 35 jarige leeftijd;
- f Wij veronderstellen dat de verkoop van een praktijk plaats vindt op 65 jarige leeftijd;
- g Wij veronderstellen dat de opbouw van pensioen plaats vindt tussen de leeftijd 35 en 65 jaar;
- h Een vergelijking wordt gemaakt met een pensioenregeling die uitgaat van:
- een beschikbaar pensioenkapitaal op pensioendatum dat gelijk is aan de met inflatie gecorrigeerde goodwill-som op pensioendatum;
 - een beschikbaar pensioenkapitaal bij overlijden voor de 65-jarige leeftijd dat gelijk is aan de met inflatie gecorrigeerde goodwill-som;
- i Voor de bepaling van de hoogte van de backservice zijn wij uitgegaan van een fictieve pensioenpremie. Deze fictieve pensioenpremie is de actuariel benodigde premie vanaf 35 jaar welke benodigd is voor de in (h) genoemde fictieve pensioenregeling;
- j De premiebetaling vindt plaats tussen 35 en 65 jaar. In geval van invaliditeit of overlijden voor de pensioendatum stopt de premiebetaling. De te betalen pensioenpremie is een bruto gelijkblijvende jaarpremie zoals gehanteerd voor collectieve contracten;
- k Als inflatiepercentage wordt 3% gehanteerd;
- l Het te behalen rendement wordt 7% verondersteld;
- m De backservice is de netto premiereserve op basis van een actuariële rekenrente van 4%, verhoogd met 2,5% excasso-kosten;
- n De kostenopslag voor een bruto pensioenpremie bedraagt 10%;
- o Wij veronderstellen dat voor de betaling van de goodwill-som een annuitaire lening is afgesloten op 35 jarige leeftijd, voor de duur van 10 jaar met een rentepercentage van 12%. Voor de bepaling van de nog af te lossen schuld gaan wij uit van de nog resterende looptijd op basis van een discontovoet van 12%.
- p De beginschuld die is aangegaan ten behoeve van de goodwill, wordt gesteld op de met inflatie gecorrigeerde huidige goodwill-som;
- q De lasten in variant B zijn als volgt bepaald:
- vanuit de veronderstelde goodwill-verdeling zijn de huidige goodwill-rechten bepaald;

- deze rechten worden in de toekomst uitgekeerd;
 - met behulp van de veronderstelde leeftijdsverdeling en sterftestatistieken is vastgesteld op welk moment de uitkeringen plaats zullen vinden;
 - de huidige goodwill-rechten zijn tot het moment van uitkeren geïndexeerd met het veronderstelde inflatiecijfer;
 - aldus ontstaat een toekomstige uitkeringenstroom;
 - om over 10 jaar een uitkering van bijvoorbeeld f 1.000,— te doen, is bij een rendement van 7% nu slechts f 508,35 nodig. Dit bedrag zal immers door rente in 10 jaar aangroeien tot f 1.000,—;
 - de toekomstige uitkeringenstroom is op deze zelfde wijze omgerekend naar een bedrag per heden, uitgaande van het veronderstelde rendement;
 - op deze wijze resulteert een last van circa f 1,0 miljard.
- r In tabel 4.1 is de jaarlijkse betaling vermeld ter financiering van een last van f 1 miljard, bij diverse looptijden en rentevoeten. Deze betalingen zijn als volgt bepaald:
- uitgaande van de gekozen looptijd wordt een toekomstige betalingenstroom vastgesteld;
 - op de hierboven beschreven wijze wordt deze betalingenstroom omgerekend naar een bedrag per heden, uitgaande van de gekozen rentevoet;
 - de grootte van de betaling wordt zodanig gekozen dat de naar heden omgerekende betalingenstroom gelijk is aan f 1 miljard;
 - op deze wijze resulteert bij een looptijd van 30 jaar en een rentevoet van 7% een jaarlijkse betaling van circa f 81 miljoen.

2 Goodwill als bedrijfseconomisch begrip

Algemeen

Het begrip 'Goodwill' wordt al honderden jaren gebruikt. Aan het begin van de eeuw begon een nog steeds voortdurende discussie omtrent de definitie en de afbakening van het begrip. De afbakening wordt met name gewenst door de fiscus om de fiscale voordelen die bij het berekenen en betalen van goodwill worden gegund te beperken.

Voor de medisch specialisten is de definitie van goodwill van de Hoge Raad uit 1953 van praktische betekenis. In die omschrijving brengt goodwill de winstcapaciteit van een bedrijf boven een normaal rendement van het daarin belegde vermogen en boven een normale beloning van de arbeid van de ondernemer, tot uitdrukking. De goodwill vertegenwoordigt dus de meerwaarde, die boven het belegde vermogen aan het bedrijf kan worden toegerekend. Kortom, goodwill is gekapitaliseerde overwinst.

Wat in deze omschrijvingen ontbreekt is, dat de discussie over goodwill slechts van belang is, indien de mogelijkheid bestaat zelfstandig een opvolger aan te wijzen. Komt die bevoegdheid, geheel of gedeeltelijk, toe aan een ander dan is er geen verhandelbaar vermogensbestanddeel.

Goodwill is dus de overdraagbare financiële uitkomst van de verwachting dat door aan de praktijk klevende gunstige omstandigheden, meer kan worden verdiend dan indien zelf een praktijk wordt opgebouwd. Het gaat daarbij niet om zeer specifieke deskundigheden en overige kwaliteiten van de vertrekkende specialist, noch om de mogelijkheid veel te verdienen door domweg meer te werken, maar om aan de praktijk verbonden omstandigheden, zoals een gunstig patiëntenbestand, een door de praktiserende specialisten opgebouwde goede reputatie, of bijvoorbeeld een zeer goede organisatie waardoor kostenbesparend wordt gewerkt.

Uit het enkele feit dat op dit ogenblik 'goodwill' gevraagd en betaald wordt bij de overname van een specialisten praktijk is niet rechtstreeks af te leiden dat de bovenstaande definitie van toepassing is. Het is evenzeer mogelijk dat monopolioïde elementen in de opbouw van het specialistenbestand leiden tot een 'entreprijs', die door het leven gaat onder de naam 'goodwill'.

Omdat zittende specialisten bij beëindiging van hun praktijk in de huidige situatie veelal een goodwill-som kregen van hun opvolgers, is de gewoonte ontstaan om de goodwill-

som aan te wenden als aanvulling op de oudedagsvoorziening. Dit impliceert echter geenszins dat goodwill ook maar in enigerlei vorm kan worden gemotiveerd vanuit een visie op de oudedagsvoorziening.

Onder de MCZ-voorstellen

De Commissie MCZ doet een aantal aanbevelingen met betrekking tot de organisatorische plaats van de medisch specialisten in het medisch bestel. In de visie van de commissie dient de curatieve zorg zich te ontwikkelen naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. In dit bedrijf dragen het ziekenhuis en de specialist gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het aanbod van zorg binnen de budgettaire beperkingen zoals die met de zorgverzekeraars zijn overeengekomen.

Voorop in dit systeem staat het kritisch kostenbewuste zorgaanbod, waarbij de middenstroom (ziekenhuis en specialist) is geïntegreerd. Het ligt dan voor de hand dat het honorarium van de specialist in een contract tussen de specialist en het ziekenhuis geregeld wordt.

Als gevolg van deze ontwikkeling komt het systeem van goodwill-verrekening tussen elkaar opvolgende specialisten in een geheel ander perspectief te staan. Zolang de specialist nog als een economisch zelfstandig dienstverlener wordt beschouwd, kan aan zijn praktijk een waarde worden toegekend. Die waarde is in feite gekapitaliseerde (over)winst – vloeit voort uit de 'ondernemerspremie' die de specialist zich weet te verwerven. Voor een deel berust die premie op de positie van de individuele specialist, zijn renommee en patiëntenkring. Voor een ander deel is zij het gevolg van de monopolioïde marktstructuur, die nu eenmaal het gevolg is van beperkingen in de toegang tot die markt, ook al zijn deze beperkingen ingegeven door kwaliteitsoverwegingen.

Hoe dit ook zij, de geschetste veranderingen van de organisatorische positie tasten het goodwill systeem wezenlijk aan. Hoezeer de specialist in professioneel opzicht ook zelfstandig blijft als marktpartij/dienstverlener – in economische zin dus – verliest de specialist de kenmerken waaraan het bestaan van goodwill is verbonden. De specialistenpraktijk – voorzover geïntegreerd in de ziekenhuisorganisatie – vormt geen overdraagbaar vermogensbestanddeel meer, maar een positie waaraan uitsluitend een tijdgebonden honorarium is verbonden.

Door de veranderingen in de organisatorische positie van de specialist wordt dus impliciet een einde gemaakt aan de voorwaarden waaronder een systeem van goodwill-verrekening kan bestaan. Korthedshalve gebruiken we voor deze veranderingen in het vervolg de term 'afschaffen van goodwill'.

Goodwill wordt beïnvloed door externe omstandigheden. De vraag in de markt kan wijzigen, een eens moderne productiestructuur kan verouderen en inadequaat blijken te worden. Door overheidsingrepen kan de winstgevendheid worden beperkt of juist vergroot.

Een ondernemer heeft met dergelijke factoren te maken en zal zijn planning en strategie daarop trachten af te stemmen. Een ondernemer werkzaam in een omgeving waarbij de overheid een dominerende rol speelt, zoals bij de medisch specialist, zal rekening dienen te houden met de mogelijkheid dat de overheid de spelregels beïnvloedt en wijzigt. Dit kan zelfs zover gaan dat bepaalde bedrijfsactiviteiten feitelijk onmogelijk worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan milieumaatregelen die vuilverbranding en mestproductie verbieden of sterk beperken. De winstgevendheid van het agrarische bedrijf wordt daardoor negatief beïnvloed. Of denk aan de afsluiting van de Zeeuwse zeearmen, waardoor de vissers in dat gebied hun inkomsten sterk zien dalen. Dergelijke maatregelen hebben vanzelfsprekend een belangrijk effect op de goodwill van de boeren resp. de vissers.

Op het moment dat de overheid middels regelgeving substantiële wijzigingen te weeg brengt in de inkomsten van een specialist, zal dit op dezelfde wijze tot uitdrukking komen in de goodwill berekening. Net als bij ondernemers in andere sectoren vormt de goodwill bij de medisch specialist een bate uit de onderneming en komt het voor risico van die onderneming. Het 'waardeverlies' van de goodwill dat (mede) wordt veroorzaakt door overheidsmaatregelen hoort dan ook als een normaal ondernemersrisico voor rekening van de specialist te komen.

3 Goodwill als beloningscomponent

Algemeen

In deze visie wordt goodwill gezien als een onderdeel van het totale beloningspakket. Dat wil zeggen dat het totaal van:

- a betaalde goodwill
- b inkomen gedurende actieve periode
- c ontvangen goodwill

beschikbaar is om gedurende de totale tijd van start actieve periode tot aan overlijden, in het levensonderhoud te voorzien. Dit is de momenteel impliciet gehanteerde visie bij specialisten.

Als equivalent alternatief voor deze visie kan gelden de benadering dat het totaal van

- a inkomen gedurende actieve periode
- b betaalde (extra) pensioenpremie
- c ontvangen pensioen

beschikbaar is voor dezelfde periode. In principe maakt het geen verschil of de eerste dan wel de tweede benadering wordt gevolgd voor de totaal beschikbare middelen.

Uit deze equivalentie volgt dan ook de fundamentele mogelijkheid om goodwill met pensioen te compenseren.

Onder de MCZ-voorstellen

In de huidige situatie wordt goodwill gehanteerd als een alternatieve vorm voor het vergaren van pensioenkapitaal. In de nieuwe situatie zal goodwill niet meer bestaan, waardoor pensioenkapitaal op de gebruikelijke wijze opgebouwd dient te worden.

Het moge duidelijk zijn dat er een evenwichtssituatie kan worden bepaald waarin het totaal besteedbaar inkomen over genoemde periode gelijk is:

- het inkomen (na pensioenpremies en belasting) gedurende de actieve periode plus pensioeninkomen is gelijk aan
- het inkomen (na belasting) gedurende de actieve periode plus het saldo van ontvangen en betaalde goodwill.

Coopers & Lybrand acht het van belang deze evenwichtssituatie in eerste instantie in kaart te brengen. Daardoor kan duidelijk worden gemaakt dat afschaffing van het goodwillstelsel als zodanig geen inkomensconsequenties behoeft te hebben voor de betrokken

beroepsgroep. Dit is met name van betekenis voor nieuwe toetreders. Zij dienen te beseffen dat de contante waarde van wat zij zouden hebben betaald aan hun voorganger in het oude goodwill-systeem in het algemeen hoger is dan de contante waarde van wat zij – zeg 30 jaar later – van hun opvolger zouden hebben ontvangen. Op moment van betaling van de goodwill door de overnemende specialist (35 jarige leeftijd) wordt de goodwill bepaald door de dan geldende omzet. De contante waarde op dat moment (35 jarige leeftijd) van de in de toekomst te ontvangen goodwill (65 jarige leeftijd) van hun opvolger wordt bepaald door de over de periode van 30 jaar gegroeide omzet, verdisconteerd met de gemiddelde rente over die 30 jaren.

Is de groei van de omzet over 30 jaar groter dan de cumulatieve rente over 30 jaar dan is de goodwill bedrijfs-economisch gezien een goede investering geweest. Omgekeerd, als de groei van de omzet niet uitstijgt boven de rente is sprake van een onvoordelige investering.¹

Ceteris paribus verdient het pensioensysteem derhalve ook uit inkomensoverwegingen de voorkeur van de aankomend specialisten.

Men kan zich afvragen of bij de zittende generatie van specialisten een gevoelsmatige 'onteigening' plaatsvindt wanneer het goodwill-systeem wordt afgeschaft en, a fortiori, of een financiële tegemoetkoming daarvoor op zijn plaats zou zijn. Coopers & Lybrand acht dit een weinig vruchtbare benadering van het onderhavige vraagstuk. Discussiëren in termen van 'bezit' en 'waarde' (van goodwill) is inherent subjectief. Coopers & Lybrand geeft de voorkeur aan een meer modelmatige benadering.

Een modelmatige benadering van de evenwichtssituatie is ook van belang voor een rationele analyse van de positie van de zittende specialisten in de onderscheiden leeftijdscategorieën. In wezen komt de systeemverandering neer op het vooraf, in plaats van achteraf, financieren van de pensioenvoorziening voor de specialist. In een cijfermatig model kunnen de consequenties van die overgang in kaart worden gebracht.

Teneinde de discussie omtrent (afschaffing van) het goodwill systeem zuiver te houden, kan pas in tweede instantie een verandering van het totale inkomensniveau aan de orde komen, al dan niet in de vorm van een herverdeling tussen de onderscheiden categorieën van specialisten.

1 Uit CBS-statistieken blijkt dat over de afgelopen 22 jaar de rente gemiddeld 8.23% is. Indien de omzetontwikkeling per specialist achterblijft bij het toekomstige CBS-rendement kan worden gesteld dat goodwill een onvoordelige investering is.

4 Nadere uitwerking varianten D, E en F

De opbrengst van de goodwill werd van oudsher aangewend als oudedags-voorziening voor medisch specialisten (en andere vrije beroepsbeoefenaren). Door de introductie van een (verplicht gesteld) pensioenfonds voor medisch specialisten (PMS) is dit niet veranderd. Nog steeds wordt tenminste een belangrijk deel van de opbrengst van goodwill overdracht aangewend om in het onderhoud tijdens de oude dag te voorzien.

In de nieuwe beloningsstructuur zal de goodwill component uit het pensioenkapitaal wegvallen. Er is immers geen goodwill meer. In plaats van het eenmalig aanwenden van de opbrengst van de goodwill overdracht zal pensioenkapitaal gedurende de gehele werkzame periode moeten worden opgebouwd. Het pensioenkapitaal zal (*ceteris paribus*) gelijk moeten zijn aan de verwachte opbrengst van de goodwill overdracht.

Voor nieuw toetredende specialisten heeft deze wijziging geen negatieve gevolgen. Immers de noodzakelijke aflossingen van het voor de goodwill overdracht bijgebrachte kapitaal, hoeven niet langer te worden gefinancierd. In plaats daarvan komt de (loopbaanlange) verplichting om pensioenpremie af te storten bij de pensioenverzekeraar. Het pensioensysteem werkt ten opzichte van een goodwill-systeem immers, zoals is betoogd in bijlage 3, gunstig uit.

Het opnemen van de huidige generatie specialisten in de nieuwe beloningsstructuur vereist echter een overgangsregeling. Zij rekenden immers op de goodwill om een deel van hun pensioen mee te financieren. Over de reeds verstreken werkzame periode zullen zij geen pensioenkapitaal hebben opgebouwd voor het deel waarin vroeger een (tijdsevenredig) deel van de goodwill voorzag. Op het moment dat zij in de nieuwe beloningsstructuur worden opgenomen, worden zij geconfronteerd met de zogenaamde backservice verplichting ten behoeve van de opbouw van het pensioenkapitaal ter grootte van de goodwill som.

Naarmate de loopbaan van de specialist verder is gevorderd is deze verplichting groter.

Bovendien wordt een aantal specialisten, naast de nu geïntroduceerde verplichting tot het betalen van pensioenpremie, geconfronteerd met de financieringslast van de betaalde goodwill. Zij hebben gedurende de financieringstermijn (aanzienlijk) hogere lasten dan de nieuw toetredende specialisten.

Tenslotte zijn vrijwel alle huidige specialisten in het verleden geconfronteerd met goodwill betalingen. Naast deze betalingen ontstaat nu de verplichting om pensioenkapitaal bijeen te brengen.

In dit hoofdstuk bespreken wij een drietal mogelijke denkwijzen voor de beloning van specialisten, die leiden tot even zoveel overgangsregelingen van het huidige goodwill systeem naar een pensioensysteem, waarbij wordt uitgegaan van het Equivalentiebeginsel 'gelijkwaardige beloning'. Bij gelijkwaardig belonen wordt uitgegaan van de fictie dat voor de huidige en toekomstige generatie specialisten de honoreringsstructuur niet wijzigt met uitzondering van de goodwill. In plaats van goodwill wordt een pensioenkapitaal opgebouwd ter grootte van de (vroegere) goodwill-som.

De varianten verschillen in het tijdstip vanaf wanneer dit equivalentiebeginsel wordt toegepast:

- 1 Gelijkwaardig belonen vanaf pensioendatum, 65 jaar (Variant D)
- 2 Gelijkwaardig belonen vanaf nu (Variant E)
- 3 Gelijkwaardig belonen met terugwerkende kracht (Variant F)

Gelijkwaardig belonen vanaf pensioendatum (Variant D)

Deze overgangsregeling is gebaseerd op het uitgangspunt dat de overgang van oude naar nieuwe situatie geen nadelige invloed dient te veroorzaken op de oudedagsvoorziening na het beëindigen van de praktijk. De beloning van 'nieuwe' en 'oude' generaties (vrijgevestigde) specialisten, dient vanaf de pensioendatum (zeg 65 jaar) gelijk te zijn.

Daarbij wordt ervan uitgegaan dat een kapitaal ter hoogte van de goodwill-som S , ook in de toekomst benodigd zal zijn voor de oudedagsvoorziening. Bij overgang naar de nieuwe situatie zal een vrijgevestigde medisch specialist, die in het verleden een goodwill-som heeft betaald, geen goodwill-som ontvangen bij overdracht van de praktijk. In dit ontbrekende deel S van de oudedagsreserve wordt voorzien door een pensioen op te bouwen, gedurende de loopbaan (zeg tussen 35 en 65 jaar). Uitgangspunt is dat de waarde van dit pensioen in de nieuwe situatie equivalent is aan de goodwill-som S , die men in de oude situatie ontving.

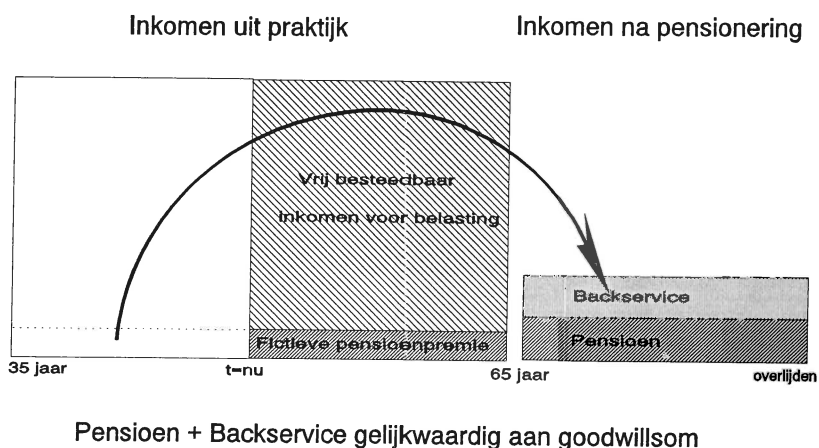
Bij overgang naar de nieuwe situatie zullen zowel de huidige als de nieuwe generatie medische specialisten een pensioen opbouwen. Een, op het moment van overgang, x -jarige specialist bouwt nog $65-x$ jaar op. Vergeleken met een 'nieuwe generatie specialist' die 30 jaar de tijd heeft om een pensioen op te bouwen, mist de x -jarige specialist dus een deel van het pensioenkapitaal ter grootte van $(x-35)/30 * S$ op pensioendatum.

Om ervoor te zorgen dat een x -jarige vrijgevestigde specialist op pensioendatum over een pensioenkapitaal ter grootte van S beschikt, dient ter compensatie (figuur 6) een bedrag in het pensioenfonds te worden gestort dat op 65-jarige leeftijd de waarde heeft van $(x-35)/30 * S$ (de backservice). Samen met het nog op te bouwen pensioenkapitaal ter grootte van $(65-x)/30 * S$, leidt dit op pensioendatum tot een pensioenkapitaal ter grootte van S .

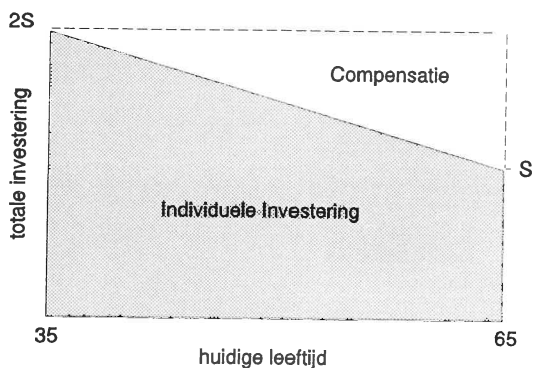
In figuur 7 is de door de compensatie ontstane investeringssituatie weergegeven voor een individuele specialist. Aan de hand van twee voorbeelden zal de afbeelding toegelicht worden.

- Het eerste voorbeeld is dat van een zojuist gestarte specialist van 35 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk de volledige goodwill(S) plus de pensioenpremies (S) over de gehele loopbaan betaald hebben. Deze specialist doet relatief dus een grote investering ($2 \cdot S$). Hij ontvangt geen compensatie, omdat zijn pensioeninkomen na 65 jaar aan de maatstaf voldoet.

Figuur 6 Backservice



Figuur 7 Individuele investering bij variant D



- Het tweede voorbeeld is dat van de bijna afzwaaiende specialist van 65 jaar. Als 'pensioen-investering' zal deze specialist uiteindelijk alleen de volledige goodwill (S) betaald hebben. Hij hoeft geen pensioenpremies meer te betalen, en dus is zijn individuele investering relatief laag. Om toch een pensioeninkomen te halen dat voldoet aan de maatstaf, zal hij een relatief hoge compensatie ontvangen. Zo is in figuur 7 af te lezen hoe groot enerzijds de individuele investering van de specialist, en anderzijds de voor hem te bepalen compensatie is. Te zien is dat deze twee variabelen sterk afhankelijk zijn van de huidige leeftijd.

Gelijkwaardig belonen vanaf nu (Variant E)

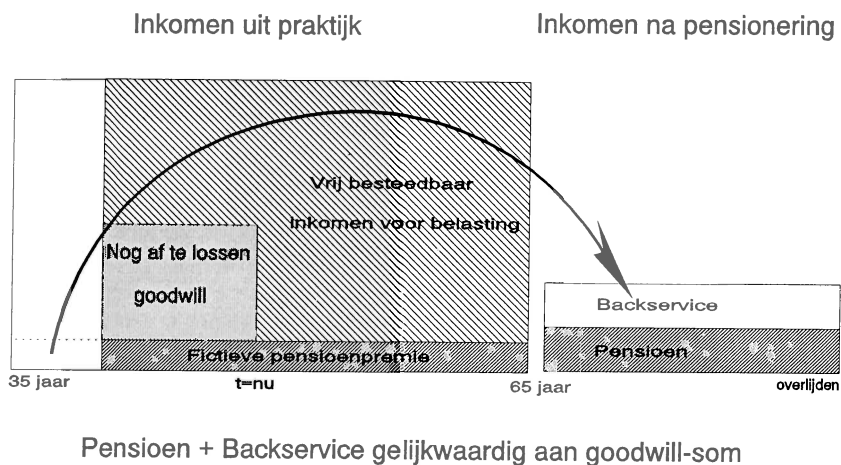
Gelijkwaardige beloning tussen 'nieuwe' en 'oude' generaties vrijgevestigde medische specialisten vanaf het moment van overgang wordt als volgt omschreven. Ten eerste dient vanaf de pensioendatum (65 jaar) de beloning gelijk te zijn tussen deze generaties. Ten tweede dient het toekomstige inkomen tot 65 jaar, voor deze generaties aan elkaar gelijk te zijn.

Ter gelijktrekking van de beloning vanaf pensioendatum, dient voor een x-jarige specialist een bedrag in het pensioenfonds gestort te worden dat op pensioendatum (65 jaar) gelijk is aan $(x-35)/30 * S$ (de backservice). Het gedeelte van de compensatie die betrekking heeft op de inkomenspositie na pensioendatum, is gelijk aan de hiervoor beschreven compensatie (variant D).

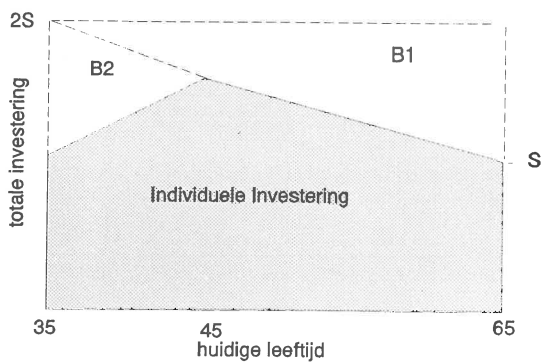
Tussen het moment van overgang en de 65-jarige leeftijd van vrijgevestigde medische specialisten, betalen zowel 'oude' als 'nieuwe' generatie specialisten een pensioenpremie voor het verkrijgen van een pensioenkapitaal ter grootte van S op pensioendatum. Aangezien (een deel van de) 'oude' generatie specialisten nog aflossingsverplichtingen heeft uit hoofde van de schuld die in het verleden is aangegaan ter betaling van een goodwill-som, dienen zij een deel van hun inkomen hieraan te besteden. Om ook de beloning tussen het moment van overgang naar de nieuwe situatie en de 65-jarige leeftijd gelijk te trekken, dient de nog niet afgeloste schuld te worden vergoed.

In figuur 8 is dit weergegeven. De huidige specialist heeft in het verleden geen pensioenpremies betaald, hierdoor ontvangt hij na 65 jaar een lager pensioen, zodat ter compensatie deze specialist een backservice-pensioen dient te ontvangen. Bovendien dient de specialist zijn goodwill-schuld nog af te lossen, zodat zijn vrij besteedbare inkomen de komende jaren lager is dan dat van een specialist zonder goodwill-schuld.

In figuur 9 is de door de compensatie ontstane investeringssituatie weergegeven voor een individuele specialist. Aan de hand van drie voorbeelden zal de afbeelding toegelicht worden.



Figuur 9 Individuele investering bij variant E



- B1 Compensatie backservice
- B2 Vergoeding nog af te lossen schuld

- Het eerste voorbeeld is dat van een zojuist gestarte specialist van 35 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk de volledige goodwill (S) plus de pensioenpremies over de gehele loopbaan (S) betaald hebben. Deze specialist doet relatief dus een grote investering. Hij ontvangt echter een compensatie (B2), zodat de zojuist aangegane goodwill-schuld afbetaald kan worden.
- Het tweede voorbeeld is dat van een 45-jarige specialist, die zojuist zijn goodwill-schuld afbetaald heeft. Voor de goodwill-schuld wordt hij dus niet meer gecompenseerd, zodat zijn 'pensioeninvestering' bestaat uit de volledige goodwill plus de in de toekomst nog te betalen pensioenpremies. Voor de in het verleden niet betaalde premies wordt hij gecompenseerd.
- Het derde voorbeeld is dat van de bijna afzwaaiende specialist van 65 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk alleen de volledige goodwill betaald hebben. Hij hoeft geen pensioenpremies meer te betalen, en dus is zijn individuele investering relatief laag. Om toch een pensioeninkomen te halen dat voldoet aan de maatstaf, zal hij een relatief hoge compensatie ontvangen.

Zo is in figuur 9 af te lezen hoe groot enerzijds de individuele investering van de specialist, en anderzijds de voor hem te bepalen compensatie is. Te zien is dat deze twee variabelen sterk afhankelijk zijn van de huidige leeftijd.

Gelijkwaardig belonen met terugwerkende kracht (Variant F)

Er kan voor gekozen worden om de beloning na pensionering én gedurende de gehele loopbaan (dus ook over de reeds verstreken loopbaan) gelijk te trekken tussen 'nieuwe' en 'oude' generaties medisch specialisten. Deze keuze leidt tot de volgende consequenties met betrekking tot de te verlenen compensatie aan de 'oude' generatie.

'Nieuwe generaties' betalen gedurende 30 jaar een pensioenpremie die ervoor zorgt dat op pensioendatum (65 jaar) een pensioenkapitaal ter grootte van S aanwezig is.

'Oude generaties' betalen gedurende (een deel van) de loopbaan een bedrag ter aflossing van de verplichting die is aangegaan voor het betalen van een goodwill-som bij de praktijkoverdracht. Tevens betalen zij vanaf het moment van overgang dezelfde premie als de hun collega's die tot de 'nieuwe generatie' behoren.

Gelijktrekking van de beloning gedurende de gehele loopbaan én na pensioendatum, wordt als volgt bereikt:

- a gelijkwaardige beloning na pensioendatum

Hiervoor dient een bedrag in het pensioenfonds gestort te worden, dat op 65-jarige leeftijd van de specialist leidt tot een pensioenkapitaal ter grootte van $(x-35)/30 * S$, zodat de beloning vanaf 65-jarige leeftijd gelijk is (zie ook figuur 6)

- b gelijkwaardige beloning vanaf moment van overgang tot aan pensioendatum
Om de beloning tussen het moment van overgang en de pensioendatum 'gelijk te trekken' dient de nog niet afgeloste schuld te worden vergoed.

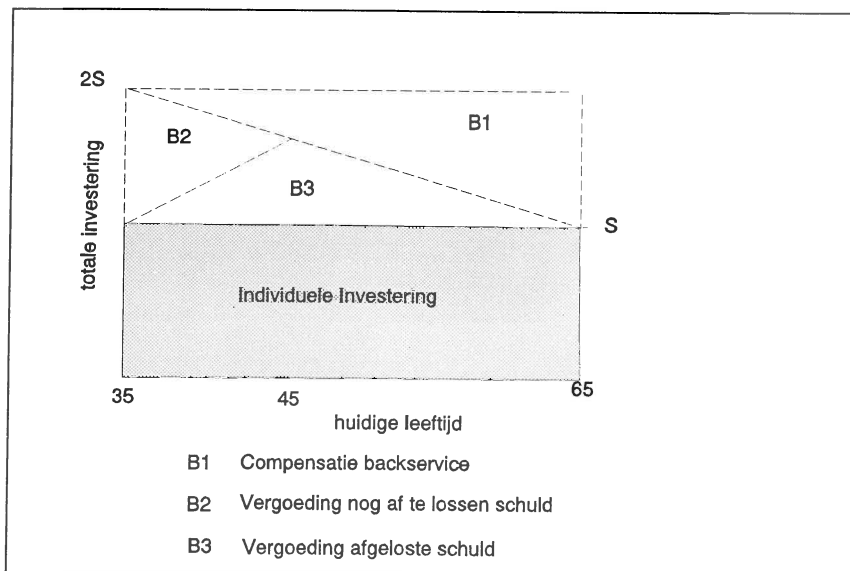
De compensatie voor a en b tesamen is weergegeven in figuur 8.

- c gelijkwaardige beloning over het reeds verstreken deel van de loopbaan

Figuur 10 Goodwill-aflossing vs pensioenpremie



Figuur 11 Individuele investering bij variant F



Om tevens ervoor te zorgen dat ook over het verleden de beloning gelijkwaardig is tussen 'oude' en 'nieuwe' generatie specialisten, dient tevens de reeds afgeloste schuld vergoed te worden. Daarop dienen de niet betaalde pensioenpremies in mindering te worden gebracht, aangezien 'nieuwe' generatie specialisten deze ook betalen (figuur 10).

In figuur 11 is de door de compensatie onstane investeringssituatie weergegeven voor de individuele specialist. Aan de hand van drie voorbeelden zal de figuur toegelicht worden.

- Het eerste voorbeeld is dat van een zojuist gestarte specialist van 35 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk de volledige goodwill plus de pensioenpremies over de gehele loopbaan betaald hebben. Deze specialist doet relatief dus een grote investering. Hij ontvangt echter een zodanige compensatie (B2), dat de zojuist aangegane goodwill-schuld afbetaald kan worden.
- Het tweede voorbeeld is dat van een 45-jarige specialist, die zojuist zijn goodwill-schuld afbetaald heeft. Voor deze reeds betaalde goodwill-schuld wordt hij gecompenseerd (B3), voorzover hij daarvoor niet reeds gecompenseerd is via de in het verleden niet betaalde premies (B1).
- Het derde voorbeeld is dat van de bijna afzwaaiende specialist van 65 jaar. Als 'pensioeninvestering' zal deze specialist uiteindelijk alleen de volledige goodwill betaald hebben. Hij hoeft geen pensioenpremies meer te betalen, en dus is zijn individuele investering relatief laag. Om toch een pensioeninkomen te halen dat voldoet aan de maatstaf, zal hij een relatief hoge compensatie ontvangen.

Zo is in de figuur af te lezen hoe groot enerzijds de individuele investering van de specialist, en anderzijds de voor hem te bepalen compensatie is. Te zien is dat deze twee variabelen in deze variant onafhankelijk zijn van de huidige leeftijd.

5 Fiscale aspecten

Inleiding

Het 'vervangen' van goodwill door pensioen conform variant B heeft zowel voor de nieuw toetredende specialisten als voor de zittende specialisten fiscale gevolgen. In deze bijlage wordt onderbouwd dat de financiële gevolgen van deze wijziging:

- a afhankelijk zijn van de individuele fiscale omstandigheden;
- b over het algemeen voordelig zijn voor de nieuw toetredende specialist;
- c over het algemeen neutraal zijn voor de zittende specialisten.

Indien specialisten in fiscale zin het vrije ondernemerschap verliezen, dan heeft dit natuurlijk nog andere fiscale effecten. Deze effecten vallen echter buiten het kader van dit rapport.

De fiscale effecten zijn afhankelijk van individuele omstandigheden

Gezien de complexiteit van de fiscale wetgeving is het niet mogelijk één algemeen geldende conclusie te trekken over de fiscale gevolgen van de overgang van goodwill naar pensioen.

De fiscale effecten zijn immers sterk afhankelijk van persoonlijke omstandigheden, zoals:

- is er sprake van een B.V.?
- is de goodwill geleend of anderszins gefinancierd (bv. erfenis)?
- wat zijn type, rente en looptijd van de eventuele lening?
- wordt de ontvangen goodwill omgezet in een stamrecht?

De werkelijke financiële gevolgen voor de specialist zijn dus afhankelijk van zijn feitelijke persoonlijke omstandigheden.

De fiscale effecten zijn over het algemeen voordelig voor de nieuw toetredende specialist

Onderstaand zal berekend worden wat de fiscale effecten van de overgang van goodwill naar pensioen zijn, uitgaande van bepaalde veronderstellingen. Hiertoe zal modelmatig het netto resultaat van de goodwill-investering vergeleken worden met het netto resultaat van de pensioen-investering. In het model is gekozen voor de volgende veronderstellingen:

- 1 De specialist is ondernemer in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting 1964.
- 2 De specialist is als zodanig werkzaam van zijn 35ste tot aan zijn 65ste levensjaar.
- 3 De aankoopprijs van de goodwill bedraagt f 250.000.
- 4 De goodwill wordt gefinancierd met een langlopende lening met een looptijd van 10 jaar die lineair wordt afgelost.
- 5 Goodwill levert bij verkoop eveneens een bedrag van f 250.000 op.
- 6 Debetrente 6%, creditrente 4%.
- 7 Rekenrente verzekeringsmaatschappij 4%.
- 8 Oudedagsvoorziening wordt opgebouwd door middel van het afsluiten van een lijfrente-verzekering. Premie-betaling geschiedt in 30 jaar.
- 9 De specialist valt onder het 60% tarief van de Wet op de inkomstenbelasting.
- 10 De gehanteerde tarieven en vrijstellingen zijn van 1993.
- 11 Reeds opgebouwde pensioenrechten en/of een nog op te bouwen pensioen/oudedagsvoorziening zijn buiten beschouwing gelaten.
- 12 De specialist wendt de verkoopwaarde van de goodwill aan voor de aankoop van een jaarlijkse (pensioen)uitkering (stamrecht).

Achtereenvolgens zal het netto resultaat van de goodwill- en de pensioen-investering bepaald worden. Uiteindelijk zal blijken dat het netto resultaat van de pensioen-investering het netto resultaat van de goodwill-investering overtreft. Onder netto resultaat wordt hier verstaan het verschil tussen de bedragen die de specialist ontvangt en de bedragen die de specialist betaald heeft, rekening houdend met de fiscale effecten.

Netto resultaat goodwill-investering bedraagt f 117.000,–

De specialist investeert bij aankoop van de praktijk éénmalig een bedrag, dat via een lening gefinancierd wordt. Bij praktijkbeëindiging ontvangt de specialist éénmalig een bedrag, dat aangewend wordt voor de aankoop van jaarlijkse (pensioen)uitkeringen.

De netto opbrengsten van de goodwill-investering zijn als volgt te bepalen:

Bruto opbrengst bij verkoop	f	250.000,–
Fiscale effecten	f	0,–
Netto opbrengst bij verkoop (A)	f	250.000,–

In principe is het bijzondere tarief van 45% van toepassing op de bruto opbrengst bij verkoop minus een eventuele vrijstelling van f 45.000,– voor ondernemers ouder dan 55 jaar. Door de opbrengst bij verkoop aan te wenden voor de aankoop van een jaarlijkse (pensioen)uitkering (stamrecht), staat tegenover het belaste bedrag van f 250.000,– een evengrote aftrek in de vorm van een persoonlijke verplichting. In de praktijk zal het fiscale effect per saldo nihil zijn². De jaarlijkse pensioenuitkeringen zijn belast.

2 De stamrechtvrijstelling bedraagt circa f 700.000,–. Daarop dient de waarde van verplichte pensioenregelingen (PMS) in mindering gebracht te worden. Hierdoor zal een vrijstelling reteren van circa f 200.000,–. Het fiscale voordeel bedraagt derhalve circa 60% van f 200.000,– is circa f 120.000,–. Het fiscale nadeel bedraagt circa 45% van f 250.000,– is circa f 112.500,–. Het fiscale voordeel wordt dus per saldo vrijwel opgeheven door het fiscale nadeel.

De netto kosten van de goodwill-investering zijn als volgt te bepalen:

Bruto kosten bij aankoop	f	250.000,—
Bruto rente	f	82.500,—
	+	<u>f 332.500,—</u>
Fiscale effect rente	f	49.500,—
Fiscale effect afschrijving aankoop	f	150.000,—
Netto kosten (B)	-	<u>f 133.000,—</u>

De bruto rente bedraagt in het eerste jaar 6% van f 250.000,— is f 15.000,—. Vervolgens wordt er f 25.000,— afgelost. De rentelast in het tweede jaar bedraagt derhalve 6% van f 225.000,— is f 13.500,—. Op deze wijze is de totale bruto rente vast te stellen op f 82.500,—. Aangezien deze rente aftrekbaar is, ontstaat er tegelijkertijd een fiscaal voordeel van 60% van f 82.500,— is f 49.500,—.

Bovendien wordt de aangekochte goodwill fiscaal als een bedrijfsmiddel aangemerkt waarop afgeschreven wordt. De termijn waarover afschrijving plaatsvindt bedraagt normaliter 5 jaar. Uiteindelijk zal na deze 5 jaar de volledige goodwill van f 250.000,— afgeschreven zijn. Het fiscale voordeel bedraagt 60% van f 250.000,— is f 150.000,—.

Het netto resultaat van de goodwill-investering bedraagt:

Netto opbrengst (A)	f	250.000,—
Netto kosten (B)	f	133.000,—
Netto resultaat (C)	-	<u>f 117.000,—</u>

Netto resultaat pensioen-investering bedraagt f 196.000,—

De specialist investeert vanaf 35 jaar jaarlijks een bedrag ter grootte van de premie voor een pensioenverzekering. Deze premie zal jaarlijks circa f 4.500,— bedragen. De pensioenverzekering geeft op 65 jaar recht op een éénmalige uitkering van f 250.000,—, die direct wordt aangewend voor de aankoop van jaarlijkse (pensioen)uitkeringen.

De netto opbrengsten van de pensioen-investering zijn als volgt te bepalen:

Éénmalige uitkering op 65 jaar	f	250.000,—
Fiscale effecten	f	0,—
Netto opbrengst (D)	f	<u>250.000,—</u>

De éénmalige uitkering op 65 jaar is niet belast, omdat de uitkering direct aangewend wordt voor de aankoop van jaarlijkse (pensioen)uitkeringen. Het fiscale effect is derhalve nihil. De jaarlijkse pensioenuitkeringen zijn op dezelfde wijze belast als in de goodwill-variant.

De netto kosten van de pensioen-investering zijn als volgt te bepalen:

Bruto premies pensioenverzekering 30 keer f 4.500,—	f	135.000,—
Fiscale effecten	f	81.000,—
	—	
Netto kosten (E)	f	54.000,—

De bruto premie bedraagt 30 jaar lang circa f 4.500,— per jaar. Deze premies zijn aftrekbaar als persoonlijke verplichting. Het fiscale voordeel bedraagt derhalve 60% van 30 keer f 4.500,— is f 81.000,—.

Het netto resultaat van de pensioen-investering bedraagt:

Netto opbrengst (D)	f	250.000,—
Netto kosten (E)	f	54.000,—
	—	
Netto resultaat (F)	f	196.000,—

Conclusie

Indien de kosten van het stamrecht, dat wordt gekocht uit de opbrengst van de goodwill, worden vergeleken met de kosten van een via pensioenpremies of lijfrentepremies bijeengebracht kapitaal blijkt de pensioen-investering na belastingen voordeliger te zijn dan de goodwill-investering.

De fiscale effecten zijn over het algemeen neutraal voor de zittende specialist

Uitgaande van eerdergenoemde veronderstellingen zijn de fiscale effecten van de overgang van goodwill naar pensioen te berekenen.

Netto resultaat goodwill-investering bedraagt f 117.000,—

Zoals hiervoor reeds berekend is, bedraagt het netto resultaat van de 'oude' goodwill-investering f 117.000,— (C).

Netto resultaat overgangsregeling bedraagt f 117.000,—

Uitgaande van variant B is het netto resultaat voor de zittende specialist te bepalen. De netto opbrengst is gelijk aan de hiervoor bepaalde netto opbrengst bij de pensioen-investering (D). De netto kosten zijn gelijk aan de hiervoor bepaalde netto kosten bij de goodwill-investering (B).

Het netto resultaat van de overgangsregeling voor zittende specialisten bedraagt:

Netto opbrengst (D)	f	250.000,—
Netto kosten (B)	f	133.000,—
	—	
Netto resultaat	f	117.000,—

Conclusie

Indien de kosten van aankoop van het stamrecht, dat wordt gekocht uit de opbrengst van de goodwill, worden vergeleken met de kosten van een via de overgangsregeling bijeen gebracht kapitaal blijkt het netto resultaat van de overgangsregeling gelijk te zijn aan het netto resultaat van de goodwill-investering.

6 De huisartsen-oplossing in modelvorm

De goodwill-betaling bij praktijkovername door huisartsen is per 1 januari 1987 komen te vervallen middels een goodwill-fonds dat in de betaling van goodwill zal voorzien bij praktijkoverdracht. Vanaf de eerste generatie nieuwe huisartsen na ingang van de regeling zal de goodwill geleidelijk verdwijnen. Met de praktijkoverdracht van de laatste huisarts die op 1 januari 1987 reeds een praktijk bezat zal de afschaffing van goodwill bij huisartsen voltooid zijn. De regeling kent een tijdslimiet van 16,5 jaar, te bereiken in 2003, waarna voor de resterende groep huisartsen een fictieve praktijkoverdracht zal worden afgerekend.

De ontvangen vergoeding bij praktijkoverdracht is gesteld op de 90% van de waarde van de huisartsenpraktijk in 1984, i.c. 90% van de honorarium opbrengst over 1984. Dit betekent een totale toekomstige aanspraak op goodwill vergoeding ter grootte van 90% van de macro-omzet van huisartsen over 1984. De totale toekomstige aanspraak per 1 januari 1987 werd daarmee gesteld op f 1,2 miljard.

Voor de financiering van het goodwill fonds werd een beroep gedaan op ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Door herijking van de tarieven werd in de toekomst een besparing verwacht op het macro-budget. Er werd ruimte gevonden in het macro-budget om gedurende een periode van 16,5 een bedrag van ruim 70 miljoen gulden aan het goodwill fonds te doteren. Bepaling van de looptijd geschiedde door deling van de totale toekomstige aanspraken door de jaarlijkse dotaties.

Het totaal bedrag aan dotaties en het totale bedrag aan vergoedingen uit het goodwill fonds zijn nominaal aan elkaar gelijk. In de tijd lopen de twee kasstromen niet synchroon. Tot 2003 zullen de jaarlijkse dotaties de te verrichten uitkeringen overtreffen. Er zal derhalve tot 2003 een vermogen worden gevormd in het goodwill-fonds. De beleggingsresultaten die behaald worden op dit vermogen zullen, na aftrek van kosten, aangewend worden om de nog niet uitbetaalde aanspraken te indexeren. De mate waarin de ingaande kasstroom de uitgaande kasstroom overtreft zal bepalend zijn voor de omvang van het te beleggen vermogen en daarmee bepalend voor de indexatie. Dit zal tot een laag indexatieniveau leiden bij veel goodwill vergoedingen voor 2003 en tot een maximale indexatie leiden bij uitstel van alle goodwill vergoedingen tot 2003.

Als eerste wordt in de volgende tabel het scenario getoond dat aansluit bij de prognoses die gesteld zijn ten aanzien van het belegde vermogen in het goodwill fonds in de toekomst. In de prognose wordt een belegd vermogen van 32 miljoen na 5 jaar, 120 mil-

joen na 10 jaar, 237 miljoen na 15 jaar en 98 miljoen in het laatste jaar voorzien. In dit scenario wordt een indexatie op jaarbasis gerealiseerd die stijgt van 0,36% in het eerste jaar tot 6% in het laatste jaar, uitgaande van een netto rendement van 6%. De gemiddelde indexatie op jaarbasis zal daarmee liggen tussen 0,36% bij uittreding in het eerste jaar en een maximale gemiddelde indexatie van 1,9% bij ontvangst van de goodwill in 2003 (tabellen 1 en 2).

Vervolgens wordt de situatie getoond die tot de maximaal haalbare indexatie leidt. Het scenario waarbij voor alle huisartsen de goodwill wordt vergoed aan het einde van de looptijd van het goodwill-fonds in 2003 (tabellen 3 en 4).

Tabel 1

Huisartsenfonds bij scenario 1

Jaar	Dotatie aan het fonds belegd vermogen	Behaald rendement op incl. verhogingen	Uitgekeerde aanspraken Ultimo	Belegd vermogen
1	72.727.273	6,00%	70.254.545	6.836.364
2	72.727.273	6,00%	70.550.269	13.787.186
3	72.727.273	6,00%	71.905.820	19.799.506
4	72.727.273	6,00%	72.304.368	25.774.018
5	72.727.273	6,00%	72.761.465	31.649.902
6	72.727.273	6,00%	70.189.822	40.449.983
7	72.727.273	6,00%	67.659.825	52.308.066
8	72.727.273	6,00%	62.034.226	70.503.233
9	72.727.273	6,00%	59.614.683	92.209.653
10	72.727.273	6,00%	54.053.457	120.779.685
11	72.727.273	6,00%	56.874.420	148.242.955
12	72.727.273	6,00%	60.056.016	174.172.426
13	72.727.273	6,00%	63.689.781	198.023.900
14	72.727.273	6,00%	67.902.243	219.093.999
15	72.727.273	6,00%	72.878.212	236.452.337
16	72.727.273	6,00%	229.710.229	98.020.157
16,5	36.363.636	3,00%	138.415.307	0

Tabel 2

Aanspraken op het huisartsenfonds bij scenario 1

Jaar	Toekomstige aanspraken nominiaal Primo	Toekomstige aanspraken incl. verhogingen Primo	Uitgekeerde aanspraken nominiaal Ultimo	Uitgekeerde aanspraken incl. verhogingen Ultimo	Behaalde indexatie toekomstige aanspraken	Bij uitkering behaalde indexatie, gemiddeld
1	1.200.000.000	1.200.000.000	70.000.000	70.254.545	0,36%	0,36%
2	1.130.000.000	1.134.109.091	70.000.000	70.550.269	0,42%	0,39%
3	1.060.000.000	1.068.332.640	71.000.000	71.905.820	0,49%	0,42%
4	989.000.000	1.001.617.688	71.000.000	72.304.368	0,55%	0,46%
5	918.000.000	934.864.927	71.000.000	72.761.465	0,63%	0,49%
6	847.000.000	868.013.539	68.000.000	70.189.822	0,72%	0,53%
7	779.000.000	804.086.347	65.000.000	67.659.825	0,84%	0,57%
8	714.000.000	743.217.157	59.000.000	62.034.226	1,01%	0,63%
9	655.000.000	688.685.051	56.000.000	59.614.683	1,25%	0,70%
10	599.000.000	637.664.199	50.000.000	54.053.457	1,55%	0,78%
11	549.000.000	593.506.957	51.600.000	56.874.420	1,96%	0,89%
12	497.400.000	548.242.955	53.200.000	60.056.016	2,42%	1,02%
13	444.200.000	501.445.153	54.800.000	63.689.781	2,95%	1,16%
14	389.400.000	452.569.354	56.400.000	67.902.243	3,59%	1,33%
15	333.000.000	400.912.181	58.000.000	72.878.212	4,37%	1,53%
16	275.000.000	345.543.246	173.500.000	229.710.229	5,37%	1,77%
16.5	101.500.000	134.383.794	101.500.000	138.415.307	3,00%	1,90%

Tabel 3 Huisartsenfonds bij scenario 2

Jaar	Dotatie aan het fonds	Behaald rendement op belegd vermogen	Uitgekeerde aanspraken incl.indexatie	Belegd vermogen Ultimo
1	72.727.273	6,00%	0	77.090.909
2	72.727.273	6,00%	0	158.807.273
3	72.727.273	6,00%	0	245.426.618
4	72.727.273	6,00%	0	337.243.124
5	72.727.273	6,00%	0	434.568.621
6	72.727.273	6,00%	0	537.733.647
7	72.727.273	6,00%	0	647.088.575
8	72.727.273	6,00%	0	763.004.799
9	72.727.273	6,00%	0	885.875.996
10	72.727.273	6,00%	0	1.016.119.465
11	72.727.273	6,00%	0	1.154.177.542
12	72.727.273	6,00%	0	1.300.519.103
13	72.727.273	6,00%	0	1.455.641.158
14	72.727.273	6,00%	0	1.620.070.537
15	72.727.273	6,00%	0	1.794.365.678
16	72.727.273	6,00%	0	1.979.118.528
16,5	36.363.636	3,00%	2.075.946.630	0

Tabel 4 Aanspraken op het huisartsenfonds bij scenario 2

Jaar	Toekomstige aanspraken nominaal Primo	Toekomstige aanspraken incl. indexatie Primo	Uitgekeerde aanspraken nominaal Ultimo	Uitgekeerde aanspraken incl. indexatie Ultimo	Behaalde indexatie toekomstige aanspraken	Bij uitkering behaalde indexatie, gemiddeld
1	1.200.000.000	1.200.000.000	0	0	0,36%	0,36%
2	1.200.000.000	1.204.363.636	0	0	0,75%	0,55%
3	1.200.000.000	1.213.352.727	0	0	1,14%	0,75%
4	1.200.000.000	1.227.244.800	0	0	1,56%	0,95%
5	1.200.000.000	1.246.334.033	0	0	1,97%	1,16%
6	1.200.000.000	1.270.932.257	0	0	2,39%	1,36%
7	1.200.000.000	1.301.370.011	0	0	2,81%	1,57%
8	1.200.000.000	1.337.997.666	0	0	3,23%	1,77%
9	1.200.000.000	1.381.186.617	0	0	3,63%	1,98%
10	1.200.000.000	1.431.330.541	0	0	4,02%	2,18%
11	1.200.000.000	1.488.846.737	0	0	4,39%	2,38%
12	1.200.000.000	1.554.177.542	0	0	4,74%	2,57%
13	1.200.000.000	1.627.791.830	0	0	5,06%	2,76%
14	1.200.000.000	1.710.186.613	0	0	5,36%	2,95%
15	1.200.000.000	1.801.888.719	0	0	5,64%	3,12%
16	1.200.000.000	1.903.456.587	0	0	5,89%	3,29%
16,5	1.200.000.000	2.015.482.160	1.200.000.000	2.075.946.630	3,00%	3,38%

