

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1	Waarom een advies over medisch-specialistische zorg?	11
1.2	Functie van het advies in het beleidsproces	12
1.3	Beleidsvragen en leeswijzer	13
1.4	Begripsomschrijvingen en domeinafbakening	14
1.5	Werkwijze	14
<b>2</b>	<b>Feiten en ontwikkelingen</b>	<b>15</b>
2.1	Inleiding	15
2.2	Medisch-specialistische zorg in Nederland	15
2.3	Ontwikkelingen van invloed op vraag en aanbod	20
2.4	Beleidskader medisch-specialistische zorg	21
<b>3</b>	<b>Kennis als stuwende en sturende kracht</b>	<b>24</b>
3.1	Inleiding	24
3.2	Specialistische en generalistische zorg	24
3.3	Kennis als cruciale factor	25
3.4	Conclusie	27
<b>4</b>	<b>Probleemanalyse</b>	<b>29</b>
4.1	Inleiding	29
4.2	Zorgproces: onvoldoende aansluiting vraag en aanbod	29
4.3	Kennisketen: onvoldoende transfer en afstemming	33
4.4	Keuzevrijheid: onvoldoende mogelijkheden voor patiënt en zorgverzekeraar	35
4.5	Conclusie	37
<b>5</b>	<b>Toekomstvisie en uitgangspunten</b>	<b>39</b>
5.1	Inleiding	39
5.2	Toekomstvisie patiënt: goed geïnformeerd en assertief	39
5.3	Toekomstvisie zorgproces: toegang deels vrij en continuïteit gegarandeerd	40
5.4	Toekomstvisie locatie: flexibel	41
5.5	Toekomstvisie medisch specialist: kerntaken; verschillende rollen; teamspeler	42
5.6	Toekomstvisie organisatie: differentiatie en integratie; samenwerking en ondernemerschap	42
5.7	Toekomstvisie ICT: centrale rol	45
5.8	Uitgangspunten vraag en aanbod	45

5.9	Uitgangspunten sturing medisch-specialistische zorg	47
<b>6</b>	<b>Oplossingsrichtingen</b>	<b>50</b>
6.1	Inleiding	50
6.2	Zorgproces: sturen van de vraag	50
6.3	Zorgproces: uitbreiden van het aanbod	51
6.4	Zorgproces: differentiatie van het aanbod	53
6.5	Kennisketen: faciliteren van kennistransfer en betere afstemming	56
6.6	Keuzevrijheid: meer mogelijkheden	57
6.7	Conclusie	59
<b>7</b>	<b>Advies</b>	<b>62</b>
7.1	Een beleidskader voor de toekomst	62
7.2	Aanbeveling 1: betere aansluiting vraag-aanbod door differentiatie in het aanbod	65
7.3	Aanbeveling 2: betere aansluiting vraag-aanbod door uitbreiden van het aanbod	69
7.4	Aanbeveling 3: betere aansluiting vraag-aanbod door verbeteren van de informatievoorziening	70
7.5	Aanbeveling 4: werking kennisketen bevorderen door netwerkvorming in academische regio's	73
7.6	Aanbeveling 5: meer keuzemogelijkheden door bevorderen van transparantie van het aanbod	77
7.7	Aanbeveling 6: meer keuzemogelijkheden door toelaten van meer aanbieders	78
7.8	Aanbeveling 7: meer keuzemogelijkheden door bevorderen zorgcontractering op regionaal niveau	80
7.9	Uitvoering en prioritering aanbevelingen	82
7.10	Tot slot	83
	<b>Bijlagen</b>	
1.	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2000	77
2.	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	85
3.	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	87
4.	Begripsomschrijvingen	91
5.	Lijst van afkortingen	95
6.	Literatuur	97
7.	Overzicht publicaties RVZ	111

In het Dossier medisch-specialistische zorg - een aparte publicatie bij dit advies - zijn de volgende achtergrondstudies opgenomen:

- deel 1: Vraag en aanbod medisch-specialistische zorg
- deel 2: Herschikkingen van taken tussen medisch-specialisten en anderen en de consequenties die dit heeft voor opleidingen
- deel 3: Functies medisch-specialistische zorg: vier cases
- deel 4: Ordening patiëntenstromen
- deel 5: Beleidskader
- deel 6: Europa en mededinging
- deel 7: Drs. P. Lems, Prismant: Het alles-in-één ziekenhuis. Een toekomstverkenning naar continuïteit en verandering van de specialistische zorg in ons land (studie uitgevoerd in opdracht van de RVZ)



## Samenvatting

### De opdracht en invalshoek

De minister van VWS heeft de RVZ gevraagd een advies uit te brengen over medisch-specialistische zorg in de toekomst. Achtergrond voor de adviesaanvraag is de spanning tussen het budget voor medisch-specialistische zorg en de aspiraties van de professionals en de instellingen.

De invalshoek van dit advies is de medisch-specialistische *zorg*, niet primair de organisatie waarin die zorg verleend wordt. Daarmee plaatst de Raad de medisch-specialistische zorg nadrukkelijk in een transmuraal perspectief.

De medisch-specialistische zorg staat voor problemen en uitdagingen. In dit advies schetst de RVZ een beleidskader waarmee overheid en veld in de toekomst beter met deze problemen en uitdagingen kunnen omgaan.

### Problemen

Er zijn drie grote problemen. In de *eerste plaats* sluit het aanbod onvoldoende aan bij de vraag naar medisch-specialistische zorg. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de wachtlijsten en wachttijden tijdens het zorgproces. Verder is het aanbod onvoldoende afgestemd op de differentiatie in de vraag.

In de *tweede plaats* krijgt de cruciale rol van kennis in de medisch-specialistische zorg te weinig gestalte. Overgangen in de kennisketen - het cyclische proces van ontwikkeling van kennis, verspreiding, toepassing, evaluatie en aanpassing - verlopen niet altijd vloeiend.

In de *derde plaats* hebben zowel patiënt als zorgverzekeraar te weinig keuzemogelijkheden. De patiënt kan op dit moment nog te weinig kiezen als het gaat om welke type behandeling, welke behandelaar en welke behandellocatie het beste aansluiten bij zijn hulpbehoefte en persoonlijke voorkeuren. De zorgverzekeraar heeft nauwelijks keuzemogelijkheden in de contractering van medisch-specialistische zorg, omdat het aantal aanbieders door fusie

en schaalvergroting in hoog tempo afneemt en de verzekeraar nog steeds een contracteerverplichting heeft.

De gevolgen van de geschetste problemen zijn ernstig. Patiënten krijgen noodzakelijke zorg niet op tijd, waardoor (verdere) gezondheidsschade kan ontstaan. Beschikbare kennis wordt niet altijd toegepast, wat tot te veel of juist te weinig zorggebruik kan leiden. Professionals raken gedemotiveerd, door te weinig mogelijkheden op de werkvloer en een ontbrekend loopbaanperspectief. Patiënten en zorgverzekeraars hebben nauwelijks zicht op kwaliteit en doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg.

### **Uitdagingen**

Naast problemen zijn er ook uitdagingen. De kennisbron blijft voortdurend stromen. Deze constante stroom leidt tot nieuwe en veelbelovende ontwikkelingen op het terrein van diagnostiek en behandeling. De informatie- en communicatietechnologie biedt tot nu toe ongekende mogelijkheden (bijvoorbeeld telegeneeskunde). Gentherapie en vervangingsgeneeskunde komen in zicht. Deze nieuwe mogelijkheden hebben ingrijpende gevolgen voor vraag naar medisch-specialistische zorg (neemt toe), de wijze en plaats waar de zorg wordt aangeboden (transmuralisering), de opleiding en beroepsuitoefening (nieuwe functies en vaardigheden). Ook de beleidscontext biedt uitdagingen: de overheid biedt het veld een opening om los te komen van knellende budgettaire kaders en stelt meer vrijheid van handelen in het vooruitzicht.

### **Conclusies**

De Raad concludeert dat de transities in het zorgproces en in de kennisketen niet vloeiend verlopen. De specialisatie in de geneeskunde loopt niet parallel met de differentiatie in de vraag naar medisch-specialistische zorg. Hierdoor is de allocatie van medisch-specialistische zorg in het totale zorgproces niet altijd adequaat. Bij deze allocatie is opvallend dat er in de loop van de tijd één-op-één relaties zijn ontstaan tussen:

- type zorg (medisch-specialistische zorg) en type instelling/echelon/locatie (ziekenhuis);
- type zorg (medisch-specialistische zorg) en type professional (medisch specialist).

Deze koppelingen op basis van type instelling, echelon, locatie en professional zijn niet langer vanzelfsprekend. De één-op-één relaties voldoen niet meer. Om goed op de problemen en uitdagingen te kunnen inspelen zal de allocatie van medisch-specialistische zorg in de toekomst flexibeler moeten verlopen.

#### **Toekomstvisie en uitgangspunten**

Specialistische zorg bevindt zich in een dynamisch continuüm. De dynamiek wordt vooral veroorzaakt door de snelle ontwikkelingen op het terrein van kennis en technologie. Ontwikkelingen, die grote gevolgen hebben voor de inhoud en organisatie van medisch-specialistische zorg. Zorg die vandaag nog door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend moet worden (bijv. vanwege de noodzakelijke technische voorzieningen), kan morgen door een gespecialiseerde verpleegkundige overgenomen worden, wellicht bij de patiënt thuis. In de toekomst zal steeds meer specialistische zorg niet meer automatisch gebonden zijn aan het ziekenhuis of aan de tweede lijn. De echelons zullen met elkaar verweven raken. Er ontstaan combinaties van generalistische en specialistische zorg, dwars door lijnen en instellingen heen: de huisarts in dienst van het ziekenhuis; de specialist met een spreekuur in de huisartsgroep; samenwerkingsverbanden tussen eerste en tweede lijn bij farmacotherapie, enzovoort. Er zal meer en meer behoefte ontstaan aan kleinschalige, flexibele samenwerkingsverbanden - fysiek en virtueel - die snel kunnen inspelen op wisselende behoeften en omstandigheden. In hoofdstuk 5 heeft de RVZ een meer uitgebreide toekomstvisie beschreven.

Belangrijke uitgangspunten bij de advisering zijn: de organisatie van de medisch-specialistische zorg volgt de inhoud van het zorgproces (vraag- en behoeftegericht); doelmatigheid; sturing van, door en op de vraag; flexibiliteit in organisatie en sturing.

#### **Kennis als rode draad**

Kennis loopt als een rode draad door dit advies. De voortdurende ontwikkeling van nieuwe kennis zorgt voor innovatie en dynamiek. Er ontstaat een kennisketen: een cyclisch proces van ontwikkeling, toepassing, evaluatie,

aanpassing, enzovoort. De kennisketen is van groot belang voor de inhoud en de organisatie van medisch-specialistische zorg. Dit stelt hoge eisen aan het kennismanagement en aan de kennisinfrastructuur ten behoeve van onderzoek, opleiding, ontwikkeling van topzorg, en dergelijke.

### **Aanbevelingen**

De huidige, door de overheid uitgezette beleidslijnen vormen op zichzelf al belangrijke onderdelen van het beleidskader voor de toekomst. Het beleidskader kan echter aan kracht winnen indien de overheid meer samenhang aanbrengt tussen de verschillende beleidslijnen en enkele specifieke elementen toevoegt.

De overheid dient vraaggerichte medisch-specialistische zorg te stimuleren door:

1. deze zorg niet per definitie te koppelen aan een type instelling, een type locatie of een type professional;
2. de kennisketen als richtinggevend principe te hanteren voor de organisatie en infrastructuur van medisch-specialistische zorg;
3. nieuwe mogelijkheden te scheppen voor (oude en nieuwe) aanbieders van medisch-specialistische zorg. Binnen de kaders van de huidige wet- en regelgeving moet meer ruimte komen voor het mededingingsperspectief.  
Zie ook het RVZ-advies *De rollen verdeeld*, 2000.

In de volgende aanbevelingen worden deze aspecten nader uitgewerkt.

#### *Verbetering aansluiting vraag – aanbod*

De overheid en het veld dienen de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren door:

- meer differentiatie in het aanbod aan te brengen: transmuraal herontwerp zorgprocessen, bevorderen substitutie en functiedifferentiatie;
- het aanbod uit te breiden: bedrijfstijdverlenging; integrale benadering van inhoud, structuur en capaciteit opleidingen;
- de informatievoorziening te verbeteren: forse investeringen in ICT; onafhankelijke voorlichting aan patiënten.



### *Netwerkvorming rond academische centra*

Er dient meer samenhang te komen tussen onderzoek, opleiding en de patiëntenstromen door:

- functionele regionalisering: de vorming van netwerken in een beperkt aantal grote regio's (voorlopig zeven) met academische medische centra als kern van het netwerk;
- versterken van landelijke coördinatie op het terrein van onderzoek, opleiding en topzorg.

### *Vergroten van keuzemogelijkheden*

De overheid dient de keuzemogelijkheden van patiënten en zorgverzekeraars te vergroten door:

- transparantie van het aanbod te bevorderen: zorgaanbieders dienen hun aanbod in een 'catalogus van zorgproducten' te omschrijven;
- meer aanbieders toe te laten, door de regeling Zelfstandige behandelcentra te herzien en de zogenaamde fusiebonus voor ziekenhuizen af te schaffen;
- zorgcontractering op regionaal niveau te bevorderen door de contracteerverplichting voor verzekeraars af te schaffen. Zorgverzekeraars moeten meer inhoudelijk sturen bij de contractering van medisch-specialistische zorg.

## **1 Inleiding**

### **1.1 Waarom een advies over medisch-specialistische zorg?**

Vrijwel dagelijks is de medisch-specialistische zorg in het nieuws. De berichten gaan vaak over problemen. Over patiënten die moeten wachten op medisch-specialistische hulp. Of over een talentvolle, jonge chirurg die stopt met werken, omdat hij gefrustreerd raakt over het gebrek aan mogelijkheden in zijn ziekenhuis. Over ziekenhuizen die fuseren en daardoor soms locaties sluiten, waartegen lokale belangengroeperingen in het geweer komen.

Problemen ...

Maar er zijn ook berichten over nieuwe, veelbelovende ontwikkelingen in wetenschap en technologie. Ontdekkingen

... en uitdagingen

en ontwikkelingen, die leiden tot nieuwe uitdagingen voor de medisch-specialistische zorg. Voorbeelden: telegeneeskunde, genterapie, implanteerbare biosensoren.

*Moleculaire chirurgie zal ook tot de mogelijkheden gaan behoren. De gedachten gaan uit naar het ontwerpen van een nanomachine, bijvoorbeeld een unit met als werkzame eenheid een enzym dat een bepaald stukje weefsel afbreekt of juist opbouwt en dat met signalen kan worden*

Problemen en uitdagingen: dat is het beeld. De minister van VWS heeft, gegeven dit gemengde beeld, behoefte aan een advies over de toekomst van medisch-specialistische zorg. In het werkprogramma 2000 van de RVZ staat de adviesaanvraag (zie bijlage 1).

Behoefte aan advies

## **1.2 Functie van het advies in het beleidsproces**

De problemen en uitdagingen in en rond de medisch-specialistische zorg vragen om een steunend, maar ook stimulerend beleidskader. De overheid is in de afgelopen jaren uitermate actief geweest. Het huidige beleid wordt gekenmerkt door een groot aantal lopende initiatieven en beleidsvoornemens op tal van terreinen (zie ook het Dossier, deel 5 voor een overzicht en analyse). Recent is de Positioneringsnota algemene ziekenhuizen (september 2000) verschenen, een co-

Stimulerend beleidskader nodig

productie van VWS, NVZ en Orde van medisch specialisten. De nota is geschreven vanuit het perspectief van het ziekenhuis en gaat vooral in op onderwerpen die in de resterende kabinetsperiode aangepakt zullen worden.

De RVZ sluit met het voorliggende advies aan bij de Positioneringsnota en bij eerder uitgezette beleidslijnen, zoals de Integratiewet en de Wet bijzondere medische verrichtingen. Het perspectief is echter breder - niet de instelling staat centraal, maar de medisch-specialistische zorg - en is meer op de langere termijn gericht.

Advies sluit aan bij ingezet beleid ...

De RVZ wil met dit advies een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een integraal en stimulerend beleidskader voor deze sector. Hiermee zou een gezonde basis kunnen ontstaan voor de ontwikkeling van de medisch-specialistische zorg in de toekomst.

... en levert bijdrage aan nieuw beleidskader

### 1.3 Beleidsvragen en leeswijzer

In dit advies geeft de RVZ antwoord op de volgende beleidsvragen (zie bijlage 1 voor de complete adviesaanvraag).

Beleidsvragen:	Antwoord in:
Welke ontwikkelingen zijn van invloed op vraag naar en aanbod van medisch-specialistische zorg?	Hoofdstuk 2 en 3
Wat zijn de problemen in de medisch-specialistische zorg, nu en in de toekomst? Hoe ernstig zijn de problemen? Hoe ontstaan de problemen en waardoor worden zij in stand gehouden?	Hoofdstuk 4
Welke uitgangspunten gelden voor de medisch-specialistische zorg in de toekomst?	Hoofdstuk 5
Welke oplossingsrichtingen zijn relevant voor de aanpak van de gesignaleerde problemen?	Hoofdstuk 6
Hoe moeten deze oplossingsrichtingen beoordeeld worden, gezien de geformuleerde uitgangspunten?	Hoofdstuk 6

Welke beleidsstrategie moet de overheid kiezen? Hoofdstuk 7

Welke beleidsmaatregelen moet de overheid nemen? Hoofdstuk 7

---

#### **1.4 Begripsomschrijvingen en domeinafbakening**

Vertrekpunt voor dit advies is de medisch-specialistische zorg. Hieronder verstaan we zorg, verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van medisch specialisten. Medisch-specialistische zorg ...

Tot nu vindt medisch-specialistische zorg voornamelijk in ziekenhuizen plaats. Dit betekent dat wanneer we het over medisch-specialistische zorg hebben, we ook naar het ziekenhuis moeten kijken, te meer daar het overheidsbeleid gericht is op integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis. ... en ziekenhuizen

De focus van het advies ligt bij de inhoud en functie van medisch-specialistische zorg binnen de totale zorg, de daarvan afgeleide organisatie van de zorg en daartoe benodigde randvoorwaarden. Van inhoud naar organisatie

Het domein van advisering betreft zowel de somatische als de psychische specialistische zorg. Aangezien de RVZ recent heeft geadviseerd over de specialistische zorg in de GGZ (RVZ, 1998), zal in het voorliggende advies het accent meer liggen op de somatische zorg. In de casusbeschrijvingen (zie Dossier, deel 3) komt de psychiatrie overigens wel expliciet aan de orde. Domein: somatisch en psychisch

#### **1.5 Werkwijze**

Het advies is voorbereid door de raadsleden mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard, mw. prof. dr. J.P. Holm en mw. J.M.G. Lanphen, huisarts. Adviesvoorbereiding

Voor de advisering is een klankbordgroep ingesteld (zie bijlage 3 voor de samenstelling). Verder is met een groot aantal deskundigen gesproken over problemen en oplossingsrichtingen (zie bijlage 3 voor een overzicht van geïnterviewde personen).

Ter voorbereiding van het advies zijn door het secretariaat van de RVZ verschillende studies uitgevoerd. In het Dossier medisch-specialistische zorg (apart gepubliceerd naast dit advies) zijn de resultaten van deze achtergrondstudies opgenomen.

Achtergrondstudies in Dossier

Verder heeft de RVZ aan Prismant opdracht gegeven een beknopte internationale verkenning uit te voeren, gericht op enkele aspecten van medisch-specialistische zorg (zie Dossier, deel 7).

## **2 Feiten en ontwikkelingen**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk geven we een korte schets van de medisch-specialistische zorg in Nederland. Na een overzicht van patiëntenstromen, kenmerken en kerncijfers (2.2) wordt ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen die van invloed zijn op vraag en aanbod (2.3). Tot slot wordt het beleid van de minister van VWS kort getypeerd (2.4). In het Dossier medisch-specialistische zorg is meer uitgebreide informatie te vinden over de genoemde onderwerpen.

### **2.2 Medisch-specialistische zorg in Nederland**

#### **Patiëntenstromen**

In het stroomschema op de volgende pagina worden op sterk vereenvoudigde wijze de belangrijkste patiëntenstromen weergegeven (zie figuur 2.1). Medisch-specialistische zorg is een onderdeel van de zorg voor mensen met gezondheidsproblemen.

Belangrijkste patiëntenstromen

Het schema maakt duidelijk dat de huisarts de meeste gezondheidsproblemen zelf behandelt. Slechts 9% van alle consulten leidt tot een verwijzing naar de specialist. De huisarts verwijst naar de specialist omdat hij behoefte heeft aan meer gespecialiseerde kennis, die nodig is om tot een diagnose te komen (in 60% van de verwijzingen) of voor verdere behandeling (80%; zie ook Dossier, deel 1). In Nederland gaat jaarlijks gemiddeld één op de drie mensen naar een medisch specialist. Ongeveer 19% van de Nederlanders gaat op eigen initiatief naar de specialist.

Huisarts doet het meeste zelf

Eén op de drie Nederlanders naar specialist

Belangrijkste reden hiervoor is dat al eerder contact met de specialist bestond.

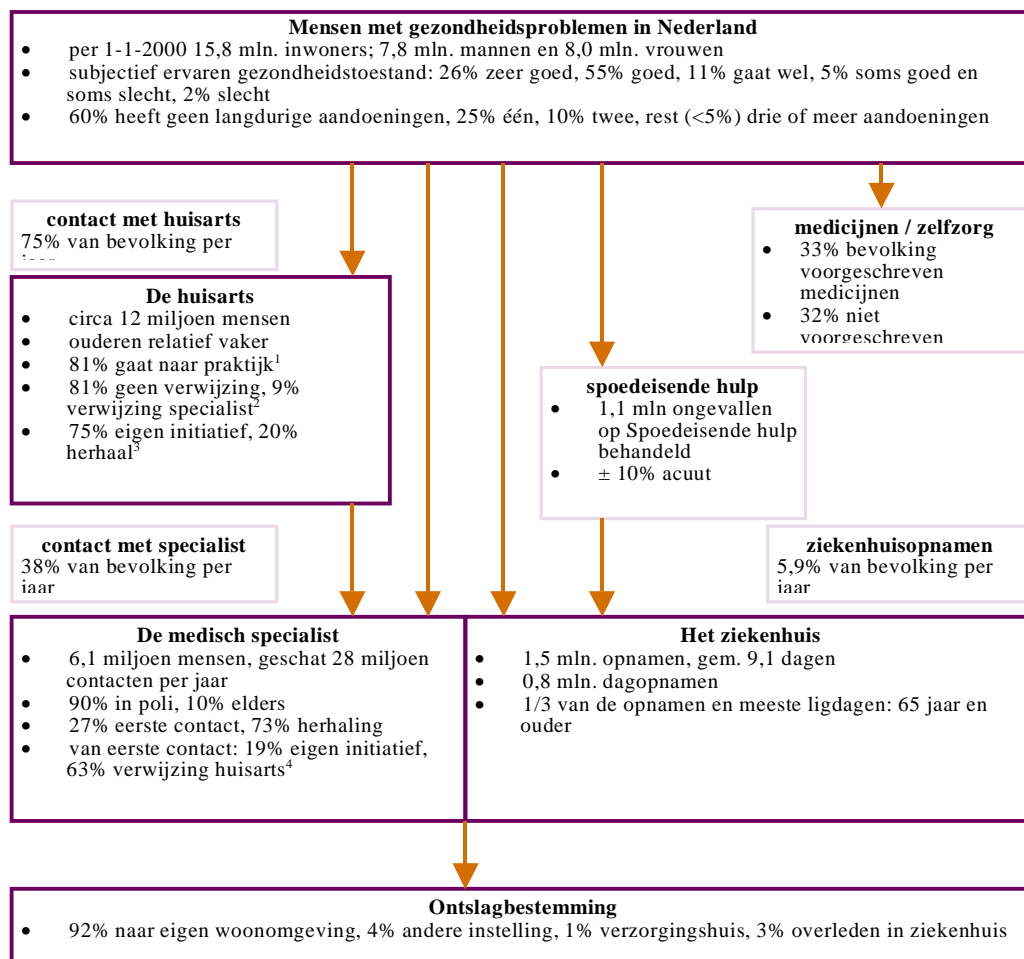
**Kenmerken huidige medisch-specialistische zorg**

Belangrijke kenmerken van de huidige medisch-specialistische zorg:

- professionele autonomie van de specialist; primair staat de individuele patiënt-artsrelatie;
- inhoud van de zorg betreft (voortgezette) diagnostiek en behandeling, begeleiding en voorlichting;
- stuwende rol van kennis leidt tot innovatie en dynamiek. Neiging tot steeds verdergaande specialisatie (zie verder hoofdstuk 3);

Medisch-specialistische zorg heeft specifieke kenmerken

**Figuur 2.1 Stroomschema medisch-specialistische zorg**



<sup>1</sup> overige contacten: 6% thuis bij patiënt, 12% telefonisch  
<sup>2</sup> overige 10% foto's maken, laboratoriumonderzoek, fysiotherapeut, andere instantie  
<sup>3</sup> overige 5% verwezen of opgeroepen door arts of verwezen door niet-medici  
<sup>4</sup> overige 18%: oproep van specialist of anders

NB: De verschillende percentages kunnen niet opgeteld worden, omdat tussen sommige stromen overlap bestaat.

Bron: RVZ-bewerking van diverse bronnen (CBS, 1999; SIG, 1994)

**Tabel 2.1      Kerncijfers medisch-specialistische zorg**

	1999 <sup>1</sup>	trend
% personen dat contact heeft met specialist per jaar	37,4%	constant
aantal klinische opnamen, *1.000	1.525	constant
aantal wachtenden klinische opname, > 1 maand	51.700	niet eenduidig <sup>2</sup>
aantal dagopnamen, *1.000	790	sterk stijgend
aantal wachtenden dagopname, > 1 maand	40.900	niet eenduidig <sup>2</sup>
aantal (reguliere) ziekenhuizen	132	dalend <sup>3</sup>
aantal bedden	58.786	dalend
aantal verpleegdagen, *1.000	13.852	dalend
gemiddelde verpleegduur per opname (dagen)	9,1	dalend
aantal privé-klinieken (vnl. dagbehandeling)	ca. 40	constant
aantal geregistreerde specialisten	14.712	constant
- mannen	11.608	dalend
- vrouwen	3.104	sterk stijgend
- verhouding vrouw/man	21/79	stijgend
- deeltijdfactor	87%	stijgend
aantal specialistenplaatsen (fte)	9.095	stijgend
- algemene ziekenhuizen	6.228	stijgend
- categorale ziekenhuizen	379	stijgend
- academische ziekenhuizen	2.488	stijgend
uitgaven medisch-specialistische zorg	2.742,1 mln.	stijgend
(overige) uitgaven ziekenhuiszorg	19.838,9 mln.	stijgend
bovenstaande uitgaven in % totale zorgbudget	31,5%	constant

<sup>1</sup> indien mogelijk (soms is het meest recente jaar 1997 of 1998)

<sup>2</sup> wisselt per specialisme en van jaar op jaar



<sup>3</sup> 8 academische ziekenhuizen (constant), 96 algemene (dalend), 28 categorale (dalend)

Bronnen:Prismant, 2000a en b; CBS, 1999; MSRC, 1999; VWS, 2000; Nivel, Prismant, OSA, 2000.

- grote rol wetenschappelijke verenigingen bij bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling;
- specifieke voorzieningen (bijv. kostbare apparatuur) zijn veelal noodzakelijk;
- medisch-specialistische zorg vindt voornamelijk in ziekenhuizen plaats;
- de toegang tot medisch-specialistische zorg wordt gereguleerd (verwijssystematiek).

### **Kerncijfers**

In tabel 2.1 staan vervolgens de belangrijkste cijfers over de medisch-specialistische zorg in Nederland.

In het Dossier, deel 1 wordt uitgebreider ingegaan op deze cijfers en trends.

## **2.3 Ontwikkelingen van invloed op vraag en aanbod**

### **Ontwikkelingen**

Een groot aantal ontwikkelingen is van invloed op de vraag naar en het aanbod van medisch-specialistische zorg. De meest relevante ontwikkelingen zijn (zie ook Dossier, deel 1):

- demografische ontwikkelingen: met name de vergrijzing. In 2035 is Nederland het meest vergrijzde land van Europa;
- maatschappelijke ontwikkelingen: mondige en geïnformeerde patiënt;
- technologische en farmaceutische ontwikkelingen;
- ontwikkelingen in ziekenhuizen: fusies en schaalvergroting; kanteling van de organisatie; samenwerking met eerste lijn en verpleeghuizen;
- ontwikkelingen in de organisatie van medisch-specialistische zorg: medisch specialisten werken in maatschappen die in omvang toenemen. Dit heeft onder andere te maken met het steeds meer uitdijende kennisdomein (zie ook hoofdstuk 3); arbeidsmarktfactoren, zoals de toenemende wens tot deeltijdwerk; het adequaat kunnen regelen van vervanging; mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek;

Veel ontwikkelingen van invloed op medisch-specialistische zorg

- ontwikkelingen in opleiding, arbeidsmarkt en beroepsuitoefening: discussie over de lange duur van de opleiding, meer instroom van vrouwen, behoefte aan normalisering arbeidstijden;
- ontwikkelingen op het terrein van ‘Europa’ en mededinging: er wordt een actief beleid van de overheid verwacht, gericht op het bevorderen van keuzemogelijkheden.

### **Gevolgen**

De vraag naar medisch-specialistische zorg zal in de toekomst toenemen. Belangrijkste factor is de demografische ontwikkeling, meer specifiek de bevolkingstoename en de toenemende vergrijzing van de bevolking. Verder dragen ook de nieuwe mogelijkheden op het terrein van technologie en farmacie bij aan een stijging van de zorgvraag. Dit effect wordt nog versterkt doordat de medisch specialist te maken heeft met een mondige en geïnformeerde patiënt.

Gevolgen hiervan onder andere: toename vraag ...

Met name de ‘vergrijzingsgevoelige’ specialismen zullen onder druk komen te staan, omdat in de populatie van zorgvragers het aandeel oudere, chronisch zieken met wisselende hulpbehoeften zal toenemen.

Terwijl de vraag zal toenemen, komt het aanbod tegelijkertijd steeds meer onder druk te staan. Vooral de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt baren zorgen. Er dreigt in de toekomst een schaarste aan medisch specialisten te ontstaan, terwijl de mogelijkheden voor de uitoefening van het medisch-specialistische vak alleen maar toenemen. Het voortschrijdend inzicht in het ontstaan van ziekten en aandoeningen zal leiden tot een grotere nadruk op preventie, vroegtijdige interventie en counseling van gezonde mensen. In hoofdstuk 3 zal afzonderlijk worden ingegaan op de gevolgen van de snelle wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen.

... en meer druk op het aanbod

## **2.4 Beleidskader medisch-specialistische zorg**

Het beleid van de minister van VWS is gericht op de integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis. In het regeerakkoord 1998 is vastgelegd dat de aanbevelingen van

Commissie Biesheuvel

de Commissie Biesheuvel worden uitgevoerd (geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf). Met de inwerkingtreding van de zogenaamde Integratiewet per 1 februari 2000 vervalt het zelfstandig declaratierecht van in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten. Zorgverzekeraars hebben nog maar één contractpartner: het ziekenhuis, als belichaming van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf.

De voorgenomen beleidslijn inzake medisch-specialistische zorg is verder grofweg als volgt te schetsen. De overheid wil een regionaal samenhangend zorgaanbod bewerkstelligen, onder regie van een zorgverzekeraar. Er dient een nieuwe ziekenhuisorganisatie te ontstaan, geënt op steeds korter verblijf en - waar dit kan – geënt op zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt. De overheid blijft verantwoordelijk voor de grote financiële kaders. Daarnaast faciliteert ze de regionale processen en entameert zelfsturing binnen de regionale situatie.

Samenhang op regionaal niveau

Wat de plaats van de verschillende aanbieders van medisch-specialistische zorg in het bestel betreft, streeft de overheid samenhang tussen de ziekenhuizen na. De ziekenhuissector is piramidiaal van opbouw: relatief eenvoudige zorg in alle ziekenhuizen; meer complexe zorg geconcentreerd in grotere algemene en academische ziekenhuizen; *last resort*-functie voor academische ziekenhuizen, voor patiënten die alleen nog bij een academisch centrum terecht kunnen. Met het oog op de toegankelijkheid van patiënten tot alle vormen van zorg (van eenvoudig tot zeer complex) zijn afspraken over onder andere verwijzing en samenwerking noodzakelijk. Zelfstandige behandelcentra (privé-klinieken) kunnen een functie in het bestel hebben wanneer ze bijdragen aan de oplossing van wachtlijstproblemen.

Piramidale opbouw ziekenhuissector

De beleidsvoornemens op het terrein van de bekostiging laten zich aldus samenvatten: integratie van medisch specialisten in het ziekenhuisbedrijf en een grotere verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor een beheerste kostenontwikkeling van ziekenhuiszorg. Daartoe zijn vier stappen voorzien: totstandkoming producttypering, modernisering financiering ziekenhuizen, integratie kosten van medisch-specialistische hulp in ziekenhuisbudget en

Bekostiging

afstemmen ziekenhuisfinanciering met  
ziekenfondsbudgettering.

Het beleid met betrekking tot de bouw van ziekenhuizen is gericht op een reductie van de totale (bedden)capaciteit, op het deconcentreren van relatief eenvoudige ziekenhuiszorg en het concentreren van de meer complexe zorg en op het totstandbrengen van een regionaal zorgnetwerk. In bouwtermen gesproken, betekent dit dat ziekenhuisgebouwen flexibel moeten zijn. Thans ligt een nieuw voorstel voor een bouwwet ter advisering voor aan diverse uitvoeringsorganen: de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), die de WZV gaat vervangen. In de WEZ worden de zorgvisie (waarin de Minister een overzicht geeft voor de volle breedte van de sector van benodigde infrastructuur) en de regiovisie (waarin de provincie op basis van adviezen van partijen in de regio de zorgvisie uitwerkt voor de desbetreffende regio).

Bouw

### **3 Kennis als stuwende en sturende kracht**

#### **3.1 Inleiding**

Kennis speelt een cruciale rol bij de ontwikkeling van medisch-specialistische zorg en de manier waarop deze zorg wordt georganiseerd. Onder kennis verstaan we een synergetische accumulatie van informatie leidend tot nieuwe inzichten, waardoor keuzen kunnen worden vergemakkelijkt, beslissingen beter kunnen worden genomen of acties efficiënter kunnen worden uitgevoerd (Nijkamp, 2000).

Allereerst wordt kort ingegaan op de processen van generalisatie en specialisatie in de geneeskunde (3.2). Vervolgens wordt de stuwende en de sturende kracht van kennis belicht (3.3), waarna conclusies worden geformuleerd (3.4).

#### **3.2 Specialistische en generalistische zorg**

De recente geschiedenis van de geneeskunde wordt gekenmerkt door een krachtenspel tussen generalisatie en specialisatie.

In de negentiende eeuw begon een proces van specialisatie vanuit de algemene geneeskunde. Anno 2000 zijn er in Nederland 29 erkende specialismen. In de praktijk zijn dat er veel meer, in de vorm van subspecialismen. De belangrijkste oorzaak van dit proces van specialisatie is de enorme toename van kennis en daarop gebaseerde behandelmogelijkheden. Een specialisme kenmerkt zich door een voor een breed publiek herkenbaar eigen domein van kennis, behandelbeleid en beroepsuitoefening. Daarnaast moet er sprake zijn van een eigen patiëntenstroom van voldoende omvang die uit kwaliteitsoverwegingen (van zichzelf of de verwijzer) de hulp van de specialist zoekt.

Er is een krachtenspel tussen specialisatie ...

Na de Tweede Wereldoorlog werd het belang van een meer generalistische benadering weer meer en meer onderkend. Zie bijvoorbeeld de herwaardering van de

... en generalisatie

huisartsgeneeskunde als generalistisch 'specialisme'. Mede door de toegenomen zorgvraag van chronisch zieken en ouderen en daarmee samenhangende co-morbiditeit groeit de behoefte aan professionals die over specialisme-overstijgende kennis en vaardigheden beschikken (Van Tilburg, 2000).

Op basis van het hiervoor geschetste krachtenspel tussen generalisatie en specialisatie kunnen we de verhouding tussen generalistische en specialistische zorg nader typeren. Medisch-specialistische zorg is qua functie in grote mate complementair aan generalistische zorg. De functie van medisch-specialistische zorg in het zorgproces ligt in het meer adequaat en gericht vervullen van een hulpbehoefte, die niet in een generalistisch kader vervuld kan worden. Medisch-specialistische zorg begint idealiter daar waar de grenzen van generalistische zorg zijn bereikt.

Medisch-specialistische zorg is complementair aan generalistische zorg

### 3.3 Kennis als cruciale factor

#### Kennis als stuwende kracht

Kennis is de stuwende factor in de ontwikkeling van medisch-specialistische zorg. Er is sprake van een voortdurende groei van kennis in de geneeskunde, te vergelijken met een bron die voor een continue stroom zorgt. De ontwikkeling van kennis vindt plaats in de praktijk (met name ziekenhuizen), universiteiten en industriële laboratoria en is gericht op oorzaken en beloop van ziekten en aandoeningen, op diagnostiek en behandeling en op mogelijkheden voor preventie. De ontwikkeling van kennis leidt tot allerlei toepassingen: technologie, medicijnen, en dergelijke.

Voortdurende kennisontwikkeling

De informatie- en communicatietechnologie (ICT) heeft een versnellende werking op de ontwikkeling en de verspreiding van kennis. De levenscyclus van kennis wordt steeds korter en kennis wordt door de ICT geografisch steeds vluchtiger. Het ontwikkelen van een adequate kennisinfrastructuur is daarom noodzakelijk. Het gaat dan om samenwerkingsstructuren die nodig zijn voor een doelmatige en efficiënte overdracht van kennis en kunde (Nijkamp, 2000).

ICT versnelt de kennisontwikkeling

### **Gevolg: kennis als sturende kracht**

De voortdurende kennisstroom heeft gevolgen. Kennis is een sturende kracht bij de inhoud en de organisatie van de zorg.

De *inhoud* van de zorg wordt complexer, door toenemend inzicht in de oorzaken en het beloop van ziekten en door de groei van verfijndere diagnostische en therapeutische mogelijkheden. De groei van het kennisbestand leidt ertoe dat geen enkele arts meer het totale bestand kan overzien. Specialismen ontstaan, vervolgens ontstaan subspecialismen.

Gevolgen voor inhoud:  
specialisering

De nieuwe kennis zal tijdig beschikbaar moeten komen op een adequate plek in het zorgproces. Hierbij wordt veel verwacht van MTA (medical technology assessment). De uitkomsten van MTA in de vorm van richtlijnen voor het professioneel handelen dienen de kwaliteit van zorg te optimaliseren.

De *organisatie* van het aanbod van medisch-specialistische zorg zal in de toekomst veranderen. Kennis en technologie leiden zowel tot concentratie als tot deconcentratie van de zorg. Door de ontwikkelingen op het terrein van kennis en medische technologie worden steeds complexere ingrepen mogelijk, die grote investeringen vergen en vaak zullen leiden tot concentratie van deze zorg vanuit overwegingen van doelmatigheid en kwaliteit. Om kwaliteit van het hoogste niveau te halen en behouden is het noodzakelijk medisch-specialistische zorg voor specifieke aandoeningen te concentreren (zie onder andere de hartchirurgie; Van Lanschot, et al, 2000). Tegelijkertijd worden ingrepen, die eerst complex waren, in de loop van de tijd steeds eenvoudiger uitvoerbaar of worden vervangen door medicatie. De medische apparatuur wordt compacter en handzamer, zodat een minder zware infrastructuur vereist is. De duur van opname wordt steeds meer beperkt en er ontstaan door nieuwe technologie meer mogelijkheden voor dagverpleging en behandeling op afstand. Mede hierdoor wordt de automatische koppeling tussen medisch-specialistische zorg en locatie (lees: ziekenhuis) steeds minder vanzelfsprekend. De patiënt krijgt steeds meer mogelijkheden om zorg in of dichtbij huis te ontvangen.

Gevolgen voor organisatie:  
concentratie en deconcentratie



- Gevolgen van toenemende kennis zijn verder onder andere: Andere gevolgen
- in een uitdijend kennisdomein ontstaat een steeds grotere spanning tussen generalistische en specialistische deskundigheid. Deze spanning zal gereguleerd moeten worden, zowel in de patiëntenzorg als in opleiding en nascholing;
  - het leveren van continue, integrale zorg is bij toenemende specialisering niet vanzelfsprekend;
  - de informatiemogelijkheden van de patiënt veranderen. Enerzijds betekent dit dat de patiënt beter geïnformeerd het eerste contact met de hulpverlener aangaat (ook door de toenemende invloed van ICT!), anderzijds kan de verwarring bij de patiënt toenemen als gevolg van de grote hoeveelheid informatie;
  - in het verlengde hiervan zal de rol van de medisch specialist veranderen. In de toekomst zal de medisch specialist meer en meer de rol van coach en adviseur krijgen, zowel richting patiënt als richting andere hulpverleners;
  - ontwikkelingen in wetenschap en technologie zullen steeds opnieuw tot vragen leiden als: mag alles wat kan? (ethische aspecten van nieuwe interventiemogelijkheden) en: moet alles wat kan? (implicaties voor de verzekeringsaanspraken). Op beide vragen gaat de RVZ in dit advies niet verder in. Verwezen wordt naar de adviezen Ethiek met beleid (RVZ, 1999) en De rollen verdeeld (RVZ, 2000).

### 3.4 Conclusie

Medisch-specialistische zorg wordt gekenmerkt door voortdurende innovatie en dynamiek. De voortdurende kennisontwikkeling en de toepassing van de kennis in de praktijk zijn als belangrijkste oorzaken aan te wijzen. Het cyclische proces van ontwikkeling, toepassing, evaluatie, aanpassing, enzovoort leidt tot het ontstaan van een kennisketen.

Innovatie en dynamiek zijn kenmerkend

De kennisketen is van grote betekenis voor de inhoud en organisatie van medisch-specialistische zorg. De kennisketen en het zorgproces houden nauw verband met elkaar. Of, zoals de Gezondheidsraad (2000b) het

Kennisketen en zorgproces zijn verbonden met elkaar

formuleert: optimalisering van het zorgproces is een tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap. Deze conclusie houdt in dat voorwaarden geschapen moeten worden voor:

- *het ontstaan en instandhouden van kennis:*  
creëren van optimale condities voor het genereren en het onderhouden van kennis op het terrein van medisch-specialistische zorg;
- *de verspreiding en allocatie van kennis:*  
zorgen dat de juiste kennis op de juiste plek, in de juiste mate, voor de juiste doelgroep, in de juiste vorm en in de juiste fase van het zorgproces beschikbaar is. Nagaan welke allocatiemechanismen hierbij van dienst kunnen zijn. Vervolgens: hoe vindt de patiënt de weg naar de meest geëigende plek?

## 4 Probleemanalyse

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijft de RVZ de belangrijkste problemen in de medisch-specialistische zorg. Het gaat om problemen in het zorgproces (4.2), in de kennisketen (4.3) en in de keuzevrijheid van patiënt en zorgverzekeraar (4.4). De Raad concludeert op basis van de beschreven problematiek dat verandering noodzakelijk is (4.5), met name gelet op de invloed van de actuele en toekomstige ontwikkelingen die in hoofdstuk 2 en 3 zijn genoemd.

### 4.2 Zorgproces: onvoldoende aansluiting vraag en aanbod

#### Probleem

De vraag naar en het aanbod van medisch-specialistische zorg sluiten onvoldoende op elkaar aan. Dit probleem komt op verschillende manieren tot uiting.

Vraag en aanbod sluiten niet goed aan ...

Ten eerste leidt de voortgaande (sub)specialisering tot fragmentatie van de patiëntenzorg. Dit is een probleem omdat integrale zorg noodzakelijk is voor met name het groeiende aantal chronische en oudere patiënten (co-morbiditeit!), mensen met meerdere letsels en aandoeningen (bijvoorbeeld na een ongeval) en patiënten waarbij somatische en psychische problemen verweven zijn. De coördinatie van het zorgproces is onvoldoende en is vooral medisch-technisch gericht en te weinig op de maatschappelijke participatie van de patiënt (met name bij chronische en bij arbeidsgerelateerde aandoeningen).

... want specialisering leidt tot fragmentatie van de zorg

In het verlengde van het vorige punt: het aanbod van medisch-specialistische zorg gaat te zeer uit van het principe *one size fits all* en houdt te weinig rekening met de differentiatie in de vraag.

Zorg is niet toegesneden op differentiatie in de vraag

Ten derde is de tijd tussen de verschillende transities in het zorgproces te lang. Het gaat hier om verschillende soorten tijden: de toegangstijd, de interne wachttijd, de ontslagtijd en de doorstroomtijd (zie bijlage 4 voor definities).

Te lange wachttijden

Ten vierde is de bejegening van patiënten niet altijd adequaat (gebrek aan tijd, aandacht, adequate voorlichting en dergelijke), terwijl uit onderzoek blijkt dat patiënten juist dit aspect belangrijk vinden (Friele en Andela, 2000). Drie op tien Nederlanders die wel eens bij een specialist zijn geweest, vinden dat ze (volstrekt) onvoldoende de tijd hebben voor vragen (NIPO, 2000).

Bejegening niet adequaat

Tot slot: sommige onderdelen van de wet- en regelgeving belemmeren het ontstaan van transmurale medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld de verschillen in eigen bijdragen voor zorg binnen en buiten het ziekenhuis (Van Es en Sijmonsma, 2000) of de huidige ‘lappendeken’ van financieringsregelingen (zie Beleidskader in het Dossier, deel 5).

Regels belemmeren  
transmuralisering

Ook in de vier cases die voor dit advies geanalyseerd zijn (zie Dossier, deel 3), komen de meeste van de hiervoor genoemde aspecten regelmatig terug als probleem.

### **Ernst**

De onvoldoende aansluiting tussen vraag en aanbod is een ernstig probleem. De ernst blijkt uit de onnodig lange wachttijden en de gevolgen daarvan. In 1999 wachtten ruim 90.000 patiënten langer dan een maand op klinische opname of op een dagbehandeling (Prismant, 2000). In meer dan de helft van de bestralingscentra in Nederland is de wachttijd voor kankerpatiënten 3 tot 7 weken, terwijl volgens internationale richtlijnen de wachttijd na definitieve diagnose maximaal twee weken mag zijn. Tijdens de periode van bestralingen worden de stappen tussen de verschillende behandelingsfasen verlengd (Gezondheidsraad, 2000a). De verkeerde bed-problematiek bij CVA kost naar schatting 250.000 vanuit medisch oogpunt gezien onnodige verpleegdagen (Hermans, 2000). In acht projecten konden de doorstroomtijden bij verschillende aandoeningen aanzienlijk teruggebracht worden met behoud c.q. verbetering van kwaliteit, waaruit blijkt dat deze tijden aanvankelijk onnodig lang waren. Verkorting van de doorstroomtijd levert gezondheidswinst op (bijvoorbeeld minder amputaties bij patiënten met diabetische voetulcus).

Het is een ernstig probleem

Onnodig lange wachttijden in het zorgproces leiden tot onnodige sterfte en gezondheidsproblemen. Een ander gevolg is dat het voor patiënten met een baan langer duurt voordat zij het werk kunnen hervatten, hetgeen hoge maatschappelijke kosten genereert. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg zijn hierbij in het geding. Onvoldoende aansluiting tussen vraag en aanbod leidt verder tot ontevredenheid bij de patiënt en tot demotivatie en burn-out bij de specialist.

**Ontstaan**

Voor het ontstaan van het probleem dat vraag en aanbod onvoldoende op elkaar aansluiten, kunnen verschillende oorzaken genoemd worden.

Onnodige gezondheidsproblemen, hoge kosten, demotivatie

Oorzaken van het probleem

De *eerste oorzaak* is dat er tot nu toe onvoldoende aandacht is voor de schakeling in het zorgproces. De organisatie van medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen is nog te veel gebaseerd op de behoeften van de zorgaanbieders (afzonderlijke specialismen en diensten) in plaats van op behoeften en kenmerken van de zorgvraag. Een reden hiervoor is het proces van specialisatie zelf. Dat proces heeft een paradoxaal effect. Enerzijds kan de geneeskunde door specialisatie een beter antwoord op (aspecten van) de hulpvraag formuleren, door het inzetten van gespecialiseerde kennis en technologie bij diagnostiek en behandeling. Anderzijds heeft die specialisatie geleid tot een archipel van afzonderlijk georganiseerde specialismen en diensten, terwijl de hulpvraag niet altijd vanuit één specialisme is te beantwoorden. Specialisatie heeft aldus geleid tot fragmentatie van de hulpvraag (orgaangericht in plaats van mensgericht; somatisch versus psychisch). De afstemming tussen de onderdelen van het zorgproces en het totaaloverzicht op mens en proces komen daardoor in de knel. Ook het gegeven dat curatieve artsen en bedrijfsgeneeskundigen vanuit verschillende paradigma's werken, leidt ertoe dat vraag en aanbod niet optimaal op elkaar afgestemd zijn. In de vier cases die in het Dossier (deel 3) geanalyseerd worden, komen de genoemde problemen ook duidelijk naar voren: de eerste en tweede lijn zijn onvoldoende op elkaar afgestemd en regie ontbreekt.

Organisatie van de zorg niet adequaat

Dat komt ook door specialisatie

Ziekenhuizen, medisch specialisten en andere professionals proberen de hier geschetste situatie te veranderen. Dat is

Verandering is niet eenvoudig

echter niet eenvoudig. Uit onderzoek blijkt dat in 1998 39% van de algemene ziekenhuizen nog een traditionele dienstenstructuur heeft (Lindert, et al, 1999). De overige ziekenhuizen kennen weliswaar een 'gekantelde' organisatie, maar dat garandeert nog geen vloeiend zorgproces. Immers, naast de stroomlijning van de interne organisatie is ook de afstemming met voorzieningen buiten het ziekenhuis van belang voor het ontstaan van een transmurale zorgketen. Beide veranderingen - interne reorganisatie en externe afstemming - vergen een totaal herontwerp van het zorgproces. Uit onderzoek is bekend dat zo'n herontwerp geen sinecure is. Het vergt onder andere een hoog ambitieniveau, veel tijd en energie, veranderingsbereidheid en commitment van betrokkenen (Beijers en De Vries, 2000).

De *tweede oorzaak* van het probleem betreft de inadequaat taakverdeling in het zorgproces. Veel werk dat nu nog door medisch specialisten gedaan wordt, kan vaak (onder bepaalde voorwaarden) overgenomen worden door andere professionals, met name gespecialiseerde verpleegkundigen en meer generalistisch opgeleide artsen. Het gaat hier om een historisch gegroeide situatie, waarin ook de verrichtingsystematiek een rol heeft gespeeld. Een taakverdeling die beter aansluit bij de opleiding en de ervaring van de diverse professionals kan voordelen opleveren voor alle betrokkenen en bijdragen aan een betere aansluiting van het aanbod op de vraag.

Taakverdeling in zorgproces  
niet adequaat

De *derde oorzaak* van de onvoldoende aansluiting tussen vraag en aanbod is de schaarste aan mensen en middelen. Het tekort aan verplegend en ondersteunend personeel leidt tot problemen in de organisatie van de zorg. Veel tijd gaat zitten in het regelen van de bezetting van afdelingen. Onderbezetting kan weer leiden tot hoger ziekteverzuim en burn-out. En dan bestaat ook nog het gevaar dat de toch al krappe capaciteit verder afneemt door het weglekken naar de particuliere sector (3<sup>e</sup> compartiment). Gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en bij de instroom van opleidingen wordt ook een oplopend tekort aan medisch specialisten verwacht (zie Dossier, deel 1). Het beleid van de overheid was jarenlang gericht op kostenbeheersing en daarmee op beheersing van het aantal specialistenplaatsen. Ook het toelatingsbeleid van

Schaarste aan mensen en  
middelen

de beroepsgroep zelf heeft bijgedragen aan de schaarste op de arbeidsmarkt.

De *vierde oorzaak* betreft de bekostiging van de ziekenhuizen. In een recent rapport concludeert de Algemene Rekenkamer (2000) dat de overheid met de huidige manier van bekostiging nauwelijks in staat is om goede ziekenhuiszorg te stimuleren.

Bekostigingssystematiek niet stimulerend

### 4.3 Kennisketen: onvoldoende transfer en afstemming

#### Probleem

Eerder - zie hoofdstuk 3 - werd de stuwende en sturende kracht van kennis beschreven. Een probleem hierbij is dat de werking van die kracht wordt belemmerd, waardoor de transities in de kennisketen niet vloeiend verlopen. Wetenschap en technologie bieden weliswaar steeds meer mogelijkheden, maar de transfermogelijkheden worden onvoldoende benut. Het gaat hier zowel om toepassing van wetenschappelijke inzichten in de praktijk als om de introductie van nieuwe (medische) technologie. Daar waar de kennis wel vertaald wordt in richtlijnen voor de praktijk, blijkt dat de richtlijnen voor medisch specialisten en die voor huisartsen onvoldoende op elkaar afgestemd zijn en onvoldoende toegepast te worden in de praktijk.

Overgangen in kennisketen niet vloeiend

De kennisketen functioneert verder niet optimaal, omdat onvoldoende afstemming tussen de verschillende kennisproducenten plaatsvindt. De ZON/NWO en de KNAW werken wel aan deze afstemming. Desondanks bestaat de indruk dat wetenschappelijk onderzoek soms te versnipperd plaatsvindt en dat tegelijkertijd nog te veel dubbel werk wordt verricht.

Onvoldoende afstemming

#### Ernst

Gaat het om een ernstig probleem? De RVZ meent van wel. Onvoldoende toepassing van kennis leidt onder andere tot:

- overgebruik van zorg (sic!): onnodig gebruik van beeldvormende diagnostiek (onder andere EEG na CVA; Meyboom-de Jong en Buis, 1995) en laboratoriumdiagnostiek; overmatig antibioticumgebruik;

Het is een ernstig probleem:

- overgebruik
- ondergebruik

- demotivatie

- taakverdeling is niet goed

- ondergebruik van zorg: onvoldoende secundaire preventie na hartinfarct; behandeling van COPD (Schellekens, 2000); slechts circa de helft van de 120.000 psychotische patiënten ontvangt adequate medicamenteuze behandeling (RVZ, 1998); onvoldoende gebruik van geavanceerde ICT-mogelijkheden voor communicatiedoelinden, waardoor onnodige vertraging in het zorgproces ontstaat;
- demotivatie bij medisch specialisten: interventies volgens de nieuwste inzichten zijn theoretisch mogelijk maar niet in de praktijk, met name vanwege de kosten;
- een inadequate taakverdeling in het zorgproces; zie vorige paragraaf.

### **Ontstaan**

Een gericht technologiebeleid ontbreekt, zowel bij ziekenhuizen, medisch specialisten als bij de overheid. De ontwikkeling en de toepassing van nieuwe medische technologie is sterk afhankelijk van betrekkelijk willekeurige factoren. In de gezondheidszorg vindt te weinig systematische reflectie plaats op de toepassingsmogelijkheden van nieuwe technologie. Er zijn te weinig positieve prikkels om technologische innovaties snel in de gezondheidszorg te incorporeren (HMF, 1999).

Beleid ontbreekt ...

Te krappe financiële en personele kaders belemmeren de toepassing van nieuwe kennis en medische technologie. Een voorbeeld hiervan is de radiotherapie. De Gezondheidsraad (2000a) concludeert dat kwaliteitsverbetering van de bestralingsbehandeling achterwege blijft, terwijl de medisch-technologische ontwikkelingen wel uitzicht bieden op een meer effectieve behandeling met beperking van schadelijke bijwerkingen.

... en mensen en middelen

Een andere verklarende factor ligt in de richtlijnontwikkeling. De medisch specialisten hebben met hun wetenschappelijke verenigingen het voordeel ten opzichte van andere beroepsgroepen dat zij wetenschappelijke kennis kunnen omzetten in richtlijnen. De naleving van richtlijnen is in veel gevallen echter teleurstellend. Slechts 50% van de beroepsbeoefenaren gebruikt richtlijnen, ook als veel aandacht is besteed aan de implementatie. Een regionale ondersteuningsstructuur zou

Richtlijnen worden slecht nageleefd



de implementatie van richtlijnen kunnen bevorderen, maar een dergelijke structuur is nog maar net in opbouw (Nivel, 2000).

#### **4.4 Keuzevrijheid: onvoldoende mogelijkheden voor patiënt en zorgverzekeraar**

##### **Probleem**

De patiënt die op medisch-specialistische zorg is aangewezen, heeft op dit moment onvoldoende keuzemogelijkheden. De patiënt kan niet op basis van onafhankelijke informatie tot een gefundeerde keuze komen welke type behandeling, welke behandelaar en welke behandellocatie het beste aansluiten bij zijn hulpbehoefte en persoonlijke voorkeuren.

Patiënt kan niet kiezen ...

Voor de zorgverzekeraar geldt dat de keuzemogelijkheden in de contractering van medisch-specialistische zorg op regionaal niveau beperkt zijn.

... en de verzekeraar ook niet

##### **Ernst**

Voor de patiënt die acuut medisch-specialistische zorg nodig heeft, is keuzevrijheid een minder relevant item. In die situatie is directe beschikbaarheid en de nabijheid van adequate hulp veel belangrijker dan keuzevrijheid. De patiënten die acute zorg hebben, zijn echter in de minderheid. Voor de grote stroom patiënten, waarbij de zorg beter planbaar is, is keuzevrijheid wél een relevant onderwerp. In de toekomst zal het belang van keuzevrijheid alleen maar toenemen, omdat de toekomstige patiënt mondiger en beter geïnformeerd is.

Dat is vooral bij de planbare zorg een probleem

Vanuit de optiek van de zorgverzekeraar is het ontbreken van voldoende keuzemogelijkheden bij de contractering van medisch-specialistische zorg ook een ernstig probleem. Op regionaal niveau heeft hij weinig of geen mogelijkheden om aanbieders van medisch-specialistische zorg met elkaar te vergelijken op basis van kwaliteit en doelmatigheid. Bovendien is sprake van een alles-of-niets-contract: de verzekeraar kan niet besluiten om *onderdelen* van het aanbod van één ziekenhuis contracteren, maar is gehouden een totaalcontract met het ziekenhuis te sluiten.

Geen vergelijking mogelijk op basis van kwaliteit en doelmatigheid

### **Ontstaan**

Verschillende oorzaken hebben geleid tot het ontstaan van het probleem dat er te weinig keuzemogelijkheden zijn voor patiënt en zorgverzekeraar.

De *eerste oorzaak* is dat er te weinig transparantie in het aanbod van medisch-specialistische zorg is.

Te weinig transparantie

De *tweede oorzaak* is het afnemend aantal aanbieders. Medisch-specialistische zorg vindt voornamelijk plaats in ziekenhuizen. Door fusies en schaalvergroting neemt het aantal ziekenhuizen in Nederland snel af. Het aantal ziekenhuizen is in de afgelopen 25 jaar gehalveerd en hun verzorgingsgebied is tweemaal zo groot geworden (zie ook Dossier, deel 7). De verwachting is dat er in de toekomst in Nederland nog 40 grote ziekenhuisconglomeraten overblijven. De fusies en schaalvergroting worden ingegeven vanuit verschillende motieven:

Aantal aanbieders neemt af ...

... door fusies en schaalvergroting

- strategische motieven: ziekenhuizen zoeken elkaar op om samen een groter en machtiger concern te vormen;
- vakinhoudelijke motieven: specialisten zoeken elkaar op voor een betere ontwikkeling en beheer van het kennisdomein. Door middel van een fusie ontstaan grotere maatschappen, waarmee aan deze behoefte van specialisten tegemoet wordt gekomen. Bovendien kunnen in een grotere maatschap organisatorische problemen (zoals 24-uursbereikbaarheid, deeltijdwerk, en dergelijke) makkelijker opgelost worden;
- financiële motieven: met fusie wordt doelmatigheidswinst beoogd. Ook kunnen door fusie bekostigingsstromen van gelijksoortige specialismen uit verschillende ziekenhuizen makkelijker geïntegreerd worden.

***Intermezzo: Is het nodig om te fuseren?***  
*Het is twijfelachtig of de fusies in de ziekenhuiswereld - die ertoe leiden dat voor patiënt en zorgverzekeraar onvoldoende keuzemogelijkheden bestaan - financiële (schaal)voordelen met zich meebrengen. Een ziekenhuis dat doelmatiger wil gaan werken zou op grond van recente Amerikaanse studies, economisch gezien meer profijt hebben van samenwerking dan van fusie. Ook voor het behalen van kwaliteitswinst is fusie niet noodzakelijk. Het is voldoende om bindende*

De *derde oorzaak* is de nog geldende contracteerverplichting voor de zorgverzekeraar. Zelfs al zou de zorgverzekeraar willen en kunnen kiezen, dan nog geldt de verplichting om met de ziekenhuizen een contract af te sluiten.

Verzekeraar is verplicht te contracteren

De *vierde oorzaak* is het overheidsbeleid. Het beleid is in de afgelopen jaren voortdurend gericht geweest op het bevorderen van samenhang en samenwerking: de integratie van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis; afspraken tussen academische en algemene ziekenhuizen, enzovoort (zie 2.4 voor een samenvatting van het beleid). Met het oog op kwaliteit en doelmatigheid heeft dit beleid zeker positieve effecten gehad. Maar het beleid heeft ook geleid tot markt- en machtsconcentraties. De overheid zet feitelijk een premie op het ontstaan van grote ziekenhuizen, omdat grotere ziekenhuizen relatief meer geld toebedeeld krijgen dan kleinere ziekenhuizen. Het beleid op dit punt is overigens ambivalent, omdat de overheid in het kader van het mededingingsbeleid een ander signaal uitzendt: marktconcentraties moeten tegengegaan worden.

Ambivalent overheidsbeleid

#### **4.5 Conclusie**

De RVZ concludeert dat het aanbod van medisch-specialistische zorg onvoldoende is gericht op de

Specialisatie loopt niet parallel met differentiatie in vraag

differentiatie in de vraag. Anders en breder geformuleerd: de specialisatie in de geneeskunde loopt niet parallel met de differentiatie in de vraag naar medisch-specialistische zorg.

De RVZ concludeert verder dat de transities in het zorgproces en in de kennisketen niet vloeiend verlopen. Hierdoor is de allocatie van medisch-specialistische zorg in het totale zorgproces niet altijd adequaat. Bij deze allocatie is opvallend dat er in de loop van de tijd automatische koppelingen zijn ontstaan tussen:

- type zorg (medisch-specialistische zorg) en type instelling/locatie/echelon (ziekenhuis);
- type zorg (medisch-specialistische zorg) en type professional (medisch specialist).

Allocatie zorg niet adequaat

Deze één-op-éénrelaties voldoen niet meer. Gelet op de ontwikkelingen in vraag en aanbod en de gevolgen die de dynamiek van de kennisketen teweegbrengt, zal de allocatie van medisch-specialistische zorg in de toekomst flexibeler moeten verlopen. Op dit moment hebben patiënt en zorgverzekeraar onvoldoende keuzemogelijkheden.

Meer flexibiliteit nodig

De geschetste problemen hebben betrekking op de doelmatigheid (organisatie zorgproces; taak- en rolverdeling) en kwaliteit van de medisch-specialistische zorg, op de infrastructuur van de kennisketen en op de beleidsstrategie van de overheid. Dit betekent dat oplossingen ook met name op deze terreinen gezocht moeten worden, c.q. effect moeten hebben (zie hoofdstuk 6).

Doelmatigheid en kwaliteit staan centraal

Het is vooral de combinatie van gesignaleerde problemen enerzijds en de ontwikkelingen en uitdagingen zoals geschetst in hoofdstuk 2 anderzijds die leiden tot de noodzaak van verandering. Die noodzaak om tijdig maatregelen te nemen en daarmee in te spelen op de problemen en uitdagingen wordt bij alle partijen gevoeld. Alvorens in te gaan op mogelijke oplossingsrichtingen formuleert de RVZ in het volgende hoofdstuk eerst een toekomstvisie en een aantal uitgangspunten voor advisering.

## 5 Toekomstvisie en uitgangspunten

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de RVZ een toekomstvisie op de medisch-specialistische zorg (5.2 tot en met 5.7). Een toekomstvisie schetsen is een hachelijke onderneming. Toch is, op basis van de ontwikkelingen die in hoofdstukken 2 en 3 genoemd zijn, een aantal lijnen naar de toekomst uit te zetten. Als termijn neemt de RVZ hier een periode van 10 à 15 jaar.

Vervolgens komen uitgangspunten voor de advisering aan bod. Het gaat om uitgangspunten die betrekking hebben op de inhoud en de organisatie van medisch-specialistische zorg (5.8) en uitgangspunten voor de sturing van medisch-specialistische zorg (5.9).

### 5.2 Toekomstvisie patiënt: goed geïnformeerd en assertief

De toekomstige patiënt zal in het algemeen meer en meer geïnformeerd zijn over aandoeningen en behandelingsmogelijkheden, mede door de moderne communicatiemogelijkheden. De patiënt gaat, alvorens hulp te zoeken, zelf op zoek naar informatie. Naast de traditionele bronnen (zoals sleutelpersonen, bibliotheek, apotheek en wachtruimten van gezondheidszorginstellingen) speelt Internet hierbij een cruciale rol. De diverse informatie is zo op elkaar afgestemd, dat de vrager niet met tegenstrijdigheden wordt opgezaald.

Patiënt beter geïnformeerd, ...

De patiënt wordt partner in het zorgproces en wil nadrukkelijk betrokken worden bij beslissingen in dat proces. Hij stelt eisen op het gebied van behandeling, begeleiding, voorlichting en bejegening. De patiënt heeft in dat beslissingsproces keuzemogelijkheden.

... actief betrokken en stelt eisen

In de toekomst zullen twee groepen patiënten het beeld bepalen: de oudere patiënt met één of meer chronische aandoeningen (die steeds beter behandelbaar worden) en de

Oudere patiënt en de 'gezonde patiënt'

‘gezonde patiënt’, die vroegtijdige begeleiding krijgt op basis van zijn genenprofiel. “*De diagnostische vraag: Welke ziekte heeft deze persoon?, zal worden vervangen door de preventiegerichte vraag: Welke persoon zou deze ziekte kunnen krijgen?*” (Van Ommen, 1999, p. 46). Of zoals Marinker (1999) het formuleert: het beeld van ziekte als aandoening zal steeds meer plaatsmaken voor dat van ziekte als biografie.

### 5.3 Toekomstvisie zorgproces: toegang deels vrij en continuïteit gegarandeerd

#### Toegang tot medisch-specialistische zorg

In de toekomst is medisch-specialistische zorg voor een gedeelte vrij toegankelijk. Vrij toegankelijk wil zeggen dat in de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekering is opgenomen dat een verwijzing door huisarts niet noodzakelijk is om voor vergoeding in aanmerking te komen. Vrije toegang is er voor uitsluitingsdiagnostiek, voor een second opinion en voor periodieke onderzoeken waarbij de huisarts nu enkel als verwijzer optreedt (bijvoorbeeld screening voor mammacarcinoom). Voor uitsluitingsdiagnostiek (wegnemen van ongerustheid) geldt de vrije toegang voor de basisspecialismen.

Deels vrije toegang

‘Toegang tot’ zal in de toekomst een steeds meer academische kwestie worden. Door de razendsnelle ontwikkelingen op het terrein van ICT zal de patiënt in toenemende mate direct toegang krijgen tot gespecialiseerde faciliteiten.

De huisarts is daarmee in de toekomst geenszins overbodig. Voor de meeste gezondheidsproblemen blijft de huisarts de eerste ingang in de gezondheidszorg. De huisarts is werkzaam in een gezondheidscentrum of in één van de ziekenhuislocaties en vervult daar een poortwachtersrol, dat wil zeggen een ‘zeef- en gidsfunctie’, inclusief de eerste opvang en begeleiding. De huisarts helpt de patiënt bij het zoeken en vinden van de goede weg in de medisch-specialistische zorg. Richtlijnen en protocollen van huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen zijn in de toekomst op elkaar afgestemd. Daarmee wordt de

Huisarts is niet overbodig; ...

... krijgt gidsfunctie

gidsfunctie van de huisarts versterkt en zal onnodig 'shoppen' in het aanbod van medisch-specialistische zorg weinig voor komen.

#### **Continuïteit van zorg**

Medisch-specialistische zorg is een onderdeel van het totale zorgproces. Er zijn vloeiende overgangen tussen generalistische en specialistische zorg. De zorg wordt verleend op basis van zorgprogramma's, uitgewerkt in een individueel behandelplan. Richtlijnen en protocollen vervullen een sturende rol in het zorgproces.

Vloeiende overgangen in zorgproces

Ongeacht waar de patiënt zich meldt met een gezondheidsprobleem is er sprake van een adequate opvang en afhandeling (*frontoffice*). De patiënt wordt niet zelf opgezadeld met de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van het zorgproces. In het *backoffice* worden de benodigde maatregelen getroffen om die continuïteit te verzekeren. Concreet betekent dit dat de patiënt - ongeacht de aandoening - een transmuraal werkende zorgcoördinator heeft, die de continuïteit van het zorgproces bewaakt. Afhankelijk van de aard en de duur van de aandoening en de voorkeur van de patiënt wordt die functie vervuld door de huisarts, de gespecialiseerde verpleegkundige, de ziekenhuisarts, de *nurse practitioner* of de medisch specialist.

Zorgcoördinatie is geregeld

#### **5.4 Toekomstvisie locatie: flexibel**

De patiënt wil in principe zorg aan huis. Argumenten zijn: meer privacy en rust, zich thuis voelen en minder infectiegevaar. Het gaat dan met name om reactiveringspatiënten en patiënten met een chronische aandoening. Met 'thuis' wordt ook bedoeld de patiënten die 'thuis' zijn in een intramurale instelling. Is zorg aan huis niet mogelijk, dan wil de patiënt de zorg zo dicht mogelijk bij huis. Dit betekent dat op wijkniveau gezondheidscentra zullen ontstaan, waarin naast generalistische zorg ook specialistische zorg geboden wordt. Sommige medisch specialisten houden voor specifieke groepen patiënten gecombineerde spreekuren met huisarts en verpleegkundige. In het centrum is beperkte dagobservatie, dagbehandeling,

Liefst zorg thuis, ...

... anders zo dicht mogelijk bij huis, in ...

... gezondheidscentra nieuwe stijl

eerste hulp voor kleinere ingrepen en beperkte opname mogelijk, mede afhankelijk van de nabijheid van een ziekenhuis. Deze beperkte mogelijkheden kunnen gerealiseerd worden op locaties, afhankelijk van de lokale situatie in een apart deel van een verpleeghuis, in een gezondheidscentrum, enzovoort. Voor hooggespecialiseerde zorg is de patiënt in principe aangewezen op een topklinisch of academisch centrum. De patiënt is bereid om voor dit type zorg te reizen.

### **5.5 Toekomstvisie medisch specialist: kerntaken; verschillende rollen; teamspeler**

In de toekomst richt de medisch specialist zich veel meer dan nu op zijn kerntaken. Andere professionals – zoals huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, ziekenhuisarts – nemen taken van de specialist over. Het specialisme wordt op verschillende niveaus uitgevoerd. Om integrale zorg mogelijk te maken, zijn er ook specialisme-overstijgende functies, zoals de generalistische specialist.

Terug naar kerntaken ...

De specialist vervult in de toekomst één of meer van de volgende rollen: uitvoerend ambachtsman/vrouw; supervisor van uitvoerende professionals; coach van de patiënt; wetenschappelijk onderzoeker; opleider; ondernemer. Bij het vervullen van die rollen speelt de ICT een centrale rol.

... in één of meer rollen ...

De medisch specialist van de toekomst zal meer een teamspeler zijn. De behandeling is niet aan één dokter gebonden. De patiënt zal in toenemende mate te maken krijgen met een samenwerkend team van behandelaars, met name op grond van factoren als deeltijdwerk en ruimere toegangsmogelijkheden tot de medisch-specialistische zorg.

... en in teamverband

### **5.6 Toekomstvisie organisatie: differentiatie en integratie; samenwerking en ondernemerschap**

#### **Differentiatie en integratie**

De organisatie van medisch-specialistische zorg kenmerkt zich door differentiatie en integratie. Het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland loopt door fusie en

Het 'ziekenhuis' bestaat in de toekomst niet meer, ...



schaalvergroting verder terug. Dit betekent *niet* dat er in de toekomst op minder locaties medisch-specialistische zorg wordt geboden. Het betekent ook *niet* dat er minder aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn. Om beter tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt, aan de explosieve kennisontwikkeling en aan de mogelijkheden van het aanbod zal er een nieuwe 'markt' van medisch-specialistische zorg ontstaan. Het 'ziekenhuis' bestaat in de toekomst niet meer. Het zal niet meer het ziekenhuis zijn zoals we dat van oudsher kennen: een gebouw dat alle medisch-specialistische zorg herbergt, met een *one size fits all*-organisatie. Het ziekenhuis verandert van een 'monolitische structuur' (Blijham, 1999) in een 'holding', met een groot aantal geheel of gedeeltelijk zelfstandig functionerende medisch-specialistische bedrijven of units. De 'holding' is een webachtige organisatie, waarin traditionele scheidslijnen (muren, echelons, professies) een veel minder prominente rol spelen. De verschillende units zijn het resultaat van een differentiatieproces, waarbij de hulpbehoefte van de patiënt de stuwende kracht is. Voor dit proces van differentiatie bestaat geen blauwdruk. Lokale en regionale verschillen zijn medebepalend voor de flexibele structuur van voorzieningen. Specialisatie en ondernemerschap leiden tot het ontstaan van *centres of excellence*.

Naast deze differentiatie blijft de noodzaak van integratie overeind. Met integratie wordt hier bedoeld dat het zorgproces tot een eenheid wordt gemaakt. Daartoe is afstemming noodzakelijk om redenen van kwaliteit en doelmatigheid. Het gaat om afstemming tussen professionals (taakverdeling; behoud en ontwikkeling van kwaliteit), tussen verschillende fasen van het zorgproces (ketenzorg) en tussen verschillende units van de 'holding' (zorgketen). De 'holding' vormt het organisatorisch kader voor de integratie.

Naast diferentiatie ook integratie

### **Samenwerking en ondernemerschap**

De medisch-specialistische zorg in de toekomst wordt gekenmerkt door zowel samenwerking als ondernemerschap. Samenwerking in de medisch-specialistische zorg is noodzakelijk om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening te waarborgen. Tegelijkertijd dienen aanbieders van medisch-specialistische zorg zich als

Samenwerking is noodzakelijk ...

ondernemers te kunnen profileren, waarbij zij zowel binnen als buiten (for profit) het publieke domein opereren (zie ook het RVZ-advies De rollen verdeeld, 2000).

Ondernemerschap is ook noodzakelijk uit overwegingen van klantgerichtheid, innovatie en een goede verhouding tussen prijs, kwaliteit en kosten. Samenwerking en ondernemerschap sluiten elkaar niet uit (zie ook RVZ, 1996).

***Intermezzo: samenwerking in een concurrerende omgeving***

*Enkele voorbeelden uit andere sectoren leren dat samenwerking en concurrentie elkaar niet per definitie uitsluiten:*

- *vestigingen van meerdere winkelketens en/of eenmans-zaken in een groot winkelcentrum;*
- *vestigingen van meerdere concurrerende automerken op een autoboulevard (vergelijk ook de woonboulevards);*
- *samenwerking van normaal gesproken concurrerende bouwondernemingen bij grote projecten (bijvoorbeeld bij de HSL en bij de Rotterdam).*

Bij medisch-specialistische zorg heeft samenwerking met name betrekking op zorg in het kader van de WBMV (topklinische zorg); ontwikkeling van richtlijnen en protocollen; registratie en ICT; verticale ketenvorming.

Ondernemerschap is van toepassing op alle vormen van reguliere medisch-specialistische zorg en op de bedrijfsvoering in de 'holding' (bijvoorbeeld kiezen voor *out-sourcing*).

### 5.7 Toekomstvisie ICT: centrale rol

ICT speelt in de toekomst een centrale rol in de (medisch-specialistische) zorg. Alle gezondheidsinformatie van een patiënt is op elk moment en elke plaats beschikbaar voor de patiënt en voor elke hulpverlener die daartoe geautoriseerd is. Iedere patiënt heeft een elektronisch medisch dossier, in eigen beheer. Sommige nu nog hooggespecialiseerde faciliteiten komen in de toekomst rechtstreeks voor de patiënt beschikbaar dankzij de ICT. Informatieuitwisseling tussen patiënt en hulpverlener en tussen hulpverleners onderling zal via de digitale snelweg verlopen. De patiënt kan in de toekomst in zijn eigen huis al diagnostiek (laten) verrichten, met behulp van een geïmplanteerde biosensor en moderne communicatietechnologie. Het 'behandelen op afstand' en het monitoren van patiënten in de thuissituatie zullen een normaal verschijnsel in de zorg worden. Door de toenemende invloed van ICT zal het begrip 'adherentiegebied' (nu nog een parameter in de bekostiging van ziekenhuizen) aan relevantie verliezen.

Rol ICT wordt veel groter ...

De telegeneeskunde zal verstrekkende gevolgen hebben. In de komende 20 jaar wordt een veel ruimer deel van het budget voor volksgezondheid besteed aan telemedicine (nu nog 1 procent). Telegeneeskunde kan oplossingen bieden voor het personeelstekort in de zorg en heeft gevolgen voor de regionale structuur in de curesector. Kleinere ziekenhuizen zijn niet altijd meer afhankelijk van de regionale referentieziekenhuizen, omdat ze met online ondersteuning vanuit grotere kenniscentra de meeste patiënten zelf kunnen behandelen.

... met verstrekkende gevolgen

### 5.8 Uitgangspunten vraag en aanbod

Algemeen geformuleerd luiden de uitgangspunten:

Organisatie volgt:  
- inhoud en  
- doelmatigheid

- de organisatie van medisch-specialistische zorg volgt de inhoud van het zorgproces (vraag- en behoeftegericht);
- medisch-specialistische zorg wordt doelmatig verleend.

Meer concreet komen deze uitgangspunten op het volgende neer.

### **Vraaggericht**

Vraaggerichte zorg is hulp die voldoet aan de wensen en de verwachtingen van de patiënt en die tevens voldoet aan professionele standaarden (RVZ, 1998). Medisch-specialistische zorg kan alleen vraaggericht zijn indien voldaan is aan een aantal voorwaarden.

De *eerste voorwaarde* is dat de zorg is afgestemd op de differentiatie in de vraag. De RVZ onderscheidt de volgende typen vragen:

Onderscheid maken in typen vragen

- de vraag naar herstel;
- de vraag naar ondersteuning;
- de vraag naar zorg en begeleiding bij het einde van het leven (RVZ, 1998).

Medisch-specialistische zorg is bij al deze vragen relevant, hoewel de dominantie ligt bij de vraag naar herstel. Een andere manier om het concept van vraaggerichte zorg te concretiseren, is een analyse van de patiëntenstroom. 'De' patiënt bestaat niet. Er bestaan verschillende patiëntenstromen, met verschillende (hulp)behoeften. Voorbeeld: de 'acute' patiënt heeft andere behoeften en wensen dan de 'chronische' patiënt. In het Dossier, deel 4 zijn voorbeelden opgenomen van patiëntenstromen.

De *tweede voorwaarde* is dat medisch-specialistische zorg integraal onderdeel uitmaakt van het totale zorgproces. Er dient sprake te zijn van continuïteit van zorg, waarbij generalistische en specialistische zorg complementaire rollen vervullen en er geen onnodige haperingen in het zorgproces optreden. Dit vereist onder meer dat medisch-specialistische zorg voor patiënten goed bereikbaar is en dat samenhang tussen generalistische en specialistische zorg enerzijds en extramurale en intramurale voorzieningen anderzijds gewaarborgd is.

Medisch-specialistische zorg is onderdeel zorgproces

De *derde voorwaarde* voor vraaggerichte zorg is dat de patiënt de mogelijkheid heeft om op basis van informatie verantwoorde keuzen te kunnen maken.

Keuzen zijn mogelijk

De *vierde voorwaarde* is dat medisch-specialistische zorg voldoet aan professionele standaarden. De kwaliteit van medisch-specialistische zorg dient gewaarborgd te zijn (*evidence en experience based*; protocollen; richtlijnen). Belangrijke aspecten in dit kader zijn: voldoende aanbod van medisch-specialistische zorg en mogelijkheden voor innovatie van de zorg.

Kwaliteit dient gewaarborgd te zijn

### **Doelmatig**

Het tweede uitgangspunt bij advisering is dat medisch-specialistische zorg doelmatig wordt verleend. Doelmatig betekent: in overeenstemming met het doel van medisch-specialistische zorg. De *core business* van medisch-specialistische zorg is voortgezette diagnostiek en behandeling, preventie, begeleiding en de kennisontwikkeling die met deze taken gepaard gaat. Deze kerntaken zijn mede gericht op het voorkómen, herstellen en draaglijk maken van gezondheidsschade vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie van de patiënt.

Doelmatig is: gericht op kerntaken

## **5.9 Uitgangspunten sturing medisch-specialistische zorg**

In meer algemene zin heeft de RVZ zich in het advies De rollen verdeeld (2000) uitgesproken over de verdeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden. Wat de medisch-specialistische zorg betreft hanteert de RVZ de volgende uitgangspunten.

### **Vraagsturing**

Voor het realiseren van vraaggerichte medisch-specialistische zorg zijn (vooralsnog) de drie manieren van vraagsturing nodig (zie ook RVZ-advies De rollen verdeeld, 2000):

- sturing *van* de vraag: rekening houden met de vraag binnen de kaders van aanbodregulering;
- sturing *door* de vraag: de patiënt stuurt zelf;

Sturing van, door en op de vraag

- sturing *op* de vraag: zaakwaarnemers sturen, zoals zorgverzekeraar of aanbieder sturen.

### **Flexibiliteit**

Flexibiliteit in de sturing van medisch-specialistische zorg is essentieel, gelet op de dynamiek en snelle veranderingen op dit terrein. Flexibiliteit kan bereikt worden door meer decentraal te sturen, met minder regels. Dit betekent dat de sturing primair op de zorgcontracteringsmarkt ligt. Doelmatigheid wordt bereikt via marktprikkels.

Meer decentraal, minder regels

### **Sturen op resultaten**

De financier stuurt op resultaten, in plaats van op input en proces. Transparantie is noodzakelijk.

Sturen op output

### **Verantwoordelijkheden**

De patiënt heeft recht op keuze en recht op onafhankelijke informatie. Daar staat tegenover een plicht zich te informeren en gepast gebruik te maken van zorg.

Patiënt heeft rechten en plichten

De aanbieders van medisch-specialistische zorg dienen kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden, op doelmatige wijze georganiseerd. Zij moeten hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen en kunnen waarmaken. Dit laatste vereist enerzijds dat zij hun werk en resultaten inzichtelijk maken; anderzijds dienen zij over voldoende middelen te kunnen beschikken om die verantwoordelijkheid ook waar te kunnen maken.

Aanbieders zorgen voor doelmatigheid en kwaliteit

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het contracteren van voldoende medisch-specialistische zorg van goede kwaliteit. Zij hebben keuzemogelijkheden op basis van transparantie van het aanbod.

Zorgverzekeraars contracteren naar keuze

De overheid is verantwoordelijk voor de volgende aspecten: aanspraken op medisch-specialistische zorg (verzekeringen), kwaliteit; topklinische zorg (WBMV), opleiding en onderzoek, grootschalige investeringen in infrastructuur. Het overheidsbeleid dient in overeenstemming te zijn met nationale en EU-mededingingsregels.

Overheid stelt kaders



## 6 Oplossingsrichtingen

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijft de RVZ oplossingsrichtingen voor de aanpak van de problemen zoals geschetst in hoofdstuk 4. Kort samengevat komen de problemen hierop neer. In het *zorgproces* sluiten vraag naar en aanbod van medisch-specialistische zorg onvoldoende op elkaar aan. In de *kennisketen* is sprake van onvoldoende transfer. De *keuzevrijheid* van zowel patiënt als zorgverzekeraar krijgt onvoldoende gestalte.

De RVZ noemt in dit hoofdstuk oplossingsrichtingen voor de geschetste problemen. Niet alle oplossingsrichtingen hebben overigens betrekking op een gewenste actie van de overheid. Oplossingsrichtingen worden beoordeeld vanuit de optiek van de uitgangspunten zoals geformuleerd in hoofdstuk 5.

### 6.2 Zorgproces: sturen van de vraag

#### Oplossingsrichtingen

De aansluiting van vraag en aanbod zou vanuit de invalshoek ‘schaarste’ verbeterd kunnen worden door het beïnvloeden van de vraag naar medisch-specialistische zorg. Mogelijkheden hiertoe zijn:

Oplossingsrichting 1:	inkrimping van het verzekeringspakket;
Oplossingsrichting 2:	betere voorlichting en ‘routing’ van de patiënt (Internet!), in combinatie met:
Oplossingsrichting 3:	bevorderen van de ‘gidsfunctie’ en het gebruik

Drie oplossingsrichtingen

#### Beoordeling

Wat de eerste oplossingsrichting betreft - de inhoud van het verzekeringspakket beperken – wordt hier volstaan met de



verwachting dat deze oplossingsrichting waarschijnlijk geen soelaas biedt voor het geschetste probleem. Het inkrimpen van het verzekeringspakket leidt hooguit tot een verschuiving in de verhouding collectief – particulier gefinancierde zorg. De meeste medisch-specialistische zorg zal naar verwachting in een ‘basispakket’ opgenomen worden. In dit kader verwijst de Raad naar het advies De rollen verdeeld (RVZ, 2000).

Oplossingsrichting 2 lijkt een win-winsituatie voor alle betrokkenen op te leveren, maar bedacht moet worden dat betere voorlichting ook tot méér vraag naar zorg kan leiden.

Oplossingsrichting 3 kan bijdragen aan een doelmatiger gebruik van zorg. Het is overigens zo dat de huisarts in Nederland relatief weinig verwijst naar de specialist, dus de potentiële winst op dit terrein is niet zo groot.

De conclusie luidt dat de genoemde oplossingsrichtingen weinig soelaas bieden, alhoewel een betere voorlichting en routing van de patiënt intrinsieke waarde hebben (oplossingsrichting 2 en 3).

maar ...  
niet erg kansrijk

### 6.3 Zorgproces: uitbreiden van het aanbod

#### Oplossingsrichtingen

Uitbreiding van aanbod betekent hier:

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Oplossingsrichting 4: | meer professionals op de werkvloer;                                   |
| Oplossingsrichting 5: | inzetten van extra financiële middelen om wachtlijsten weg te werken; |
| Oplossingsrichting 6: | uitbreiding gebruik huidige infrastructuur.                           |

Drie oplossingsrichtingen

#### Beoordeling

Wat oplossingsrichting 4 betreft heeft het Nivel (Van der Velden, et al, 1999) becijferd dat het aanbod aan ‘vergrijzingsgevoelige’ specialismen in de komende tien jaar met 20% zou moeten groeien op grond van de toegenomen

Meer professionals ...

zorgvraag. De vraag is hoe de uitbreiding van het aanbod tot stand kan komen. De RVZ noemt drie opties:

- a. meer professionals opleiden;
- b. de opleidingsduur verkorten, zodat professionals eerder op de arbeidsmarkt komen;
- c. verticale substitutie van zorg.

Uitbreiding van de opleidingscapaciteit (*optie a*) is een serieuze optie. De opheffing van de numerus fixus bij de medische opleidingen wordt al een tijd bepleit. Bij een eventuele uitbreiding van de capaciteit zal echter een aantal overwegingen moeten meewegen. Allereerst duurt het zeker tien tot twaalf jaar voordat een uitbreiding van de opleidingscapaciteit tot meer artsen leidt in de praktijk. Verder kunnen de opleidingen niet grote aantallen studenten extra opvangen bij het opheffen van de numerus fixus (Nieuwenhuijzen Kruseman, 2000). Deze omstandigheden betekenen dat uitbreiding van de opleidingscapaciteit slechts geleidelijk en mondjesmaat kan plaatsvinden.

... door uitbreiding  
opleidingscapaciteit ...

Verkorting van de opleidingsduur (*optie b*) biedt meer perspectief. In de afgelopen jaren is een hele discussie op gang gekomen over de wenselijkheid en de mogelijkheden om de medische opleidingen te verkorten (zie Dossier, deel 2 voor een overzicht van deze discussie). Mogelijkheden om de initiële opleiding te verkorten, worden begrensd door Europese regelgeving. Voor de vervolgo opleidingen zijn er wel mogelijkheden tot verkorting, alhoewel ook daar EU-regelgeving in acht moet worden genomen.

... door verkorting  
opleidingsduur ...

Substitutie van zorg (*optie c*) is een kansrijke oplossingsstrategie. Er kan capaciteitswinst behaald worden door een herontwerp van zorgprocessen, waarbij de medisch specialist taken overdraagt aan andere professionals. Zie ook oplossingsrichtingen 7 en 8. Deze optie betekent overigens dat in de toekomst integrale capaciteitsramingen noodzakelijk zijn (clusterbenadering), dat wil zeggen niet alleen per specialisme, maar ook de daaraan gelieerde beroepsgroepen (met name gespecialiseerde verpleegkundigen). De RVZ verwijst wat deze oplossingsrichting betreft naar eerdere adviezen (Zorgarbeid in de toekomst, 1999 en Professionals in de gezondheidszorg, 2000) en het kabinetsstandpunt daarover.

... door substitutie van zorg

Met het inzetten van extra middelen om wachtlijsten weg te werken (oplossingsrichting 5), is al enige ervaring opgedaan. Uit onderzoek blijkt dat de maatregel niet altijd effectief is (ZON, 2000; Goossen en De Vries, 2000), zeker niet wanneer het hebben van wachtlijsten beloond wordt met extra middelen. Verder leert de ervaring dat aanvankelijk de wachtlijsten inkrimpen met het inzetten van extra middelen. Vervolgens ontstaan nieuwe wachtlijsten, omdat de indicatiecriteria voor interventies verruimd worden. Dit laatste toont nog eens aan dat een uitbreiding van het aanbod ook kan leiden tot een toename van de vraag.

Extra geld voor wachtlijsten

Oplossingsrichting 6 ligt in het verlengde van de vorige oplossing en houdt in dat de huidige voorzieningen voor medisch-specialistische zorg beter benut worden door bedrijfstijdverlenging. De dagelijkse productietijd zou opgevoerd kunnen worden door bijvoorbeeld avondpoli's op te zetten en operatiekamers ook 's avonds en in het weekend te gebruiken. Deze oplossing veronderstelt dat de capaciteit probleemloos uitgebreid kan worden. Dit is lang niet altijd het geval. Er is bijvoorbeeld gebrek aan OK-personeel en bepaalde voorzieningen (zoals OK's) zijn niet altijd buiten kantooruren bruikbaar op grond van de wettelijke regels over arbeidstijden.

Bedrijfstijdverlenging

De conclusie luidt dat de genoemde oplossingsrichtingen alleen onder bepaalde voorwaarden bruikbaar zijn.

Bruikbare oplossingen, onder bepaalde voorwaarden

## 6.4 Zorgproces: differentiatie van het aanbod

### Oplossingsrichtingen

Meer differentiatie in het aanbod van medisch-specialistische zorg moet leiden tot een betere aansluiting tussen vraag en aanbod vanuit een transmuraal perspectief. Differentiatie is mogelijk door verschillende ordeningsprincipes te hanteren:

Oplossingsrichting 7:	vraag-aanbodcombinaties als ordeningsprincipe;
Oplossingsrichting 8:	kennis als ordeningsprincipe.

Twee oplossingsrichtingen

### Beoordeling

Oplossingsrichting 7 heeft als uitgangspunt vraaggerichte zorg en betekent dat het aanbod geordend wordt op basis van patiëntenstromen. De totale patiëntenstroom is niet homogeen: patiënten verschillen van elkaar in allerlei opzichten. Segmentering van de totale stroom is noodzakelijk om adequaat te kunnen inspelen op de behoeften en de wensen van alle patiënten. ‘Adequaat’ betekent hier: kwalitatief goede zorg, tijdig en op doelmatige wijze aangeboden. Een voorbeeld van deze ordening is de indeling in vier patiëntenstromen in het nieuwe Deventer Ziekenhuis: acuut; urgent; electief; chronisch (Maljers, 1999). Een ander voorbeeld komt uit de nieuwbouwplannen voor het Mesos Medisch Centrum te Utrecht: ordening aan de hand van multidisciplinaire adviesgroepen (moeder en kind; mobiliteit; chronische aandoeningen en palliatieve zorg; oncologie en psychiatrie; Vlaming, 1998). Patiëntenstromen zijn in beide voorbeelden de hoofdoordeening (zie Dossier, deel 4 voor nadere informatie). Daarnaast zijn subordeningen mogelijk die leiden tot aandoenings- c.q. orgaangerichte centra.

Het ordenen van de patiëntenstroom in meer homogene groepen kan verschillende positieve effecten hebben. De analyse van de patiëntenstroom leidt onvermijdelijk tot de vraag hoe de behoeften van de patiënten in zo’n groep beter tot hun recht kunnen komen. Het gaat hierbij om zaken als: toegangstijd, doorstroomtijd, voorlichting, regelen nazorg, enzovoort. Ook de kwaliteit van de interventies (toepassing richtlijnen) en de taakverdeling in zorgproces (doelmatigheid) komen op de agenda te staan.

... heeft positieve effecten op doorstroomtijden en kwaliteit

Oplossingsrichting 8 - kennis als ordeningsprincipe - leidt tot twee vormen van differentiatie:

- a. differentiatie in type voorzieningen;
- b. differentiatie in functies binnen bestaande beroepen.

Kennis als ordeningsprincipe ...

#### *Ad a: differentiatie in type voorzieningen*

Incidentie van aandoeningen in relatie tot kwaliteit van zorg en de complexiteit van interventies zijn maatgevend bij deze ordening. Toepassing van dit ordeningsprincipe leidt tot

... leidt tot verschillende voorzieningen ...

*concentratie en deconcentratie*. De kennis die nodig is bij de zorg voor relatief zeldzaam voorkomende aandoeningen c.q. bij complexe en dure ingrepen wordt geconcentreerd en is ook elders beschikbaar op basis van samenwerkingsafspraken tussen voorzieningen. De meer 'reguliere medisch-specialistische zorg', waarbij sprake is van relatief veel voorkomende aandoeningen en waarbij de benodigde kennis al breder verspreid is, kan in gedeconcentreerde vorm aangeboden worden in perifere voorzieningen. Deze vorm van differentiatie heeft zijn waarde al bewezen in termen van ontwikkeling en behoud van kennis en kwaliteit (denk bijvoorbeeld aan de oncologie) en is uitgangspunt voor het overheidsbeleid. Een consequente en doelmatige toepassing van deze oplossing heeft tot gevolg dat in de toekomst de taakverdeling tussen de verschillende voorzieningen voor medisch-specialistische zorg opnieuw bekeken moet worden.

*Ad b: differentiatie in functies binnen bestaande groepen*

Deze vorm van differentiatie leidt tot het ontstaan van nieuwe functies, zoals de ziekenhuisarts en de *nurse practitioner* (zie ook Dossier, deel 2). De verdere introductie van de ziekenhuisarts en de *nurse practitioner* in Nederland draagt bij aan het vervullen van de 'zeeffunctie' en liaisonfunctie in het zorgproces. Dit zijn relevante bijdragen in het kader van vraaggerichte en doelmatig verleende zorg. Bovendien kunnen beide nieuwe functies oplossingen bieden voor problemen op andere terreinen. Door het overnemen van taken van medisch specialisten ontstaat er meer ruimte voor specialisten om zich op hun kerntaken te concentreren. Verder zijn de nieuwe functies interessant voor het beroepsperspectief van artsen en verpleegkundigen.

... en tot verschillende functies

**Conclusie**

De oplossingsrichtingen 7 en 8 zijn veelbelovend. Een combinatie van de twee ordeningen als maatregel voor differentiatie van het aanbod geeft een krachtige stimulans aan vraaggerichte medisch-specialistische zorg. Vanuit het perspectief van vraaggerichte zorg is dan wel een consequent *transmurale* aanpak aangewezen. De benadering via patiëntenstromen is weliswaar vernieuwend, maar nog sterk in het ziekenhuis gesitueerd. Een transmurale

Veelbelovende oplossingen

benadering van patiëntenstromen zou bijvoorbeeld ook leiden tot combinaties van generalistische en specialistische zorg in zowel de eerste als tweede lijn.

## 6.5 Kennisketen: faciliteren van kennistransfer en betere afstemming

### Oplossingsrichtingen

In de kennisketen is het probleem dat de verschillende transities niet vloeiend verlopen. De RVZ stelt vast (zie 3.4) dat voorwaarden geschapen moeten worden voor het ontstaan, instandhouden, verspreiden en alloceren van kennis.

Oplossingsrichting 9:	transfer van kennis bevorderen door intra- en transmurale samenwerking tussen professionals;
Oplossingsrichting 10:	verbetering afstemming in kennisketen door verdere ontwikkeling van

Twee oplossingsrichtingen

### Beoordeling

Oplossingsrichting 9 heeft zowel betrekking op intramurale als transmurale samenwerking. Binnen de muren van het ziekenhuis zullen de verschillende specialismen - gegeven het uitdijende kennisdomein - in toenemende mate kennis met elkaar moeten delen om tot adequate zorg te komen. Door samenwerking in de vorm van bijvoorbeeld multidisciplinaire spreekuren kan beter ingespeeld worden op de behoeften van de patiënt. Daarnaast zal ook transmurale samenwerking tussen professionals (medisch specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen, huisartsen, apothekers), gericht op het ontwikkelen van gemeenschappelijke richtlijnen voor het handelen in de praktijk, ertoe leiden dat kennis beter verspreid en toegepast wordt. Gezamenlijke spreekuren van medisch specialisten en huisartsen en het FTTO zijn voorbeelden van deze transmurale samenwerking.

Kennis delen met elkaar

Oplossingsrichting 10 houdt in dat afstemming tussen de verschillende schakels in de kennisketen verbeterd wordt. Deze schakels omvatten: kennisproductie door onderzoek en innovatie, kennisverspreiding en -onderhoud door opleiding, bij- en nascholing, richtlijnen, e.d.; kennisallocatie door een doelmatige inzet van professionals in het zorgproces. Voor een goed functionerende kennisketen is een adequate kennisinfrastructuur noodzakelijk. De (verdere) ontwikkeling van deze kennisinfrastructuur draagt bij aan het hanteerbaar maken en houden van het uitdijende kennisdomein. Daarmee is de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening rechtstreeks gebaat. De kennisinfrastructuur kan verder ontwikkeld worden door het vormen van grote regionale netwerken, waarbij in iedere regio een academisch centrum samen met enkele topklinische ziekenhuizen de spil vormen van de kennisinfrastructuur. Binnen de regionale netwerken worden afspraken gemaakt over onderzoek, opleiding, verdeling van aandachtsgebieden (ook bovenregionaal), enzovoort. Deze regionale benadering is overigens niet nieuw: al dertig jaar geleden pleitte prof. A. Querido voor zo'n opzet.

Afstemming in kennisketen verbeteren ..

... door het ontwikkelen van regionale netwerken

## 6.6 Keuzevrijheid: meer mogelijkheden

### Oplossingsrichtingen

In hoofdstuk 4 is geconcludeerd dat patiënt en zorgverzekeraar onvoldoende keuzemogelijkheden hebben.

Oplossingsrichtingen voor dit probleem zijn:

Oplossingsrichting 11:	meer transparantie in het aanbod van medisch-specialistische zorg;
Oplossingsrichting 12:	meer aanbieders van medisch-specialistische zorg toelaten;
Oplossingsrichting 13:	meer flexibiliteit in de wijze waarop medisch-specialistische zorg wordt aangeboden

Drie oplossingsrichtingen

### Beoordeling

Oplossingsrichting 11 betekent dat aanbieders van medisch-specialistische zorg een 'catalogus van zorgproducten' opstellen. In de catalogus wordt opgenomen welke zorg verleend wordt, met informatie over de kwaliteit van de verleende zorg, de wacht- en doorstroomtijden, de kosten, enzovoort. De verschillende catalogi worden op landelijk niveau door een onafhankelijke instantie gebundeld en met elkaar vergeleken. Zowel patiënt als zorgverzekeraar kunnen op basis van de verschillende catalogi kiezen. Voorwaarde bij deze oplossing is dat er een eenduidige financieringssysteem voor de medisch-specialistische zorg bestaat. De DBC-systeem, die in de komende jaren in alle ziekenhuizen wordt ingevoerd, biedt hiertoe een geschikt aanknopingspunt.

Oplossingsrichting 12 betekent dat de overheid de contracteerverplichting van de zorgverzekeraar loslaat en dat er meer mogelijkheden komen voor nieuwe toetreders tot de 'markt' van medisch-specialistische zorg. Dit kan om zelfstandige behandelcentra gaan die zich toeleggen op een beperkt aantal aandoeningen. Behandelcentra moet hier ruim opgevat worden: ook een maatschap van gespecialiseerde verpleegkundigen zou een centrum kunnen oprichten. Dat betekent dat zo'n centrum ook een potentiële contractpartner van de zorgverzekeraars kan zijn. De keuzemogelijkheden van de zorgverzekeraar worden hierdoor vergroot.

Contracteerverplichting opheffen en meer aanbieders toelaten

Aan deze oplossing zijn voorwaarden verbonden:

- de nieuwe aanbieders van medisch-specialistische zorg hebben samenwerkingsafspraken met de ziekenhuizen in de regio;
- de overheid laat de beperking vallen die is opgenomen in de huidige Regeling Zelfstandige Behandelcentra, namelijk dat het centrum alleen zorg mag leveren waarvoor in de regio aanzienlijke wachtlijsten bestaan.

Oplossingsrichting 13 houdt in dat de medisch-specialistische zorg op een flexibele wijze gecontracteerd en aangeboden kan worden. Wat de contractering betreft: zorgverzekeraars kunnen onderdelen van de medisch-

Contractering meer flexibel ...



specialistische zorg contracteren en zijn niet gebonden aan een totaalpakket dat vanuit één instelling geleverd wordt. Verder betekent deze oplossing dat de ontwikkeling van een transmuraal aanbod van medisch-specialistische zorg verder gestimuleerd wordt. Patiënten krijgen dan bij een aantal aandoeningen werkelijke keuzemogelijkheden (behandeling thuis of poliklinisch, e.d.). Deze oplossingsrichting draagt bij aan een meer vraaggerichte zorg.

Oplossingsrichtingen 11, 12 en 13 bieden een uitweg in het dilemma samenwerking versus concurrentie. Enerzijds is samenwerking en concentratie van zorg voor sommige onderdelen van de medisch-specialistische zorg noodzakelijk, om redenen van kwaliteit en doelmatigheid. Tegelijkertijd geldt dat de kwaliteit en doelmatigheid van andere, meer reguliere onderdelen van de medisch-specialistische zorg juist gediend zijn met een meer marktgerichte benadering.

Samenwerking én concurrentie mogelijk

## 6.7 Conclusie

De beoordeling van de verschillende oplossingsrichtingen maakt duidelijk dat er niet één oplossingrichting is die als de oplossing voor alle problemen aangewezen kan worden. Gezocht zal moeten worden naar een strategisch en efficiënt geheel van gerichte activiteiten. Uitbreiding van het aanbod is onder bepaalde voorwaarden zinvol. Herordening van aanbod is een adequate oplossingsrichting, waarbij zowel vraag-aanbodcombinaties als kennis de ordenende principes zijn. Daarnaast zijn het faciliteren van kennistransfer en de verdere ontwikkeling van een kennisinfrastructuur goede oplossingsrichtingen

Niet één oplossing, maar een combinatie

Wat de sturing van medisch-specialistische zorg betreft, kan de overheid een uitweg vinden in het dilemma samenwerking versus concurrentie door meer keuzemogelijkheden te introduceren voor zowel patiënt als zorgverzekeraar.

Het stimuleren van *ondernemerschap* is een gemeenschappelijke noemer in verschillende kansrijke oplossingsrichtingen. Ondernemerschap in de medisch-

Ondernemerschap is een rode draad ...

specialistische zorg betekent hier: klantgericht, innovatief en risiconemend gedrag. Zie ook het RVZ-advies De rollen verdeeld (RVZ, 2000).

Verder is *kennis* een belangrijke rode draad in een groot aantal oplossingsrichtingen, zowel bij de uitbreiding en differentiatie van het aanbod als bij de kennisketen. In hoofdstuk 3 concludeerde de Raad al dat er een tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap nodig is voor een optimalisering van het zorgproces. Voor een goed functionerende kennisketen is samenwerking en afstemming noodzakelijk. Maar de kennisfactor laat zich ook uitstekend combineren met ondernemerschap: medisch-specialistische zorg vindt plaats in een kennisonderneming. Een dynamische onderneming, die gericht is op continue innovatie en op toepassing van kennis in de praktijk.

... en kennis

Kennis en ondernemerschap gaan goed samen

Op dit punt aangekomen, signaleert de RVZ een *spanning* tussen twee processen, namelijk *tussen differentiatie en integratie*. Beide processen zijn noodzakelijke krachten in het bewerkstelligen van enerzijds vraaggerichte medisch-specialistische zorg en anderzijds een goed functionerende kennisketen. Differentiatie heeft betrekking op het uitdijend kennisdomein en voortgaande specialisering, het ontstaan van aandoeninggerichte centra, transmuralisering, keuzemogelijkheden, nieuwe functies, en dergelijke. Integratie verwijst naar het belang van de generalistische invalshoek, stroomlijning en coördinatie van het zorgproces, samenwerkingsafspraken (concentratie, taakverdeling), en dergelijke.

Spanning tussen differentiatie en integratie ...

De spanning tussen differentiatie en integratie vereist een adequate regulering. De RVZ meent dat op het terrein van de medisch-specialistische zorg hiertoe verschillende vormen van vraagsturing aangewezen zijn (zie ook het RVZ-advies De rollen verdeeld):

... vereist goede regulering door gecombineerde vraagsturing

- sturing *van* de vraag: rekening houden met de vraag binnen de kaders van aanbodregulering. Bij niet-acute aandoeningen;
- sturing *door* de vraag: de patiënt stuurt zelf. Met name bij chronische aandoeningen;
- sturing *op* de vraag: zaakwaarnemers sturen, zoals zorgverzekeraar of aanbieder. Bij acute aandoeningen.

Het toepassen van deze drie vormen van vraagsturing heeft consequenties voor de kennisinfrastructuur (onderzoek, onderwijs, topzorg).

Alle oplossingsrichtingen overziende, meent de RVZ dat een strategische keuze in het overheidsbeleid nodig is, waarbij het de uitdaging is om de voordelen van samenwerking en de kansen die concurrentie en ondernemerschap bieden, optimaal te combineren binnen een regionaal georiënteerde kennisinfrastructuur.

## 7 Advies

In dit slothoofdstuk geeft de RVZ zijn advies over medisch-specialistische zorg in de toekomst. Problemen en uitdagingen, dat is het beeld van de medisch-specialistische zorg in Nederland. In hoofdstuk 5 heeft de Raad al een toekomstbeeld geschetst. In dit hoofdstuk formuleert de Raad aanbevelingen: welke strategie moet de overheid volgen om de problemen en uitdagingen het hoofd te bieden?

### 7.1 Een beleidskader voor de toekomst

De overheid dient een beleidskader te ontwerpen dat gericht is op het stimuleren van vraaggerichte medisch-specialistische zorg. De RVZ meent dat de overheid vraaggerichte medisch-specialistische zorg kan stimuleren door:

1. deze zorg niet per definitie te koppelen aan een type instelling, een type locatie of een type professional;
2. de kennisketen als richtinggevend principe te hanteren voor de organisatie en infrastructuur van medisch-specialistische zorg;
3. nieuwe mogelijkheden te scheppen voor (oude en nieuwe) aanbieders van medisch-specialistische zorg. Binnen de kaders van de huidige wet- en regelgeving moet meer ruimte komen voor het mededingingsperspectief.

Zie ook het RVZ-advies *De rollen verdeeld* (RVZ, 2000).

De huidige, door de overheid uitgezette beleidslijnen (zie par. 2.4) vormen op zichzelf al belangrijke onderdelen van het beleidskader voor de toekomst. Het beleidskader kan echter aan kracht winnen indien de overheid meer samenhang aanbrengt tussen de verschillende beleidslijnen en enkele specifieke elementen toevoegt.

#### **Meer samenhang in overheidsbeleid**

De RVZ vindt dat de overheid voor de medisch-specialistische zorg in de 21<sup>e</sup> eeuw een samenhangende

Overheid dient vraaggerichte zorg te stimuleren ...

... uitgaande van huidig beleid

Samenhangende beleidsstrategie noodzakelijk

beleidsstrategie moet uitzetten. De ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod, de dynamiek in wetenschap en technologie en de veranderende context (mededinging) maken zo'n strategie niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk.

Het overheidsbeleid wijst nu soms in tegengestelde richtingen (bevorderen van samenwerking en schaalvergroting versus bevorderen van mededinging en tegengaan van marktconcentratie). Het beleid kan aan eenduidigheid winnen door de verschillende beleidslijnen meer in samenhang met elkaar te brengen.

Nu nog teveel tegenstrijdigheid ...

Verder worden beleidsvoornemens niet altijd consequent doorgevoerd, hetgeen ook ten koste gaat van de samenhang in beleid. Decentralisatie en deregulering zijn weliswaar hoekstenen van beleid, maar de realiteit is dat er op het terrein van de infrastructuur en de bekostiging tal van gedetailleerde beleidsregels bestaan. Innovatie van infrastructuur is aan lange termijnen gebonden. Er is sprake van verregaande landelijke bemoeienis. De door de overheid zelf beoogde flexibiliteit wordt hierdoor belemmerd. Op het terrein van de bekostiging speelt een vergelijkbaar probleem. Door het ontbreken van een fundamentele aanpak is inmiddels een 'lappendeken' van ad hoc-regelingen ontstaan, die onvoldoende als samenhangend kader voor het faciliteren van vraaggerichte zorg functioneert. Mogelijkheden voor partijen om op regionaal niveau zelf afspraken te maken over tarieven en prijzen zijn er niet. De fragmentatie in het beleid leidt bovendien tot grote administratieve lasten voor zorgaanbieders (PWC, 2000).

... en inconsequenties in beleid

#### **Specifieke elementen toevoegen of benadrukken**

Naast meer samenhang in het overheidsbeleid is het ook noodzakelijk enkele specifieke elementen aan het beleidskader toe te voegen of bestaande voornemens sterker te accentueren. De RVZ gaat hierop nader in bij de aanbevelingen (zie 7.2 tot en met 7.8).

Ook nog nieuwe elementen toevoegen

Gezien het tempo van verandering en innovatie in de medisch-specialistische zorg is flexibiliteit een essentieel onderdeel van het nieuwe beleidskader. Flexibiliteit wordt bevorderd door verantwoordelijkheden en bevoegdheden op

Flexibiliteit is een 'must'

een zo laag mogelijk sturingsniveau te leggen. Het zwaartepunt van de sturing dient bij de zorgcontractering te liggen, dat wil zeggen bij de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en aanbieder van medisch-specialistische zorg.

#### **Aanbevelingen: opmerkingen vooraf**

De RVZ gaat er bij zijn aanbevelingen vanuit dat er - ook in de toekomst - sprake is van een verzekeringsstelsel, waarin de aanspraak op medisch-specialistische zorg ondergebracht is. De RVZ gaat in dit advies niet in op de vraag welke medisch-specialistische zorg vanuit collectieve dan wel particuliere middelen gefinancierd dient te worden.

Wat de verdeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden betreft, verwijst de Raad naar zijn advies De rollen verdeeld. In dat advies worden deelmarkten onderscheiden. Medisch-specialistische zorg bevindt zich op ten minste twee van deze markten (niet acute behandelbare ziekten; acute situaties). Voor deze markten gelden vooralsnog de principes van sturen van en op de vraag. Dat betekent dat voor deze markten vooralsnog een overeenkomsten- en naturastelsel blijft bestaan, met sturing door de vraag en meer keuzemogelijkheden als perspectief voor de langere termijn.

Ook in de toekomst is er een functionele aanspraak op medisch-specialistische zorg

Nadere uitwerking bestuurlijke verantwoordelijkheden in ander RVZ-advies

Bij de opbouw van de aanbevelingen volgt de RVZ de redeneerlijn in het advies. In hoofdstuk 4 zijn drie clusters van problemen gesignaleerd en in hoofdstuk 6 zijn parallel daaraan drie clusters van oplossingsrichtingen geformuleerd. In dit hoofdstuk presenteert de RVZ dan ook drie clusters aanbevelingen; zie het volgende schema in figuur 7.1.

Aanbevelingen volgen de opbouw van het advies ...

#### **Figuur 7.1 Aanbevelingen in drie clusters**

*Aansluiting vraag en aanbod: stimuleren van vraaggerichte medisch-specialistische zorg door:*

1. bevorderen differentiatie in het aanbod;
2. uitbreiden van het aanbod;
3. verbeteren van de informatievoorziening.

*Kennisketen: stimuleren ontwikkeling en transfer van kennis door:*

4. bevorderen netwerkvorming rond academische centra.

*Keuzemogelijkheden patiënten en zorgverzekeraars: vergroten van keuzemogelijkheden door:*

5. bevorderen transparantie aanbod;
6. uitbreiden van het aanbod;
7. bevorderen zorgcontractering op regionaal niveau

... en staan dus in drie clusters

Uiteraard is het formuleren van een nieuwe strategie iets heel anders dan het uitvoeren ervan. Met de ziekenhuizen en met de medisch-specialistische zorg zijn immers grote investeringen gemoeid. Een goede strategie verdient een goede uitvoering en dat kost tijd. De overheid zal een realistisch tijdpad moeten uitzetten. Aan het eind van dit hoofdstuk gaat de RVZ in op de uitvoering van de aanbevelingen (par. 7.9).

Realistisch tijdpad  
noodzakelijk

In de volgende paragrafen worden de aanbevelingen nader uitgewerkt.

## **7.2 Aanbeveling 1: betere aansluiting vraag-aanbod door differentiatie in het aanbod**

### **Herontwerp zorgprocessen**

De RVZ meent dat een systematisch en dynamisch herontwerp van alle zorgprocessen noodzakelijk is. Herontwerpen is geen doel, maar een middel om meer vraaggerichte medisch-specialistische zorg te kunnen leveren. Onderdelen van het herontwerp van zorgprocessen zijn: kosten-effectiviteits-analyses, richtlijnontwikkeling en de introductie van elektronische beslissingsondersteunende systemen (Dillmann en Sanders, 2000). Resultaten van het herontwerp zijn: verdere rationalisering van het medisch handelen, kwalitatief betere hulp en kostenbesparing.

Herontwerp alle  
zorgprocessen ...

Het herontwerpen van zorgprocessen gebeurt nu op relatief kleine schaal. In de toekomst dient dit over de hele breedte van medisch-specialistische zorg te gebeuren, in een nadrukkelijk *transmurale* richting en gekoppeld aan doelstellingen en kwaliteitscriteria. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft ook gepleit voor een dergelijke aanpak (Schellekens, 2000).

... in transmurale richting en  
gekoppeld aan doelstellingen

Het herontwerp van zorgprocessen is een ingrijpend en intensief proces. Het vereist leiderschap, beleid en strategie en een adequaat sturingsinstrumentarium (Schellekens, 2000). Professionals en instellingen moeten bereid zijn om door muren en culturen heen te breken. Het heeft grote gevolgen voor de organisatie van medisch-specialistische zorg. Er dient immers vanuit het perspectief van de patiënt een samenhangend zorgproces te ontstaan. Daartoe dienen op verschillende niveaus voorwaarden geschapen te worden:

- *op het niveau van het individuele zorgproces:*  
Ketenzorg, dat wil zeggen dat elk onderdeel van het zorgproces een logische schakel is in een samenhangende keten. Dit vergt veranderingen in planning en locatie van spreekuren, garanderen van vloeiende overgangen tussen klinische opname, behandeling en ontslag naar vervolgvoorziening, garanderen van begeleiding en voorlichting, enzovoort.
- *op het niveau van de betrokken hulpverleners:*  
Richtlijnen en protocollen spelen hier een centrale rol.
- *op het niveau van de betrokken instellingen:*  
De betrokken instellingen vormen een (al dan niet geformaliseerde) zorgketen. Hiertoe zijn niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken noodzakelijk, wat niet noodzakelijkerwijs neerkomt op een fusie van instellingen.

Dat is niet eenvoudig!

Het vereist voorwaarden op drie niveaus:

- ketenzorg

- richtlijnen en protocollen

- zorgketen

Binnen de muren van het medisch-specialistische bedrijf dient voor patiëntcategorieën die daarop aangewezen zijn multidisciplinaire samenwerking tot stand te komen (spreekuren; taakverdeling, en dergelijke). Voor een betere afstemming tussen verschillende domeinen is het noodzakelijk dat medisch specialisten, huisartsen en bedrijfsartsen gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen ontwikkelen. Er dienen verbindingen te komen tussen het medische paradigma (gericht op diagnostiek en behandeling) en het bedrijfsgeneeskundige paradigma (gericht op de relatie tussen belasting en belastbaarheid).

Samenwerking is nodig, zowel intramuraal ...

Verder dienen in de toekomst professionals die medisch-specialistische zorg leveren zich nadrukkelijk ook buiten het ziekenhuis te manifesteren. Dit geldt met name bij chronische aandoeningen en bij aandoeningen die relatief

... als extramuraal



veel voorkomen en waarbij de benodigde technologie ook transmuraal beschikbaar kan komen. Transmurale spreekuren - door medisch specialisten of gespecialiseerde verpleegkundigen - in de eerste lijn en in verzorgings- en verpleeghuizen zijn een wezenlijke bijdrage aan vraaggerichte medisch-specialistische zorg.

Het herontwerpen is vooral de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen op regionaal niveau. Innovatie is vooral kansrijk indien de meest betrokken partijen in het zorgproces (ook: huisartsen, verpleegkundigen en patiëntenverenigingen!) actief meedoen en er rekening wordt gehouden met lokale omstandigheden (Gezondheidsraad, 2000b). Uitgangspunt voor de inhoudelijke aspecten van het zorgproces zijn de landelijk ontwikkelde richtlijnen.

Initiatief ligt bij het veld ...

In de bekostiging van medisch-specialistische zorg dient de overheid prikkels te introduceren die stimuleren tot het herontwerpen van zorgprocessen. De RVZ beveelt aan een methode te kiezen analoog aan de toekenning van wachtlijstgelden (alleen extra middelen indien aangetoond kan worden dat voor een x-aantal aandoeningen zorgprocessen zijn herontworpen). De overheid dient in dit kader transmuralisering van de zorg te stimuleren door in de WTG financiële prikkels in te bouwen voor het verlenen van medisch-specialistische zorg in de thuissituatie, in de eerste lijn en in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Tot slot beveelt de RVZ aan dat de overheid de systematiek van eigen bijdragen binnen en buiten de intramurale voorziening harmoniseert (zie ook de bestaande belemmeringen in de thuiszorgtechnologie; Van Es en Sijmonsma, 2000).

... en de overheid kan stimuleren ...

... met financiële prikkels

Het herontwerp van zorgprocessen leidt ertoe dat medisch-specialistische zorg niet langer vanzelfsprekend gekoppeld is aan een type professional of type instelling. Van belang is dan dat de juridische consequenties helder zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van aansprakelijkheid en medische eindverantwoordelijkheid van de behandeling. De RVZ beveelt aan dat deze consequenties nader uitgezocht worden.

Juridische consequenties nader uitzoeken

#### **Substitutie zorgverlening en functiedifferentiatie**

Een fundamentele herijking van de arbeidsverdeling in de medisch-specialistische zorg is aan de orde. Op basis van het

Herijking arbeidsverdeling nodig ...

herontwerp van het zorgproces dient nagegaan te worden welke professionals betrokken dienen te zijn bij elke patiëntencategorie. De professional moet (weer) doen waar hij/zij voor opgeleid is en omgekeerd dient bekeken te worden of nieuwe opleidingen c.q. functietrainingen nodig zijn voor nieuwe typen van professionals. Dit onderdeel van aanbeveling 1 heeft consequenties voor een herverdeling van taken in de huidige organisatie van het zorgproces, voor de inhoud en de duur van opleidingen (zie aanbeveling 2) en voor de informatievoorziening naar patiënt en hulpverleners (zie aanbeveling 3).

In dit proces van herijking van taken en rollen in het zorgproces dient de coördinatiefunctie meer aandacht te krijgen, met name voor mensen die langdurig of intermitterend op medisch-specialistische zorg zijn aangewezen. Coördinatie van zorgprocessen is een taak die functioneel georganiseerd dient te worden, dat wil zeggen niet bij voorbaat gekoppeld aan één type professional.

... met speciale aandacht voor coördinatiefunctie

Functiedifferentiatie is, in combinatie met goede secundaire arbeidsomstandigheden (o.a. kinderopvang), overigens een voorwaarde om de medisch-specialistische zorg voor professionals als werkterrein aantrekkelijk te maken en te houden.

Werkterrein aantrekkelijk houden

#### **Financiële ondersteuning regionale ondersteuningsstructuur**

Het herontwerp van zorgprocessen en de daaruit voortvloeiende verschuivingen in taken en rollen noopt tot meer samenwerking en afstemming op regionaal niveau tussen verschillende beroepsgroepen. In dit kader wijst de RVZ op het onderzoek van het NIVEL (Overzichtstudie kwaliteitssystemen, 2000). Om implementatie van (transmurale) richtlijnen te bevorderen, is een regionale ondersteuningsstructuur nodig om goede communicatielijnen met de beroepsgroep te creëren. Dit is nodig, omdat naleving van de richtlijnen tot nu toe teleurstellend is (slechts 50% gebruikt richtlijnen, ook als aandacht aan implementatie is besteed). Huisartsen beschikken al over een regionale ondersteuningsstructuur, terwijl medisch specialisten momenteel zo'n structuur ontwikkelen met steun van de overheid. De RVZ meent dat ook verpleegkundigen op

Regionale ondersteuning nodig bij herontwerp zorgprocessen

Ook verpleegkundigen moeten regionaal aanspreekpunt hebben

regionaal niveau dienen te zorgen voor een aanspreekpunt. De overheid dient het ontwikkelen van een regionale ondersteuningsstructuur voor verpleegkundigen ook financieel te ondersteunen, analoog aan de financiële ondersteuning voor medisch specialisten op dit terrein. Onderlinge afstemming van de structuren (medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen) is noodzakelijk.

**Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

- Herontwerp zorgprocessen en transmuralisering: financiële prikkels in WTG; harmoniseren eigen bijdragen intra- en extramuraal. De herijking van de rollen en taken in het zorgproces dient nader onderzocht te worden op juridische consequenties voor aansprakelijkheid en eindverantwoordelijkheid van de behandeling. WTG aanpassen
- Functiedifferentiatie: voorlopig geen consequenties voor de wet BIG, omdat de nieuwe functies ontstaan binnen de huidige beroepenstructuur. Op langere termijn, wanneer nieuwe beroepen zouden ontstaan, dienen opnieuw de consequenties voor de wet BIG gezien te worden. Geen consequenties voor wet BIG (voorlopig)
- Regionale ondersteuningsstructuur: financiële middelen beschikbaar stellen. Geld voor regionale ondersteuning

**7.3 Aanbeveling 2: betere aansluiting vraag-aanbod door uitbreiden van het aanbod**

**Bedrijfstijdverlenging mogelijk maken**

De huidige capaciteit (personeel en infrastructuur) van medisch-specialistische zorg dient beter benut te worden. Bedrijfstijdverlenging is daartoe een goed middel. De ruimte die de huidige CAO Ziekenhuiswezen aan werktijden biedt, dient optimaal benut te worden. Dat betekent: ook spreekuren en behandelingen op de avonden door de week en op de zaterdagochtend.

Bedrijfstijdverlenging ...

Voor de toekomst moet verdere bedrijfstijdverlenging overwogen worden. Het medisch-specialistische bedrijf zal steeds meer een volcontinu bedrijf worden. Dat vereist onder

... en in de toekomst: dienstroostersysteem

meer dat medisch specialisten in een dienstroostersysteem gaan werken.

**Integrale benadering uitbreiding capaciteit opleidingen**  
De RVZ beveelt aan dat de overheid verdere uitbreiding van de opleidingscapaciteit integraal dient te benaderen. Integraal betekent hier: rekening houdend met ‘inverdieneffecten’ van het herontwerp van zorgprocessen (taakherschikking) en een adequatere inzet van ICT.

Uitbreiding opleidingscapaciteit bezien in licht van herontwerp en ICT

De RVZ meent dat het door de ministers van OC en W en VWS beoogde landelijke Platform (zie brief aan Tweede Kamer d.d. 9 november 2000, 27400, nr. 36) deze integrale benadering dient te waarborgen. In het Platform worden alle nu lopende initiatieven vanuit universiteiten, beroepsgroepen en het Capaciteitsorgaan gebundeld. Het Platform dient in de visie van de RVZ ook aandacht te besteden aan de ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met het herontwerp van zorgprocessen en de daaruit voortvloeiende mogelijkheden voor substitutie van taken. Specifieke aandacht verdienen daarbij: de opleiding en de positie van de nurse practitioner, de ziekenhuisarts en de spoedeisende hulp-arts.

Landelijk Platform zorgt voor integrale benadering

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

Bedrijfstijdverlenging en een dienstroostersysteem hebben een aantal consequenties. Zo moeten de coördinatie en de formele eindverantwoordelijkheid van de behandeling goed geregeld worden. Verder leidt de aanbeveling enerzijds tot een betere benutting van de beschikbare capaciteit, maar anderzijds ook tot hogere kosten en daarmee tot verhoging van het macrobudget. De hogere kosten worden veroorzaakt door de honorering van de extra uren en door de hogere productieafspraken die zorgverzekeraar en medisch-specialistisch bedrijf zullen moeten maken.

Uitbreiden aanbod kost geld

### **7.4 Aanbeveling 3: betere aansluiting vraag-aanbod door verbeteren van de informatievoorziening**

#### **Forse investeringen in ICT**

De mogelijkheden die de informatie- en communicatietechnologie biedt, zullen op een veel grotere schaal dan nu benut moeten worden. De achterstand die de gezondheidszorg op dit terrein heeft (nu nog slechts 1,5 à 2% van het ziekenhuisbudget), zal snel ingelopen moeten worden. Uit onderzoek dat de RVZ heeft laten verrichten, blijkt dat 80% van alle Internetgebruikers in Nederland (en dat is een snel groeiende groep van momenteel 5 miljoen gebruikers) via Internet met hun dokter willen communiceren. De mogelijkheden hiertoe zijn echter op dit moment nauwelijks aanwezig.

Aanbieders moeten fors investeren in ICT ...

Op instellingsniveau is een krachtig investeringsbeleid nodig, waarbij nadrukkelijk met de transmuralisering van de zorg rekening gehouden moet worden (elektronisch patiëntendossier). Wat de ICT-infrastructuur betreft, dient een koppeling met het Lange Termijn Huisvestings Plan van ziekenhuizen gelegd te worden. Zie ook aanbeveling 4 in verband met de regionale afstemming.

... en rekening houden met transmurale zorg

De RZV vindt dat de overheid een investeringsfonds voor ICT dient in te stellen, waarmee initiatieven voor het ontwikkelen van een regionale ICT-infrastructuur gericht gestimuleerd kunnen worden. ‘Gericht’ betekent dat instellingen voor investeringspremies in aanmerking komen indien zij landelijk ontwikkelde standaarden overnemen.

Overheid stimuleert investeringen op gerichte wijze

Op landelijk niveau moet gewerkt worden aan eenheid van taal en standaarden. Het Landelijk Platform ICT is daar momenteel mee bezig.

#### **Onafhankelijke voorlichting patiënten**

Het herontwerp van zorgprocessen en de daarmee gepaard gaande herijking van taken en rollen heeft consequenties voor de informatievoorziening. De WGBO legt een plicht op aan de hulpverlener om de patiënt alle informatie te verschaffen die nodig is om afgewogen keuzen te kunnen maken. Dit betekent onder meer dat de patiënt vooraf (bijvoorbeeld door informatie via Internet) goed geïnformeerd moet worden over behandelmogelijkheden (en keuzen daarin), het behandeltraject en de rolverdeling in het zorgproces. Voor hulpverleners en verwijzers is dergelijke transparantie uiteraard ook nodig. Zie ook aanbeveling 5. De

Herontwerp zorgproces leidt tot noodzaak van goede informatievoorziening

RVZ wijst in dit kader op zijn advies Patiënt en Internet en het standpunt van het kabinet hierop.

Bij de voorlichting aan patiënten is het belangrijk dat de diverse informatie zó op elkaar is afgestemd, dat de vrager niet met tegenstrijdigheden wordt opgezadeld. Dat vereist samenwerking tussen organisaties die de informatie geven (beroepsorganisaties van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, farmaceutische informatie, enzovoort) en tussen organisaties, die websites en mogelijk andere informatiebronnen certificeren. Patiëntenorganisaties dienen een daartoe geschikte infrastructuur te hebben, zowel landelijk als regionaal.

Daartoe is samenwerking tussen partijen nodig

#### **Stimuleren gidsfunctie**

Welke informatie is betrouwbaar? Hoe moet bepaalde informatie over een ziekte geïnterpreteerd worden? Bij welke professional kan de patiënt zich het beste melden? Het steeds meer uitdijende kennisdomein en de steeds grotere toegang die de patiënt zich verschaft tot dat domein (met name via Internet), brengt met zich mee dat de patiënt in de toekomst meer behoefte zal krijgen aan een gids. In Nederland vervult bij uitstek de huisarts deze gidsfunctie. Maar ook ziekenhuizen zullen deze meer generalistische functie moeten bieden, voor alle patiënten die zich rechtstreeks tot een ziekenhuis wenden. Ziekenhuizen kunnen daartoe huisartsen(groepen) contracteren en hen een poortwachtersfunctie laten vervullen ('zeef'- en gidsfunctie). Deze functie kan overigens ook door andere generalistische professionals vervuld worden.

Patiënt krijgt behoefte aan gids, die breed overzicht heeft

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

- Investeringen ICT: hiervoor heeft de minister van VWS reeds middelen gereserveerd. Voor de toekomst blijven extra investeringen een prioriteit.
- Wat de privacy-aspecten in verband met het elektronisch patiëntendossier betreft, verwijst de RVZ naar zijn advies Patiënt en Internet.

## 7.5 **Aanbeveling 4: werking kennisketen bevorderen door netwerkvorming in academische regio's**

Kennis speelt een belangrijke rol bij de verbetering van de gezondheidszorg. Medisch handelen is kennisintensief. Het hoogste niveau van kennis is schaars en moet vanwege doelmatigheid geconcentreerd zijn. Anderzijds dient 'uitontwikkelde kennis' tijdig doorgesluisd te worden naar andere schakels in de kennis- en zorgketen. De RVZ meent dat er meer congruentie dient te ontstaan tussen opleiding, onderzoek en patiëntenstromen. Die congruentie, in de vorm van samenwerking en afstemming, komt nu al op gang, maar dit proces dient versneld en versterkt te worden in het belang van de kwaliteit van medisch-specialistische zorg.

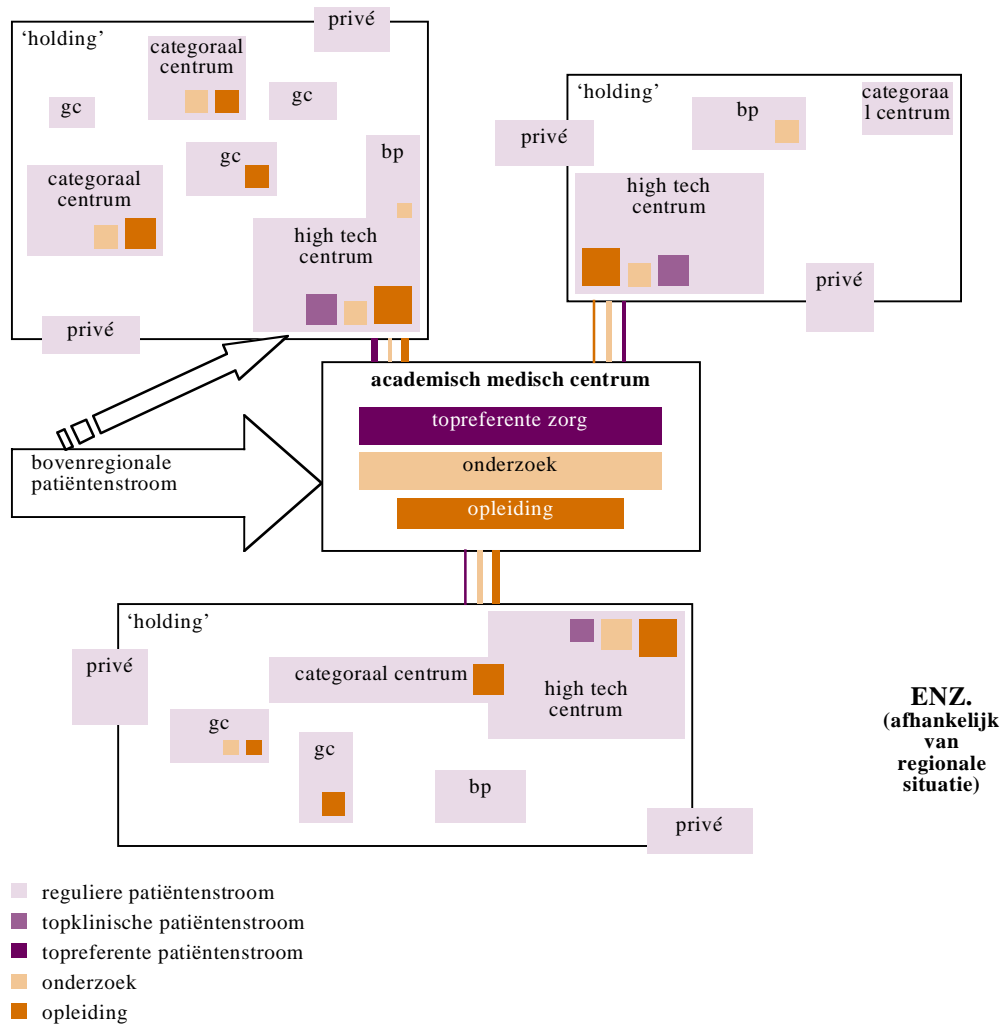
Meer samenhang en afstemming nodig in kennisketen

### **Academische regio's**

De RVZ beveelt daarom aan dat ten behoeve van een goed functionerende kennisketen en een optimale patiëntenzorg in Nederland regionale netwerken ontstaan. Uitgangspunt bij deze functionele regionalisering zijn academische medische centra. Uit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit dienen deze centra beperkt in aantal te zijn en redelijk gespreid over het land, zodanig dat een dekkend aanbod ontstaat. Het gaat immers om kostbare voorzieningen. Voorlopig zou uitgegaan kunnen worden van zeven, grote academische regio's. In de figuur 7.2 schetst de RVZ hoe zo'n regionaal netwerk er in de toekomst uit zou kunnen zien.

Zeven grote regionale netwerken opzetten

**Figuur 7.2** Voorbeeld toekomstig regionaal netwerk medisch-specialistische zorg met kennis als ordeningsprincipe



gc: gezondheidscentrum nieuwe stijl (generalistische en specialistische zorg; beperkte dagobservatie en dagbehandeling; zie ook par. 5.4)

bp: buitenpoli

privé: zelfstandig behandelcentrum ('privékliniek')

Bron: RVZ (eigen bewerking)



### **Kenmerken regionaal netwerk**

In de toekomst zijn er in een grote regio (stapeling van WZV-regio's) een academisch medisch centrum en een aantal 'holdings'. Het academisch centrum en de in de regio aanwezige topklinische ziekenhuizen (in de toekomst hightech centra) vormen de hoofdlijn in het netwerk wanneer het gaat om de kerntaken in de kennisketen: wetenschappelijk onderzoek, opleiding, topzorg. Daarnaast kunnen kleinere ziekenhuizen en categorale centra onderdeel uitmaken van het netwerk, afhankelijk van de regionale situatie. ICT speelt bij de netwerkvorming een cruciale rol.

Netwerk bestaat uit academisch centrum, topklinische centra ...

... en andere centra

In elke regio wordt gestreefd naar een samenhangend geheel aan voorzieningen voor medisch-specialistische zorg. Samenhang heeft betrekking op kwaliteit van zorg, taakverdeling en aandachtsgebieden (waaronder het creëren van 'centres of excellence').

Kenmerken van deze toekomstige organisatie van medisch-specialistische zorg zijn:

Toekomstige organisatie

- de regio over opleiding en onderzoek ligt bij het academisch centrum (in samenspraak met de medische faculteit en de wetenschappelijke verenigingen); de regio over patiëntenstromen bij de 'holdings';
- de 'holding' is geen holding zoals bij commerciële vennootschappen. De juridische structuur kan per regio verschillen (formeel samenwerkingsverband; concern, e.d.);
- elke 'holding' bestaat uit een aantal medisch-specialistische bedrijven en een aantal andere instellingen (bijvoorbeeld gezondheidscentra nieuwe stijl) die onderdelen van medisch-specialistische zorg leveren;
- er zijn meerdere 'holdings' binnen één grote regio, waarmee keuzemogelijkheden bestaan voor zowel patiënt als zorgverzekeraar;
- medisch-specialistische zorg vindt plaats zowel binnen als buiten de muren van het hightech medisch centrum, in verschillende typen voorzieningen (buitenpoli; categorale, aandoeninggerichte centra; gezondheidscentra, enzovoort.);

- de 'holding' heeft een integratieve functie voor de medisch-specialistische zorg. Deze functie heeft betrekking op samenwerkingsafspraken over patiëntenstromen en op kwaliteitsborging. Daarnaast worden binnen de 'holding' taken op het terrein van opleiding en onderzoek verdeeld, die uitgevoerd worden onder eindregie van het academisch centrum;
- wat de opleidingen betreft vindt het meer praktijkgeoriënteerde deel van opleiding plaats buiten het academische centrum, daarbij ook de nieuwe ordening van patiëntenstromen volgend;
- er is sprake van 'privéklinieken', dat wil zeggen zelfstandige behandelcentra die afspraken met de 'holding' hebben over de achterwachtfunctie. Deze klinieken bieden ook reguliere zorg uit het tweede compartiment. De Kwaliteitswet zorginstellingen is onverkort van toepassing op deze zelfstandige behandelcentra;
- het academisch medisch centrum heeft wat de patiëntenzorg betreft als kerntaak topreferente zorg, dat wil zeggen zorg aan patiënten die nergens anders in de regio meer terecht kunnen. In principe bieden academische centra geen topklinische en reguliere patiëntenzorg, behoudens wanneer dit wegens regionale omstandigheden noodzakelijk is. Dan is wel voldoende transparantie in de financieringsstromen nodig.

De verdeling van taken binnen de regio is in de eerste plaats een zaak van de regio's zelf (zelfsturing). De betrokken partijen stellen een gezamenlijk meerjarenplan op voor opleiding, onderzoek en topzorg. Dit plan vormt de basis voor onderhandelingen met de overheid over de inzet van middelen. Binnen de holding maken deelnemers afspraken over de uitvoering van het plan. Binnen vier jaar dient de nieuwe ordening klaar te zijn. Mocht de taakverdeling op basis van zelfsturing niet lukken, dan dient de overheid dit te regelen.

Taakverdeling op basis van zelfsturing binnen vier jaar

Bovenregionaal worden ook afspraken gemaakt over aandachtsgebieden en verdeling van budgetten. De RVZ meent dat landelijke sturing en coördinatie op dit punt noodzakelijk zijn. Voor een goed functionerende kennisketen op het meest gespecialiseerde niveau - waarbij

Ook landelijke coördinatie nodig ...

enerzijds kennisontwikkeling gestimuleerd wordt en anderzijds eenmaal ontwikkelde kennis tijdig wordt overgedragen naar andere medisch-specialistische bedrijven - is samenwerking tussen academische centra en topklinische ziekenhuizen noodzakelijk. Dit is niet alleen vanuit overwegingen van kwaliteit en permanente innovatie noodzakelijk, maar ook vanwege doelmatigheid. Er is immers veel geld gemoeid met de topzorg.

Deze coördinatie dient gericht te zijn op de ontwikkeling, afstemming en evaluatie van programma's, op de taakverdeling tussen de regio's en op de verdeling van budgetten. Voorwaarde om tot landelijke coördinatie te komen is dat de academische medische centra en de topklinische ziekenhuizen een gezamenlijke visie ontwikkelen. Wat betreft de uitvoering van de coördinatietaak kan aangesloten worden bij het gestructureerd overleg in het kader van het Hoofdlijnenakkoord.

... gericht op taakverdeling en budgettoewijzing

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

Academische regio's: de overheid wijst een beperkt aantal regio's aan. In het gestructureerd overleg in het kader van het Hoofdlijnenakkoord vindt de bovenregionale afstemming plaats.

### **7.6 Aanbeveling 5: meer keuzemogelijkheden door bevorderen van transparantie van het aanbod**

Aanbieders van medisch-specialistische zorg dienen hun aanbod te omschrijven in een 'catalogus van zorgproducten'. De omschrijving geschiedt in termen die voor patiënten en zorgverzekeraars relevant zijn. In de toekomst kan de aanbieder alleen nog op basis van een catalogus een contract afsluiten met een zorgverzekeraar. In de catalogus wordt opgenomen welke zorg verleend wordt, met informatie over de kwaliteit van de verleende zorg, welke specifieke aandachtsgebieden bij een aanbieder zijn ondergebracht; de wacht- en doorstroomtijden, de kosten, enzovoort. De verschillende catalogi worden op landelijk niveau door een

Aanbieders stellen catalogus op

onafhankelijke instantie gebundeld en met elkaar vergeleken.

Zowel patiënt als zorgverzekeraar kunnen op basis van de verschillende catalogi kiezen. De patiënt moet in de toekomst op basis van onafhankelijke informatie tot een gefundeerde keuze kunnen komen welk type behandeling, welke behandelaar en welke behandellocatie het beste aansluiten bij zijn hulpbehoefte en persoonlijke voorkeuren. De zorgverzekeraar kan de catalogi van de verschillende zorgaanbieders gebruiken als basis voor zijn contracteringsbeleid.

Patiënt en verzekeraar kunnen kiezen op basis van catalogi

Verder is transparantie in de patiëntenstromen noodzakelijk. Meer zicht is nodig op verwijzingen van patiënten tussen verschillende aanbieders. Zorgaanbieders dienen hierover periodiek verantwoording af te leggen.

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

Voorwaarde bij deze oplossing is dat er een eenduidige financieringssysteem voor de medisch-specialistische zorg bestaat. De DBC-systematiek, die in de komende jaren in alle ziekenhuizen wordt ingevoerd, biedt hiertoe een geschikt aanknopingspunt.

DBC-systematiek invoeren

Zie ook aanbevelingen 3 en 6 en het RVZ-advies De rollen verdeeld.

### **7.7 Aanbeveling 6: meer keuzemogelijkheden door toelaten van meer aanbieders**

Bij aanbeveling 2 is ook al ingegaan op de wenselijke uitbreiding van het aanbod. De optiek hier is dat de keuzemogelijkheden voor patiënt en zorgverzekeraar vergroot worden. Keuzemogelijkheden zullen ontstaan op een grotere schaal, namelijk binnen de grote regio's zoals genoemd bij aanbeveling 4. Dat betekent wel dat binnen die regio's voldoende aanbieders van medisch-specialistische zorg moeten zijn en dat het aanbod voldoende gedifferentieerd is. De overheid kan dit allereerst bevorderen

Binnen een grote regio meerdere aanbieders en gedifferentieerd aanbod ...

... door afschaffen fusiebonus en ...

door de zogenaamde fusiebonus af te schaffen, waardoor bestaande aanbieders niet financieel geprikkeld worden tot verdere fusie en concentratie. Verder dient de overheid het mogelijk te maken dat nieuwe aanbieders van medisch-specialistische zorg tot de markt toetreden. Tot slot zal de contracteerverplichting voor zorgverzekeraars opgeheven moeten worden.

De toekomstvisie van de RVZ (zie hoofdstuk 5 en aanbeveling 4) voorziet in een aantal grote ‘holdings’ van medisch-specialistische zorg per regio. Binnen een holding functioneert een groot aantal relatief autonome medisch-specialistische bedrijven (units en centra). In de visie van de RVZ kunnen deze units binnen bepaalde voorwaarden in de toekomst ook optreden als zelfstandige contractpartner voor de zorgverzekeraar.

Toekomst: units worden zelf contractpartner

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

Met het oog op de toetreding van nieuwe aanbieders van medisch-specialistische zorg dient de overheid de Regeling Zelfstandige behandelcentra opnieuw te bezien. Met name de beperkende voorwaarde dat een centrum alleen zorg mag leveren waarvoor in de betreffende regio een wachtlijst bestaat, komt voor afschaffing in aanmerking. Overigens dient in de regeling een andere voorwaarde gehandhaafd te blijven, namelijk dat de nieuwe aanbieders van medisch-specialistische zorg samenwerkingsafspraken moeten hebben met de ziekenhuizen in de regio in verband met de achterwachtfunctie. Zie ook figuur 7.2, waarin grafisch is weergegeven dat privéklinieken deels binnen de holding vallen.

Regeling Zelfstandige behandelcentra aanpassen

De RVZ meent verder dat in de nieuwe situatie - waarin meer aanbieders actief zijn op de markt van medisch-specialistische zorg en waarin meer contracteervrijheid voor de zorgverzekeraar bestaat - afspraken over afstemming, concentratie, en dergelijke wel degelijk mogelijk zijn. De mededingingsregels bevatten mogelijkheden tot het verlenen van vrijstellingen en ontheffing. Criteria zijn onder andere: de afspraken moeten bijdragen aan een verbetering van de productie of distributie; voordelen die voortvloeien uit de afspraken moeten voor een redelijk deel ten goede komen

Afspraken over kwaliteit en afstemming zijn toelaatbaar in kader van mededinging

aan de gebruikers; concurrentie mag niet verder beperkt worden dan strikt noodzakelijk en er moet in de markt voldoende concurrentie overblijven. Deze criteria lijken zonder meer toepasbaar op de medisch-specialistische zorg. Toepassing ervan betekent dat samenwerkingsovereenkomsten tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuizen) toelaatbaar zijn voor zover ze de kwaliteit van zorg verbeteren en voldoende concurrentie in de betreffende markt overlaten. Zie verder Dossier, deel 6.

In het verlengde hiervan hoeft in de optiek van de RVZ het toelaten van nieuwe aanbieders vooralsnog niet strijdig te zijn met de zogenoemde Integratiewet en met de beleidsvisie op het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. De Integratiewet schrijft niet voor hoeveel medisch-specialistische bedrijven er mogen zijn. In de huidige situatie is het weliswaar nog zo dat er in Nederland een afnemend aantal medisch-specialistische bedrijven is, door fusie en schaalvergroting van algemene ziekenhuizen. In de toekomstvisie van de RVZ verandert het grote, monopolistische medisch-specialistische bedrijf in een holding van geheel of gedeeltelijk zelfstandige medisch-specialistische bedrijven.

Integratiewet hoeft niet aangepast

### **7.8 Aanbeveling 7: meer keuzemogelijkheden door bevorderen zorgcontractering op regionaal niveau**

Al eerder is gezegd dat het zwaartepunt van de sturing dient te liggen bij de contractering op regionaal niveau. Om de zorgcontractering op regionaal niveau te bevorderen zal er meer flexibiliteit moeten komen op de 'zorginkoopmarkt'. In het advies De rollen verdeeld gaat de RVZ hier nader op in. Voor de medisch-specialistische zorg betekent dit onder meer dat de 'alles-of-niets'-contracten moeten verdwijnen. De verzekeraar contracteert nu het hele ziekenhuis; in de toekomst moet het ook mogelijk zijn *onderdelen* te contracteren. 'Onderdelen' wil hier zeggen: samenhangende clusters of programma's van medisch-specialistische zorg, inclusief de daartoe benodigde infrastructuur. Daartoe is het noodzakelijk dat (medisch-specialistische) zorg transparant

Meer flexibiliteit op zorginkoopmarkt ...

... door contractering van programma's en clusters

omschreven wordt in termen van producten (zie aanbeveling 5).

Omgekeerd zal de zorgverzekeraar de hoge verwachtingen die ten aanzien van zijn rol gekoesterd worden, ook waar moeten maken. Op dit moment gebruiken de zorgverzekeraars de overeenkomsten met aanbieders van medisch-specialistische zorg nog onvoldoende als een instrument voor inhoudelijke sturing van zorg. In de toekomst dient de zorgverzekeraar de rol als contractant ook inhoudelijk in te vullen. Zie voor de aard van de inhoudelijke vulling de aanbevelingen over het herontwerp zorgprocessen, de informatievoorziening, de intra- en transmurale samenwerking, de catalogi van het aanbod. Verder zal de zorgverzekeraar ook in staat moeten worden gesteld als maatschappelijk ondernemer te fungeren. In dat kader zal de overheid aandacht moeten besteden aan de hoogte van de noodzakelijke beheerskosten van de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraar zal inhoudelijk moeten gaan sturen

Uitzondering op deze aanbeveling is de topklinische zorg in het kader van de WBMV. De overheid houdt hier – in overleg met de academische en topklinische ziekenhuizen en verzekeraars – een sturende rol.

Overheid houdt rol bij topzorg

#### **Consequenties aanbeveling voor regelgeving en financiering**

- Ook deze aanbeveling heeft vooralsnog geen consequenties voor de Integratiewet. De zorgverzekeraar sluit immers nog steeds contracten af met medisch-specialistische bedrijven, zij het soms op onderdelen van het aanbod.
- Financiële consequentie van op onderdelen contracteren: technologisch hoogwaardige, complexe zorg wordt duurder; rest relatief goedkoper.
- Afschaffen contracteerverplichting: artikel 47, lid 1 ZFW schrappen.

## 7.9 Uitvoering en prioritering aanbevelingen

In deze paragraaf gaat de RVZ kort in op de uitvoering van de aanbevelingen: wie moet wat doen? Zie het volgende schema

**Figuur 7.3**      **Uitvoering en prioritering aanbevelingen**

Aanbeveling	Uitvoering	Termijn
1. Bevorderen differentiatie aanbod	Ligt primair bij aanbieders: herontwerp; functiedifferentiatie  Overheid: financiële prikkels voor en juridische consequenties van herontwerp zorgprocessen; transmuralisering en regionale ondersteuningsstructuur	Korte termijn; aansluiten bij succesvolle projecten
2. Uitbreiden aanbod	Ligt primair bij aanbieders  Overheid: verruiming macrobudget; stimuleren landelijk Platform opleidingen	Korte termijn
3. Verbeteren informatievoorziening	Aanbieders en verzekeraars: investeringen in ICT; organiseren gidsfunctie  Overheid: gerichte stimulering	ICT: korte termijn; urgent!
4. Bevorderen netwerkvorming rond academische centra	Academische en topklinische centra nemen voortouw  Overheid: landelijke coördinatie	Middellange termijn
5. Bevorderen transparantie aanbod	Aanbieders: catalogi opstellen  Overheid: DBC-systematiek invoeren	Middellange termijn Korte termijn
6. Meer aanbieders toelaten	Overheid: regeling Zelfstandige behandelcentra aanpassen; fusiebonus afschaffen	Korte termijn
7. Bevorderen zorgcontractering	Overheid: afschaffen contracteerverplichting  Zorgverzekeraars: inhoudelijk sturen	Middellange termijn



## 7.10 Tot slot

De aanbevelingen in dit advies en de toekomstvisie van de RVZ (zie hoofdstuk 5) doen een oproep aan zowel overheid als veld om de problemen en uitdagingen op een creatieve wijze het hoofd te bieden.

De Minister schrijft in de adviesaanvraag dat in de medisch-specialistische zorg sprake is van een spanning tussen budget en aspiraties. De RVZ meent dat voor een adequate regulering van deze spanning het in ieder geval nodig is om het macrobudget zoveel mogelijk op inzichtelijke parameters te baseren. Verder dient de motivatie van professionals i.c. medisch specialisten versterkt te worden door:

- heldere doelen en daarvan afgeleide prestaties te formuleren;
- te bevorderen dat iedereen doet waarvoor hij/zij is opgeleid;
- te bevorderen dat men loon naar werken krijgt;
- mobiliteit mogelijk te maken (onder andere door het *goodwill*-probleem op te lossen, zoals onlangs aangekondigd).

Spanning tussen budget en aspiraties is te reguleren

De RVZ meent dat een herontwerp van zorgprocessen en een herschikking van taken in het zorgproces niet alle capaciteitsproblemen in de medisch-specialistische zorg zal oplossen. Eerder is al aangegeven dat uitbreiding van het aanbod noodzakelijk is, mede door de toenemende vraag bij de ‘vergrijzingsgevoelige’ specialismen. Bovendien zal de herschikking van taken in het zorgproces leiden tot een sterkere behoefte aan coördinatie.

Naast herontwerp ook extra capaciteit nodig

Vraaggerichte medisch-specialistische zorg vergt extra investeringen. Enerzijds valt doelmatigheidswinst te behalen uit het herontwerp van zorgprocessen. Maar anderzijds zullen zorg aan of dicht bij huis, meer keuzemogelijkheden en een veel intensievere inzet van ICT per saldo leiden tot hogere kosten.

Vraaggerichte zorg leidt tot hogere kosten

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

# Bijlagen



## Bijlage 1

### Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2000

#### 4 Medisch-specialistische zorg in de toekomst (rubriek III minister van VWS)

##### 4.1 Het beleidskader

In en rond de gezondheidszorg doen zich impulsen voor die de sector een andere aanblik zullen geven. Technologische en wetenschappelijke uitkomsten zullen de zorgverlening wezenlijk veranderen. Aan de vraagzijde zien wij de chronische aandoeningen steeds prominenter worden. De fysieke infrastructuur van de zorg -het aanbod van voorzieningen – wordt volledig door elkaar geschud. De impulsen ontstaan vooral door factoren buiten de gezondheidszorg: technologische ontwikkeling, wetenschappelijke vooruitgang, EU, preferenties van burgers. De medisch-specialistische zorg en haar patiënt zijn vaak de eersten die de gevolgen hiervan ondervinden.

En die gevolgen zijn ingrijpend.

- **Medisch-specialistische zorg wordt steeds meer een door wetenschap en technologie (vooral ook ICT) gestuurd proces. Rationalisering en industrialisering zijn het gevolg. De uitdaging is dit te realiseren bij een groeiend aanbod van chronische aandoeningen. Daardoor zal de medisch-specialistische zorg van morgen niet alleen cure, maar ook care zijn.**
- Medisch-specialistische zorg is steeds meer team work en steeds vaker multidisciplinair. In het zorg proces ontstaan soms vaste, soms flexibele, productie-units, waarin tot nu toe bestaande onderscheidingen verdwijnen. Zorgketens ontstaan, waarin medisch en verpleegkundig handelen, heelkunde en geneeskunde, generalistisch en specialistisch, zorg en techniek vervloeien. Deze zorgketens

hebben als doel een integrale en continue benadering van de patiënten diens ziekte mogelijk te maken. Een ingreep in de zorgproductie die tot een andere taakverdeling zal leiden.

- De medisch-specialistische zorg wordt relatief onafhankelijker van de fysieke infrastructuur, waaronder ziekenhuizen en bedden. Dit zal grote invloed hebben op de organisatie van het medisch-specialistisch bedrijf. Zorgfuncties en –verleners zijn niet meer aangewezen op zorgvoorzieningen. In een sturingsstelsel dat is gebaseerd op voorzieningenbeleid en aanbodregulering betekent ook dit een kanteling. Voor de logistiek en de locatiekeuze is dit eveneens een wezenlijke verandering. Het onderscheid tussen ‘huis’, ‘wijk’, ‘regio’ en ‘ziekenhuis’ wordt in het overheidsbeleid minder beslissend. De keuze voor een zorglocatie wordt een beslissing in het zorgproces.

De medisch-specialistische zorg raakt meer vervlochten met de generalistische zorg. De architectuur van het zorgproces wordt op andere maatstaven gebaseerd, generalistische en specialistische handelingen komen in een nieuwe mengverhouding terecht. De besluitvorming tijdens het proces zal anders verlopen. De poortwachter komt in een andere positie ten opzichte van de tweede lijn te staan. De begrippenparen extra/intramuraal, eerste/tweede lijn, maar ook algemeen/categoriaal krijgen een nieuwe betekenis. Dit zal grote invloed hebben op de indicatiestelling, op het verwijzen en op het procesmanagement.

Dit is deels werkelijkheid en deels verwachting. Het zijn soms eigen keuzen, soms van buitenaf geforceerde beslissingen. Maar hoe dan ook, de medisch-specialistische zorg staat voor grote uitdagingen. De turbulentie veroorzaakt spanningen en de opgave voor de overheid is deze in goede banen te leiden. Op weg naar de medisch-specialistische zorg van de 21<sup>ste</sup> eeuw, doen zich fricties voor die een zorgvuldige en respectvolle procesbegeleiding vereisen. Dit is de achtergrond van het advies over dit onderwerp aan de minister van VWS.

Het beleidskader voor het advies bestaat uit de volgende elementen: -

- de Wet integratie medisch-specialistische zorg;
- de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over het tweede compartiment;
- de Wet tarieven gezondheidszorg en de in dat verband in gang gezette veranderingen;
- de Meerjarenafspraken en de beleidsvoornemens in rijksbegroting en Zorgnota 2000;
- de Wet exploitatie zorgvoorzieningen.

## 4.2 Probleemstelling

De medisch-specialistische zorg is een vitaal en tegelijkertijd kwetsbaar onderdeel van de gezondheidszorg. Het is ook een moeilijk te managen onderdeel, het is immers hoogwaardige, sterk geprofessionaliseerde, kennisintensieve arbeid. Het is in de gezondheidszorg ook de meest innovatieve sector en dus vatbaar voor maatschappelijke discussie.

Nu staat deze sector voor ingrijpende veranderingen. Die zijn op zichzelf niet problematisch, maar bij onvoldoende overheidszorg kunnen wel bedreigingen ontstaan. Op twee fronten.

Het eerste probleem is er al: het zit in de beschikbare middelen. Het is tot nu toe niet mogelijk gebleken een budgettair kader voor de medisch-specialistische zorg te scheppen dat de collectieve middelen en de aspiraties van de zorgverleners in balans houdt. De professional leeft daardoor constant op gespannen voet met zijn omgeving. En die spanning loopt op naarmate de vraag naar en het aanbod van medisch-specialistische zorg toenemen, hetgeen het geval is. Zo'n toestand houdt grote risico's in. Aspiraties en mogelijkheden raken steeds meer uit balans. De zorgverlener die in Nederland ook publieke taken heeft, is minder gemotiveerd die uit te voeren. Er ontstaan bedreigingen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. En vroeg of laat komen er problemen op de arbeidsmarkt. Dit vereist een anticiperend en stimulerend overheidsbeleid.

Het tweede probleem komt eraan. De ontwikkelingen waarmee de medisch-specialistische zorg wordt geconfronteerd, zijn zo radicaal dat de inrichting van het zorgproces zal kantelen. De turbulentie in de omgeving van deze zorg zal leiden tot een andere organisatie en structuur van de zorgverlening. Dit is voor alle betrokkenen een ingrijpende zaak die om een zorgvuldige en nauwkeurige procesbegeleiding vraagt. Kanteling vereist coaching. De voorwaarden moeten worden geschapen waaronder de nieuwe verhoudingen tussen generalistisch en specialistisch, tussen medisch en verpleegkundig en tussen huis en ziekenhuis op een positieve manier kunnen ontstaan. In het overheidsbeleid moet hiervoor aandacht zijn.

### **4.3 Adviesdomein en beleidsvragen**

Het object van het advies van de RVZ is de gespecialiseerde, somatische, medische en verpleegkundige zorg. Deze wordt in toenemende mate verleend in een transmuraal kader. De Raad plaatst deze zorg nadrukkelijk in de omringende gezondheidszorg en beschouwt haar als onverbreekelijk daarmee verbonden. Toch zal de Raad zich concentreren op het specialistisch-medisch verpleegkundig handelen. De functie daarvan ten opzichte van de generalistische zorg zal onder de loep worden gelegd. De rol die de gespecialiseerde zorgverleners vervullen in het totale zorgproces komt aan de orde.

Gegeven dit adviesdomein, zal de Raad deze beleidsvragen in zijn advies beantwoorden (zie verder bijlage 1).

#### *1. Probleemanalyse*

- Wat zijn de problemen in de specialistisch-somatische zorg, nu en in de toekomst?
- Hoe ernstig zijn de problemen?
- Hoe ontstaan de problemen en waardoor blijven zij in stand?



## 2. *Beoordeling van oplossingen*

- Welke doelen moeten worden bereikt met beleid, zowel dat van het veld als dat van de overheid?
- Wat zijn mogelijke beleidsstrategieën en –maatregelen om deze doelen te bereiken?
- Aan welke criteria moet men deze strategieën en maatregelen toetsen?
- Hoe is de uitkomst van de toetsing van de strategieën en maatregelen aan de criteria?

## 3. *Advies*

- Welke beleidsstrategie moet de overheid kiezen?
- Welke beleidsmaatregelen moet de overheid nemen?
- Welke actiepunten vloeien hieruit voort?

### *Toelichting*

Bij de probleemanalyse maakt de Raad onderscheid tussen het perspectief van de patiënt, dat van de professional (specialist of generalist), dat van het zorginstituut en dat van financiers en overheden. Bij de beoordeling van oplossingen formuleert de Raad een profiel voor de specialistische zorg van de toekomst. Dat is een ijkpunt voor doelen en middelen. De Raad zal de voorwaarden waaronder dit ideaalbeeld kan ontstaan beschrijven. Zelfsturing – ook die van professionals – is belangrijk. Financiële aspecten worden op alle plaatsen in het advies meegewogen. De Raad zal zijn uitspraken aan een internationale vergelijking onderwerpen.

## **4.4 Functie advies**

De Raad wil met zijn advies een functie vervullen bij de ontwikkeling van een integraal stimuleringskader voor deze sector. Hiermee zou een voedingsbodem kunnen ontstaan voor een structurele en gezonde groei van de medisch-specialistische zorg. Een beleidskader kan ook dienst doen als mogelijkheid externe ontwikkelingen te accommoderen.

Kanteling vergt coaching, zoals gezegd. De ingrijpende gebeurtenissen in en rond de medisch-specialistische zorg vragen om een steunend, maar ook stimulerend

beleidsnetwerk. De RVZ kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling daarvan.

#### **4.5 Programmering**

De RVZ brengt in 1999 en in 2000 adviezen uit over de invloed van de Europese regelgeving op de Nederlandse gezondheidszorg, over de samenhang tussen care en cure en over schaarste en solidariteit (zie elders in dit werkprogramma). Mede gelet op al uitgezette beleidslijnen, wil de Raad zijn advies over de medisch-specialistische zorg in het najaar van 2000 uitbrengen (oktober). Op deze manier hoopt de Raad een rol te kunnen spelen in de beleidsontwikkeling op het terrein van de medisch-specialistische zorg. Ook kan het advies een rol spelen bij een toekomstige discussie over het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

#### **4.6 Relevante andere publicaties en instanties**

In de afgelopen jaren heeft de Raad adviezen uitgebracht over het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming en over transmurale zorg. Daarover zijn kabinetsstandpunten verschenen, evenals over relevante MDW-rapporten. De Raad zal deze publicaties gebruiken bij zijn advisering. Dat geldt ook voor een eind 1999 uit te brengen advies over professionals in de gezondheidszorg. Daarin wordt onder meer ingegaan op de professionele verantwoordelijkheid van (para)-medische en verpleegkundige beroepsbeoefenaren. De Raad zal verder gebruik maken van de publicaties van de STG en van het Health Management Forum op dit terrein.

De RVZ zal tijdens het schrijven van het advies contact zoeken met de drie ZBO's in de gezondheidszorg en met de Gezondheidsraad.

#### **4.7 Literatuur**

- *Adviezen RVZ*

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming (1996).  
Prikkel tot doelmatigheid (1998).  
Naar een meer vraaggerichte zorg (1998).  
Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief (1998).

- *Overheidsbeleid*

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg: brief van de minister van VWS. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 517-1.  
Wijziging beleidsregels Wet ziekenhuisvoorzieningen met betrekking tot zelfstandige behandelcentra (besluit minister VWS d.d. 30 juni 1999)

- *Overig*

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Het ziekenhuis in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Zoetermeer: STG (1990).  
Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstbeelden van de curatieve zorg. Zoetermeer: STG (1997).  
Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Managed care en disease management in Nederland. Zoetermeer: STG (1997).  
Health Management Forum. Toekomst medisch specialistische zorg. Zoetermeer: STG, (1990).  
Jaspers, Fr.C.A. et al. Een nieuwe opleiding voor een nieuwe functie. Medisch Contact, 5 februari 1999.



## Bijlage 2

### Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

<b><i>Voorzitter:</i></b>
---------------------------

Prof. drs. J. van Londen

<b><i>Leden:</i></b>
----------------------

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort  
Drs. J.C. Blankert  
J. Franssen (vanaf 01-01-2001)  
Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard  
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten  
Mw. prof. dr. J.P. Holm  
Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts  
Drs. E.H.T.M. Nijpels (tot 31-12-2000)  
Mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos



## Bijlage 3

### Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

#### Betrokken raadsleden:

- mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard
- mw. prof. dr. J.P. Holm
- mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

#### Ambtelijke projectgroep:

- drs. J.M.H. van der Velden, projectleider
- drs. P.J.G.M. de Bekker, projectmedewerker
- Th.M.G. van Berkestijn, arts, extern deskundige
- mw. dr. Y. W. van Kemenade, projectmedewerker (tot 01-09-2000)
- mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- mw. C. aan de Stegge, projectmedewerker
- mw. J.J. Lekahena, projectsecretaresse

#### Samenstelling klankbordgroep:

##### *RVZ*

- mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard, directeur Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, lid RVZ, voorzitter klankbordgroep
- mw. prof. dr. J.P. Holm, hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie RU Groningen, lid RVZ
- mw. J.M.G. Lanphen, huisarts, lid RVZ.

##### *Medisch specialisten/management ziekenhuis*

- drs. R.J.W. Beijers, vice president search & recruitment Interlace search & recruitment
- prof. dr. W. van Tilburg, psychiater Valeriuskliniek, Amsterdam

##### *Verpleegkunde*

- mw. prof. dr. M. Grijpdonck, hoogleraar verpleegwetenschappen UMC

- mw. H. Hillmann, directeur Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht
- mw. drs. P.F. Roodbol, verpleegkundige, projectleider Nurse Practitioner, hoofd Opleidingsinstituut Academisch Ziekenhuis Groningen

*Paramedici*

- prof. dr. P.J.M. Helders, hoogleraar fysiotherapie UMC Utrecht

*Patiëntenperspectief*

- mw. drs. C. Bellemakers (lid College van Advies Gehandicaptenraad; consultant KantelConsult)

*Geneeskunde/management/opleiding*

- drs. H. van Dis, directeur Stichting Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ)
- P. Holland, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
- drs. A.T.J. Krol, voorzitter International Hospital Federation
- prof. dr. G. Schrijvers, hoogleraar algemene gezondheidszorg, RU Utrecht
- prof. dr. P.A.M. Vierhout, chirurg Medisch Spectrum Twente, hoogleraar Geneeskunde & Management, faculteit Technologie & Management Universiteit Twente
- prof. dr. J.H.B.M. Willems, bedrijfsarts, hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde, wetenschappelijk directeur TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

*Economie/geschiedenis/bestuurskunde*

- dr. J. de Haan, KUB
- mw. dr. A. Mooij, historica Amsterdam
- mr. E.M. d'Hondt, burgemeester Nijmegen (tot 01-11-00); voorzitter Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten

*Secretariaat*

- Th.M.G. van Berkestijn, arts
- drs. J.M.H. van der Velden, projectleider

**Geconsulteerde deskundigen:**



- mw. drs. C. Bellemakers, lid College van advies  
Gehandicaptenraad en consultant bij Kantel Konsult
- drs. R.J.W. Beijers, vice president search & recruitment  
Interlace search & recruitment
- prof. dr. G.H. Blijham, internist en voorzitter Raad van  
Bestuur, Utrechts Medisch Centrum
- drs. A.J. Borstlap, directeur Koninklijk Nederlands  
Genootschap voor Fysiotherapie
- R. Dillmann, directeur Orde van Medisch Specialisten
- T. Duijst, CNV
- mw. prof. dr. M. Grijndonk, hoogleraar  
verplegingswetenschappen, Utrechts Medisch Centrum
- mw.H. Hillmann, directeur LCVV
- prof. dr. A.C.A. van den Hout, hoogleraar innovatie  
zorgbeleid, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen  
Businessschool
- drs. P. Lems, onderzoeker, Prismant
- drs. J.F. Maljers, Plexus Medical Group
- drs. W.B. Meijer, algemeen secretaris College Bouw  
Ziekenhuisvoorzieningen
- mr. M.P.J.A. Muijser, secretaris Nederlandse Raad van  
Particuliere Klinieken
- drs. R.N. van den Plank, secretaris Gezondheidszorg,  
VNO-NCW
- mr. J.N. Redeker, medewerker nieuwe diensten  
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- F.B.M. Sanders, arts, voorzitter Orde van Medisch  
Specialisten
- prof. dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar algemene  
gezondheidszorg, Universiteit Utrecht
- prof. dr. J.J. Sixma, voorzitter Gezondheidsraad,  
hoogleraar haematologie Universitair Medisch Centrum
- drs. A. Sliedrecht, directeur a.i. Nederlandse Vereniging  
van Ziekenhuizen
- prof. dr. C. Spreeuwenberg, hoogleraar,  
Rijksuniversiteit Limburg
- drs. E. van der Veen, voorzitter Raad van Bestuur  
AGIS-groep
- mr. drs. R.W. Verrips, hoofd Kwaliteit & Organisatie  
NVZ, vereniging van ziekenhuizen
- mw. mr. A.A.C. Vlaskamp, senior-beleidsadviseur  
LCVV
- B. Vogel, beleidsadviseur LCVV

- E. Vrijland, arts, medewerker College van Bouw  
Zorgvoorzieningen
- T. Zijlstra, arts, directeur Prismant.

**Deelnemers invitational conference, 9 november 2000**

- De heer prof. dr. J. Jeekel (AZ Rotterdam), Orde van  
Medisch Specialisten
- De heer C. Hovenkamp, voorzitter Koninklijk  
Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- De heer drs. A.J. Borstlap, secretaris Koninklijk  
Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- De heer B.G.H. Goessens, bestuur/penningmeester  
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en  
Bedrijfsgeneeskunde
- De heer mr. M.P.J.A. Muijser, secretaris Nederlandse  
Raad van Particuliere Klinieken
- De heer mr. drs. G. van Gemert, manager zorgbeleid  
GGZ Nederland
- De heer drs. Fr.C.A. Jaspers (AZ Groningen),  
Vereniging Academische Ziekenhuizen
- De heer drs. R.N. van der Plank, directeur Nederlandse  
Vereniging van Ziekenhuizen
- Mw. drs. K.H. van den Oudenalder-van der Aa, adjunct-  
directeur Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- De heer drs. M.A.J.M. Bosch, directeur Zorg  
Zorgverzekeraars Nederland
- Mevrouw I. van Bennekom, directeur, Vereniging  
Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
- Mevrouw drs. B. Ambaum, verpleegkundig specialist  
oncologie, NU '91



## Bijlage 4

### Begripsomschrijvingen

Agio	assistent geneeskundige in opleiding (NZi, 1988)
Agnio	assistent geneeskundige niet in opleiding (NZi, 1988)
Aspirant specialist	iemand die de specialistenopleiding heeft voltooid maar nog niet als zodanig staat geregistreerd (NZi, 1988)
Chef de clinique	omschrijving van de functie van een (junior)specialist welke echter qua inhoud met name tussen academische en algemene ziekenhuizen nogal verschilt (NZi, 1988)
Co-assistent	medisch student die ten tijde van zijn 5 <sup>de</sup> en 6 <sup>de</sup> jaar klinische stage loopt (NZi, 1988)
Doorstroomtijd	de tijd die verloopt tussen het eerste polikliniek bezoek en de afronding van de diagnostiek en de tijd die nodig is voor het gehele behandeltraject (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)
House staff	artsen die, geen specialist of specialist in opleiding zijn, in de ziekenhuizen patientgebonden werk verrichten (In Nederland functioneren de assistent-geneeskundige, zowel in opleiding als niet in opleiding als housestaff; LVAG, MC 1986, no 12: 379-380) (NZi, 1988)
Huisarts-delay	de tijd die gemoeid is met het zorgtraject van de huisarts voordat verwijzing naar de medische specialist mogelijk wordt (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)

Interne wachttijd	het aantal dagen dat een patiënt als gevolg van wachtlijsten of planningstechnische beperkingen moet wachten voordat een vervolgactiviteit (onderzoek, operatie, of andere verrichting) plaatsvindt (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)
Junior specialist	specialist die als zodanig in een ziekenhuis voor het uitvoeren van een bepaald takenpakket is aangesteld maar niet een erkende specialistenplaats bezet (NZi, 1988)
Ontslagtijd	de tijd tussen het moment dat de arts de patiënt ontslag verleent en het moment waarop de patiënt met ontslag gaat (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)
Patiënt-delay	de tijd die de patiënt zelf wacht alvorens medische hulp te zoeken (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)
Poortarts	arts die werkzaamheden verricht aan de poort van het ziekenhuis i.c. de eerste hulpafdeling (NZi, 1988)
Protocol	stapsgewijze beschrijving in detail van het medisch handelen of van het multidisciplinaire zorgproces bij een omschreven patiëntengroep (bron: Gezondheidsraad, 2000b)
Richtlijn:	systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen. Synoniem: standaard (bron: Gezondheidsraad, 2000b)

Toegangstijd (externe wachttijd)	de tijd die verloopt tussen het moment dat de patiënt een afspraak maakt en het moment dat de patiënt bij de medisch specialist in het ziekenhuis (op de polikliniek) terecht kan (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999)
Wachtassistent	een begrip, voortkomend uit de discussie over de 24 uur beschikbaarheid van een arts in het ziekenhuis. Deze arts “houdt de wacht” en waarschuwt zonodig de specialist. (NZi, 1988)
WachtlIJst	een registratie van het aantal patiënten dat geïndiceerd is voor een ingreep, behandeling en/of verpleging. Bij wachtlijsten zijn twee parameters van belang: de lengte van de wachtlijst uitgedrukt in aantallen personen en de duur van de periode dat patiënten op de wachtlijst staan. <i>Let op:</i> In de klinische curatieve zorg is wachttijd vaak te onderscheiden in toegangstijd en klinische wachttijd. In dat geval kan <i>toegangstijd</i> de tijd zijn tussen de verwijzing door de ene en het eerste contactmoment met de andere hulpverlener. <i>Klinische wachttijd</i> is dan de tijd die verloopt tussen het moment van indicatie voor de behandeling en de tijd waarop deze feitelijk begint (De ziekenhuisketen en Ernst & Young Consulting, 1999).
Wisselassistent	een arts assistent die is aangenomen om werkzaamheden te verrichten voor wisselende specialismen (NZi, 1988)
Zaalarts/ afdelingsarts	arts gebonden aan een specifieke zaal/afdeling. Dit begrip wordt veel door verpleegkundigen gebruikt, het si dan de

voor hen in eerste instantie aanspreekbare  
(NZi, 1988)





## Bijlage 5

### Lijst van afkortingen

ANP	Advanced Nursing Practice
AVVV	Algemene Vergadering van Verenigingen voor Verplegenden en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BPR	Business Process Redesign
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	chronic obstructive pulmonary diseases
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	cerebraal vasculair accident
DBC	Diagnose Behandel Combinaties
EEG	Electro-encefalogram
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
EU	Europese Unie
FTTO	Farmaco therapeutisch transmuraal overleg
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
KNAW	Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen
LCVV Verzorging	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
LRVV	Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen
MSRC Commissie	Medisch-specialisten Registratie Commissie
MTA	Medical Technology Assessment
MTO/DMS	nieuwe modeltoelatingsovereenkomst, waaraan het document medische staf is gekoppeld
NIVEL	NIVEL Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NVZ	NVZ, Vereniging van Ziekenhuizen

NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut (opgegaan in Prismant)
OC&W	(Ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OK	Operatiekamer
PAAZ	psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende hulp
SHKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (opgegaan in Prismant)
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VOVV	Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verpleegkundige Vervolgopleidingen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
WEZ	Wet exploitatie zorginstellingen
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHWO	Wet op het hoger wetenschappelijk onderwijs
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector.
WO	Wetenschappelijk onderwijs
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

## Bijlage 6

### Literatuur

Ankoné, A. Burger acht kwaliteitscontrole eerder taak van zorgverzekeraars dan van medici. ZetN, 2000, februari, p. 25-27

Ankoné, A. De versnippering van het medisch beroep. Medisch Contact, 55, 2000, no. 19, p. 693-696.

Ankoné, A. District ter discussie: regionale ondersteuningsstructuur van specialisten gaat dor ondanks kritiek. Medisch Contact, 55, 2000, no. 27/28, p. 1000-1003.

Ankoné, A. Het ziekenhuis van de toekomst: een octopus in de samenleving. Medisch Contact, 53, 1998, no. 48, p. 1531-1543.

Beijers, R.J.B. en P.G. de Vries. Het project 'Verkorting van doorstroomtijden'. ZM Magazine, 2000, no. 5, p. 8-11.

Bemelmans, B. Verpleegkundigen en artsen zijn gelijkwaardige teamgenoten. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2000, no. 8, 247-248.

Berg van den, M.M. Academische Ziekenhuizen. Handboek Structuur en financiering gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Bleker, O.P. en G.H. Blijham. Te oud, te knap en te duur: opleiding tot medisch specialist kan veel korter. Medisch Contact, 54, 1999, no. 36, p. 1201-1203.

Bleker, O.P. en G.H. Blijham. Zorgen voor morgen: een perspectief op de opleiding van medisch specialisten. Medisch Contact, 54, 1999, no. 11, p. 384-385.

Blijham, G.H. How will the hospital survive in the next millennium. The Netherlands Journal of Medicine, 1999, no. 55, p. 257-260.

Blitterswijk, C. van en H. Herklots.  
Vervangingsgeneeskunde: lichaamseigen cellen kweken op poliklinische basis. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 29-31.

Boersma, S. Aanbodbepaling intramurale gezondheidszorg: de WZV. Handboek Structuur en financiering gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Bruin, E.M. de, W.H. Cense en N.S. Klazinga. Passende medische zorg: artsen worden gepolst over aanbevelingen KNMG-project. Medisch Contact, 55, 2000, no. 26, p. 979-981.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1999. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Coebergh, J.W.W. De staat van de volksgezondheid in 2015: beeldvorming versus harde cijfers. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 105-111.

College voor ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets inzake het ziekenhuis in de toekomst. Utrecht: CvZ, 1998.

Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Rijswijk; Zoetermeer: Ministerie van VWS: Ministerie van OC&W, 1996.

Commissie modernisering curatieve zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg. Rijswijk: Commissie modernisering curatieve zorg, 1994.

Commissie Profilering klinische research. Academische ziekenhuizen als werkplaats voor onderzoek. Eerste advies. Den Haag: Commissie Profilering klinische research, 1992

Consumentenbond. In het ziekenhuis: patiënt of klant?: vergelijkende pilotstudie in de provincie Utrecht. Den Haag: Consumentenbond, 1999,

Crommentuyn, R. Lastige klanten: ziekenhuizen behandelen psychiatrische patiënten vaak slecht. Medisch Contact, 55, 2000, no. 16, p. 572-575.

Croonen, F.J.M. en A.M. Nouwen. Meerlocatie-ziekenhuis: kans of onmogelijkheid? ZM Magazine, 2000, no. 7/8, p. 2-6.

Delft, S. van. Scheve verhoudingen: de fusiegolf van ziekenhuizen. Zorgvisie, 30, 2000. no. 4, p. 26-27.

Dillmann, R.J.M. en F.B.M. Sanders. Na het gisten het brood. Medisch Contact, 55, 2000, no. 35, p. 1180-1183.

Dunning, J. Wat als...? A.J. Dunning over de onvoorspelbare en onvoorstelbare voortgang van de geneeskunde. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 112-114.

Es, A. van en S. Sijmonsma. Hobbels in de thuiszorgtechnologie: regelgeving belemmert een optimale kwaliteit van zorg. TVZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2000, no. 9, p. 280-282.

Euser, L. en F.J.M. Croonen. Draagvlak voor de visie op toekomstige ziekenhuiszorg. ZM Magazine, 1998, no. 10, p. 16-19.

Franken, B. Het programma 'Verdelingsvraagstukken' en business process redesign. ZM Magazine, no. 5, p. 4-6.

Galjaard, H. Verschuivende grenzen. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 71.

Gezondheidsraad. Ontwerp-planningsbesluit radiotherapie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000a.

Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000b.

Goossen, J.H. en J. de Vries. Met extra geld geen kortere wachlijsten: de lessen die ziekenhuis Hilversum heeft geleerd. *Medisch Contact*, 55, 2000, no. 37, p. 1275-1278.

Gouw, J.M.M. de en T. de Vries. Techno-society of technocratie: invloed van technologie op de organisatie van de gezondheidszorg. Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1996. Beschouwing naar aanleiding van een studiereis naar de VS van 8-14 februari 1996.

Grypdonck, M. De Nurse Practitioner: meer dan een nieuwe hype in de Nederlandse geneeskunde? *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2000, no. 10, p. 299-301.

Heyden, J.T.M. van der en J.C.L. van der Hoeve. Professionele autonomie, positionering en beleidsparticipatie: een delicate trias medical. *Medisch Contact*, 52, 1997, no. 11, p. 355.

Heyden, J.T.M. van der en J.C.L. van der Hoeve. Professionele verantwoordelijkheid en professionele autonomie: een onafscheidelijk duo. *Medisch Contact*, 53, 1998, no. 16, p. 540.

Hoefnagels, K.L.J. Specialist en verpleegkundigen: de pijlers van de ziekenhuiszorg: een terugblik. *Medisch Contact*, 52, 1997, no. 21, p. 651.

Hoorebeke, F. van. Zullen er nog verpleegkundigen nodig zijn?: over veranderingen die de toekomst zullen bepalen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 2000, no. 3, p. 75-77.

Hubben, J.H. en Meulemans, E.W.M. De Integratiewet; gewijzigde verhouding ziekenhuis-specialist-patiënt-verzekeraar. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1999, no. 6, p. 346-358.

Huijsman, R. en M.G. Boekholdt. Samenhangend zorgbeleid in de regio en voor doelgroepen: ketenzorg als strategisch domein. ZM Magazine, 2000, no. 11, p. 14-18.

Khan, Ph.S. Ziekenhuis en specialist herzien hun relatie. Medisch Contact, 55, 2000, no. 26, p. 983-985.

Lanschot, J.J.B. van, et al. Het belang van regionale chirurgische netwerken. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 144, 2000, no. 24, p. 1148-1152.

Lems, P. Het ziekenhuis in de 21<sup>e</sup> eeuw: een aanzet tot discussie. Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1990.

Lindert, H. van, D. Delnoij en P. Groenewegen. Specialisten in het lijnmanagement: organisatorische integratie. Zorgvisie, 1999, no. 7, p. 14-16.

Lindert, H., D. Delnoij en P. Groenewegen. Specialisten in het lijnmanagement: organisatorische integratie. Zorgvisie, 1999, no. 7, p. 14-16.

Maassen, H. Inzicht in de vraag naar dokters: directeur drs. H.J. Leliefeld en voorzitter prof. dr. P.E. Postmus over het Capaciteitsorgaan. Medisch Contact, 2000, 55, no. 21, p. 764-767.

Maassen, H. Sneller en beter: doorstroomtijden niet-acute patiënten aanzienlijk verkort. Medisch Contact, 55, 2000, no. 11, p. 390.

Maljers, J. Het nieuwe Deventer Ziekenhuis: vraaggestuurd in zorg, bouw en organisatie. Deventer: Deventer Ziekenhuis, 1999.

Maljers, J.F. Patiëntenlogistiek: de praktische uitwerking van zorgproducten? Handboek sturen met zorgproducten. S.l.: s.n., 1998.

Marinker, M. Een blik en een sprong in de toekomst: ziekte en gezondheid opnieuw gedefinieerd. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 6-9.

MDW-werkgroep Ziekenhuiszorg (voorzitter L. Koopmans).  
Het ziekenhuis ontketend. S.l.: s.n., 1996.

Medisch specialisten registratie commissie (MSRC/KNMG).  
Rapport opleidingen en assistentenbestand van door de  
MSRC erkende opleidingsinrichtingen per 1-1-1999.  
Utrecht:  
MSRC/KNMG, 1999.

Meyboom-de Jong, B. en J. Buis (eindred.) Zorg na een  
beroerte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verslag  
aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede kamer  
der Staten-Generaal over bezoekronde grotere ziekenhuizen  
d.d. 31 maart 2000. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Het  
Kennisnetwerk: de technologische kennisinfrastructuur van  
Nederland. Zoetermeer: Ministerie van OC&W, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief  
aan de Stichting Ziekenhuiszorg Westelijke Mijnstreek  
betreft concentratienieuwbouw d.d. 3 mei 1999. Den Haag:  
Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief  
aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
betreft streefnormering wachttijden curatieve zorg d.d. 14  
maart 2000. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief  
aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal betreft reactie op brieven van  
Huisartsenvereniging Noord Oost Twente etc. inzake  
organisatieveranderingen van het St. Elisabeth Ziekenhuis te  
Venray d.d. 21 juni 2000. Den Haag: Ministerie van VWS,  
2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief  
aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor



Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreft Arbeidsrelevante aandoeningen d.d. 31 mei 2000. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van het College Tarieven Gezondheidszorg betreft bekostiging ziekenhuiszorg, d.d. 16 maart 2000. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het ziekenhuis: 'a human enterprise?': rapportage van de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg aan de minister van VWS. Rijswijk: VWS, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Over maatschappelijk ondernemen in 'a human enterprise': rapportages m.b.t. traject ziekenhuiszorg in het kader van de operatie MDW. Rijswijk: VWS, 1999.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: VWS, 2000.

Mol, A. Met twijfel leven. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 9.

Montfort, A.P.W.P. van en L.J.R. Vandermeulen. Ziekenhuizen: medische bedrijven. Handboek Structuur en financiering gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Nederhof, P., M.H. van Amersfoort en M.E.M. van Dijen. BPR als aanpak voor het herontwerpen van zorgprocessen. ZM Magazine, no. 5, p. 12-16.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Perspectieven voor de specialist van overmorgen: het algemene ziekenhuis als integrerend kader voor de medisch specialistische zorgverlening. Utrecht: NVZ, 1992.

Nieuwenhuijzen Kruseman, A.C. Numerus fixus moet blijven. Medisch Contact, 55, 2000, no. 39, p. 1365.

NIVEL. Samenvatting van twee NIVEL-onderzoeken: Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000; Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.

NIVEL/Prismant/OSA. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000. Tilburg: OSA, 2000.

NVZ vereniging van ziekenhuizen. Bouwen aan zorgketens: over transmurale zorg en ziekenhuizen. Branchebeeld ziekenhuizen 1998-1999. Utrecht: NVZ, 1998.

Nijkamp, P. i.s.m. Bovenberg, A.L. en L. Soete. Kennis is kracht: het belang van goede kennisinfrastructuur in Nederland. Notitie op verzoek van de minister van OC&W. Zoetermeer: Ministerie van OC&W, 2000.

NZi, instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg. House staff. Utrecht: NZi, 1988.

Ommen, G.J.B. van. Het humane-genoomproject: de toekomst van diagnostiek, behandeling en preventie. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 43-48.

Oorschot, J.A. van, et al. Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen: Van Gorcum, 1995.

Orde van Medisch Specialisten. ALV accordeert modeltoelatingsovereenkomst. Utrecht: OMS, 2000, no. 7.

Otten, R. De koning is dood, leve de koning!: de patiënt van de toekomst wil geen arts uit de Middeleeuwen. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 74-76.

Oyen, F.G.P.H., A.J.M. Roex en M.L.C. Telgenkamp. Fusiekoorts in ziekenhuisland: feiten en fricties ontrafeld. Medisch Contact, 55, 2000, no. 37, p. 1282-1284.

Pasch, T. van de. Het 'ziekenhuis' van de 21<sup>ste</sup> eeuw: uitdagingen voor verpleegkundigen in een nieuw gezondheidszorgaanbod. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2000, no. 4, p. 113-116.

Plochg, Th., N.S. Klazinga en A.F. Casparie. Het medisch-specialistische mozaïek: een 'dubbele' integratie tussen de medische beroepsgroep en de ziekenhuisorganisaties. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, 1998.

PricewaterhouseCoopers. Zorg belast: categorisering van de administratieve lasten. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2000.

PricewaterhouseCoopers. Zorg belast: gefragmenteerde beleidsvorming in de zorg leidt tot administratieve lasten. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2000.

Prismant. Instellingen van intramurale gezondheidszorg: basisgegevens per 1-1-2000. Utrecht: Prismant, 2000a.

Prismant. Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen: resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 2000. Utrecht: Prismant, 2000b.

Pronk, E. Zorgontwikkeling met wetenschap: innovatie in Leidsche Rijn. Medisch Contact, 2000, 55, no. 11, p. 380-382.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Europa en de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geestelijke gezondheidszorg in de 21<sup>e</sup> eeuw. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer, RVZ, 1998a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Patiënt en Internet. Zoetermeer: RVZ, 2000b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000c.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998b.

Raaijmakers, J.A.M. Therapie van de toekomst: geneesmiddelen in 2025. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 16-20.

Rikken, S.A.J.J. en D.H. de Bakker. Transmurale afstemming in farmacotherapie: onderwerpskeuze bepaalt mede het succes. Medisch Contact, 53, 1998, no. 11, p. 364-366.

Robillard, G.T. en M.A. Schoondorp. Moleculen als chirurg?: de ontwikkeling van de nanotechnologie. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 22-26.

Schellekens, W.M.L.C.M. Een passie voor patiënten: Vijfde European Forum On Quality Improvement In Health Care. Medisch Contact, 55, 2000, no. 12, p. 412.

Schellekens, W.M.L.C.M. Op de mens gerichte, geordende zorg kan veel lijden voorkomen. HMF, 2000, no. 3.

Schnabel, P. Leven zonder ziekten: een derde transitie in het derde millennium. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 94-97.

Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten. Integratie van medisch specialisten. Medisch Contact, 55, 2000, no. 16, p. 591.

Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten. Organisatie-ontwerpen voor het ziekenhuis. Management en Organisatie, 1997, no. 6, p. 7-23.

SIG Zorginformatie. *Zorg in zicht*. Utrecht: SIG, 1994.  
Speaking notes van de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, mevrouw dr. E. Borst-Eilers ter  
gelegenheid van de Wetenschapsdag van de Orde van  
Medisch Wetenschappelijk Specialisten op donderdag 30  
september 1999 in Rotterdam. Den Haag: Ministerie van  
VWS, 1999.

Spijker, T. en M. Niehuis. De positionering van de  
verpleegkundig specialist: over de noodzaak van een  
academisch opleidingsniveau. *Tijdschrift voor  
Verpleegkundigen*, 2000, no. 7, p. 203-204.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit 22  
juni 199 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit  
ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier  
verzekerden en twee andere koninklijke besluiten in verband  
met de inwerkingtreding van de Wet van 24 december 1998  
tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de  
toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het  
invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg,  
verleend door of vanwege een ziekenhuis (Stb. 1999, 16).  
Den Haag: Sdu Uitgevers, Staatsblad 1999, 272.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Wet van 24  
december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de  
Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband  
met het invoeren van de aanspraak op medisch-  
specialistische zorg, verleend door of vanwege een  
ziekenhuis. Den Haag: Sdu Uitgevers, Staatsblad 1999, 16.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.  
Toekomstbeelden van de curatieve zorg: een eerste scenario-  
analyse. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Tilburg, W. van. Generalisatie versus specialisatie.  
*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 2000, no. 4, p. 225-228.

Tonino, A. Snijden in kwaliteit: kan verkorte opleiding  
specialisten kwaliteit waarborgen? *Medisch Contact*, 54,  
1999, no. 22, p. 806-807.

Tulleken, C.A.F. Brein en computer werken samen. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 48.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26517-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Curatieve zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998. No. 23619-15.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Marktconcentraties in de zorgsector. Brief betreft het kabinetsstandpunt IBO-marktconcentraties in de zorgsector. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 27226-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota Zicht op zorg. Plan aanpak modernisering AWBZ. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26631-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Notitie Positionering Academische Ziekenhuizen (inclusief eindrapport). Interdepartementale beleidsonderzoeks-werkgroep Academische ziekenhuizen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 262765-1 (ter inzage gelegd stuk).

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000: brief van de minister van VWS over de eventuele uitvoering van de motie Buijs nav fusies van ziekenhuisvoorzieningen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 26800 XVI-85.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000; Positionering academische ziekenhuizen: verslag van een algemeen overleg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 26800 XVI en 26275-91.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Bekostiging ziekenhuiszorg. Brief en rapport van de Algemene Rekenkamer. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27490-1, 2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota over de toestand van 's Rijks Financiën. Brief van de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27400-36.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1996: brief van de minister van VWS over flexibilisering van de Ziekenfondswet. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1995-1996. No. 24400 XVI-98.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Voorjaarsbrief Zorg 2000: rapportage uitvoering meerjarenafspraken. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 27113-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Wachttijden in de curatieve zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998, No. 25170-5, 6 en 11.

Vafi, A.A. De (on)mogelijkheden tot bezuinigen voor medisch specialisten: autonome imperatieven in het zorgproces. Medisch Contact, 51, 1996, no. 48, p. 1563.

Vandermeulen, L.J.R. (red.) Doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen: medisch of calculerend?: een internationaal inventariserend onderzoek naar de beweegredenen van algemene en academische ziekenhuizen om patiënten naar elkaar door te verwijzen. Utrecht: NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, 1997.

Velden, L.F.J. van der, L. Hingstman en P.P. Groenewegen. Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg: knelpunten en oplossingen. In: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor

de Volksgezondheid en Zorg. Achtergrondstudies bij het advies Zorgarbeid in de toekomst. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1999.

Vierhout, P.A.M. Het heft in handen: oratie prof. dr. P.A.M. Vierhout. Medisch Contact, 53, 1998, no. 46, p. 1472-1474.

Visser, M.R.M., et al. Motiverende en demotiverende aspecten van het beroep van medisch specialist: een landelijk onderzoek. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, afdeling Medische Psychologie, 1999.

Vlaming, I. De patiënt is koning. Medisch Contact, 53, 1998, no. 51/52, p. 1658.

Vries, A.R. de. Radiologie gaat digitaal. Medisch Contact, 55, 2000, no. 20, p. 744.

Vries, T. de en J.M.M. de Gouw. Telegeneeskunde is de toekomst: meer consulten via de elektronische weg. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 82-85.

Waal, M.A.E. van der, C.J. Lako en A.F. Casparie. Voorkeuren voor aspecten van zorg met betrekking tot de kwaliteit: een onderzoek bij specialisten en bij patiënten met een chronische aandoening. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmusuniversiteit, 1993.

Wildevuur, S.E. De verlengde arm van de chirurg: van een open- naar een geslotenhartoperatie. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 39-42.

Wildevuur, S.E. Voor iedere patiënt het juiste medicijn: George Poste bouwt aan pharmacogenomics. Medisch Contact, jubileumspecial Geneeskunst in de 21<sup>e</sup> eeuw, 13 november 1999, p. 63-66.

Wilson, C.B. The impact of medical technologies on the future of hospitals. British Medical Journal, 319, 13 november 1999, p. 1.



Ziekenfondsraad. Rapport flexibilisering van de Ziekenfondswet. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996.

Ziekenfondsraad. Tussentijds rapport Tijdelijke subsidieregeling vervangende hulp ziekenfondsverzekering. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997.

Ziekenhuisketen, de en Ernst & Young Consulting. Eindrapport project Verkorting van Doorstroomtijden; herontwerp van zorgprocessen door Business Process Redesign. Utrecht: De Ziekenhuisketen; Ernst & Young Consulting, 1999.

Zorgverzekeraars Nederland. Akkoord over toelatingsovereenkomst specialisten-ziekenhuis. ZN Journaal, 2000, no. 21, p. 9.



## Bijlage 7

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 245,-.

#### Adviezen en achtergrondstudies

00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	42,50
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00
00/03	De rollen verdeeld	30,00
99/26	Care en cure	25,00
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	25,00
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie	25,00

bij Europa en de gezondheidszorg)

99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/10E	Europe and health care	30,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00

97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00

96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
-------	---------------------------	-------

**Bijzondere publicaties**

99/24	Evaluatie en actie	gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00

95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis

	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	39,50
--	---	-------

	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	39,50
--	--	-------

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop postbus 200014, 2500 EA Den Haag, telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

**Werkprogramma's**

00/02	Werkprogramma 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

**Jaarverslagen**

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

**Magazines**

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50