

Vertrouwen in de arts

Achtergrondstudies



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Prof. dr. W.N.J. Groot

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mr. A.A. Westerlaken

Prof. dr. D.L. Willems

Vertrouwen in de arts

Achtergrondstudies

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het advies Vertrouwen in de arts

Den Haag, 2007

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: WPT, Rijswijk
Uitgave: 2007
ISBN-13: 978-90-5732-181-8

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 07/03.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
1	Medisch specialisten en het ziekenhuis Drs. J. van Hasselt, RVZ	9
2	De gevolgen van de stelselwijziging voor de professionele autonomie van de arts. Loopt de patiënt risico's? Een beschrijving. Dr. H.J. van der Steeg, Van Der Steeg inConsult	33
3	Medisch professionele autonomie tussen markt en staat: artsen op een tweesprong of in spagaat? Drs. F.L.J. Tjadens, NIZW	55
4	Interne hygiëne Mw. dr. W.G.M. van der Kraan, RVZ	159
5	Professionaliteit door de ogen van de professional Mw. dr. W.G.M. van der Kraan, RVZ	183
	Bijlagen	201
	Lijst van afkortingen	213
	Overzicht publicaties RVZ	214

Voorwoord

In deze bundel treft u een aantal achtergrondstudies aan, die geschreven zijn ten behoeve van het RVZ-advies *Vertrouwen in de arts*. In dat advies is het centrale thema dat de arts in het nieuwe zorgstelsel meer dan voorheen de belangen van individuele patiënten moet afwegen tegen andere belangen. Voorbeelden van die belangen zijn:

- het belang van de arts bij een privéleven;
- het belang van andere patiënten bij de inzet van tijd en middelen;
- financiële, organisatorische en maatschappelijke belangen van zorginstelling en andere samenwerkingsverbanden;
- zakelijke en commerciële belangen van henzelf en andere partijen.

De overheid gaat ervan uit dat artsen tot deze belangenafweging in staat zijn zonder dat het belang van de individuele patiëntenzorg en het vertrouwen van de bevolking daaronder te lijden hebben. Die verwachting is gebaseerd op de kracht van de professionele ethiek en het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep. De vraag is echter of die verwachting gerechtvaardigd is en mocht dat niet (geheel) het geval zijn, wat dan nodig is om het belang van de patiënt en het vertrouwen van de bevolking te waarborgen.

In zijn advies zegt de RVZ dat de patiënt zich met een gerust hart aan de arts moet kunnen toevertrouwen, juist in levensbedreigende situaties. Dat is een publiek goed, dat moet worden beschermd. Gelukkig, voor de Nederlandse arts komt de patiënt op de eerste plaats. Vakkennis en -kunde, integriteit, verantwoording afleggen aan zijn patiënt en handelen overeenkomstig de professionele standaard zijn voor hem belangrijk. Hij wil zijn kennis en kunde voor zijn patiënten kunnen inzetten. En daarom wil hij zelf kunnen beslissen over de diagnose en behandeling van zijn patiënten. Dit blijkt uit een enquête die de RVZ en de KNMG gezamenlijk hebben gehouden onder Nederlandse artsen. De uitkomsten van deze enquête treft u aan in achtergrondstudie nr. 3, *Professionaliteit door de ogen van de professional*, van de hand van mw. dr. W.G.M. van der Kraan, RVZ.

Maar hoe autonoom is de arts nog? Met die vraag hebben we onder andere dr. H.J. van der Steeg, verbonden aan Van Der Steeg inConsult, op pad gestuurd. Hij heeft hierover met medisch specialisten, huisartsen en ziekenhuisdirecteuren gesproken en zijn bevindingen neergelegd in achtergrondstudie nr. 4, *De gevolgen van de stelselwijziging voor de professionele autonomie van de arts. Loopt de patiënt risico's? Een beschrijving*. We zien dat de patiënt zijn eigen inbreng heeft. De arts moet zich aan protocollen houden. Niet alles is financieel mogelijk. De arts werkt steeds meer in teamverband en hij moet anderen kunnen uitleggen wat hij doet. Dus: hoezo autonoom? Inderdaad. Er zijn beperkingen en die zijn

meestal gerechtvaardigd. Maar uiteindelijk vertrouwt de patiënt zich aan de arts toe en niet aan de ziekenhuisdirecteur, de zorgverzekeraar of de beleidsambtenaar.

Ons advies laat zien dat alle betrokkenen het belang onderkennen van de vakinhoudelijke autonomie van de arts, maar die autonomie wel steeds meer inkaderen. Dat brengt het risico met zich mee dat de arts zijn vrijheid van handelen toch verliest. Het is dit risico dat nadere borging verdient. Vooral een blik over de grenzen maakt duidelijk dat het niet om denkbeeldige risico's gaat. Wij hebben drs. F.L.J. Tjadens, verbonden aan het NIZW en thans aan Vilans, gevraagd om de situatie in drie landen nader te onderzoeken: de V.S., Duitsland en Zweden. Zijn rapport hierover vindt u in achtergrondstudie nr. 5: *Medisch professionele autonomie tussen markt en staat: artsen op een tweesprong of in spagaat?*

De RVZ richt zich in zijn aanbevelingen zowel tot de beroepsgroep als tot de andere betrokken partijen: patiënten, instellingen, zorgverzekeraars en ook tot de overheid in haar rol van systeemverantwoordelijke. Borging van vakinhoudelijke autonomie moet geen defensieve activiteit van de beroepsgroep zijn, maar het resultaat van een gezamenlijk commitment van belanghebbende partijen en individuen.

Wij vinden dat de beroepsgroep in de eerste plaats de hand in eigen boezem moet steken. Zorg voor een goede naleving van richtlijnen en standaarden en maak een eind aan het vrijblijvend karakter van het interne kwaliteitsbeleid. Zie hiervoor achtergrondstudie nr. 1, *Interne hygiëne*, van mw. dr. W.G.M. van der Kraan, RVZ. Wij vinden verder dat de beroepsgroep moet meewerken aan een transparant verantwoordingsstelsel en vooral moet zorgen voor een betere multidisciplinaire samenwerking. Medische zorg vergt steeds meer afstemming en samenwerking. Dat maar 25% van de bevolking vindt dat artsen goed samenwerken, is alarmerend. Alarmerend is ook de constatering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Staat van de Gezondheidszorg 2006) dat de gebrekkige samenwerking en communicatie tussen zorgverleners onderling een van de grootste risico's in de zorg is.

Wij bepleiten verder dat artsen, andere beroepsbeoefenaren, instellingen, patiënten en verzekeraars zich inspannen om gezamenlijk afspraken te maken over richtlijnen en zorgstandaarden. Andere partijen moeten ook transparant zijn over hun bemoeienis met de beroepsuitoefening van artsen. Hierover is meer te lezen in de eerdergenoemde achtergrondstudie nr. 4 van dr. H.J. van der Steeg en achtergrondstudie nr. 1, *Medisch specialisten en het ziekenhuis*, van drs. J. van Hasselt, werkzaam bij de RVZ. We pleiten verder in ons advies voor een periodiek overleg tussen betrokkenen over de praktijk van het verstrekkingenbeleid. Borgen is niet alleen sterk staan en met elkaar afspraken maken, maar ook zekerheid geven. De overheid kan daar volgens de RVZ onder andere

aan bijdragen door ervoor te zorgen dat de toepassing van richtlijnen en standaarden integraal via het basispakket wordt vergoed. De onderbouwing van deze aanbeveling vindt u in bijlage 3 van het advies, evenals de onderbouwing van onze aanbeveling om dure genees- en hulpmiddelen kostendekkend te vergoeden in budgetten dan wel DBC's. Tevens bepleiten we de instelling van een meldpunt bij de Inspectie, waar anoniem beperkingen van de vakinhoudelijke autonomie kunnen worden gemeld. We vinden zo'n meldpunt belangrijk, omdat de Inspectie hierdoor de vinger aan de pols kan houden en eventuele negatieve ontwikkelingen tijdig kan signaleren.

Medisch specialisten en het ziekenhuis

Drs. J. van Hasselt
RVZ

Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
2	Korte schets van de huidige situatie	12
3	De recente ontwikkelingen tot nu toe	13
4	De huidige situatie met blik op de toekomst	16
5	Samenvatting verwachte toekomstige ontwikkelingen	24
6	Discussie	27
	Literatuur	30

1 Inleiding

Medisch specialisten en ziekenhuizen zijn door de jaren heen tot elkaar veroordeeld geweest. Nog steeds is dit het geval, maar in de verhoudingen lijkt verandering te komen. De introductie van marktwerking in de medisch-specialistische zorg is één van de aanleidingen. Een andere oorzaak is het veranderende wensen- en verwachtingenpatroon van medisch specialisten waar het gaat om aard en omvang van de beroepsuitoefening.

Deze bijlage heeft de veranderende relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen in Nederland als onderwerp. Ze is gebaseerd op recente literatuur hierover. De bijlage is geschreven in het kader van de voorbereiding van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over 'Zorgprofessionals'.

De bijlage start in paragraaf 2 met een korte schets van de huidige situatie in de medisch specialistische zorg. Paragraaf 3 geeft een beknopt overzicht van relevante ontwikkelingen vanaf ongeveer het midden van de vorige eeuw, die tot de huidige situatie hebben geleid. Het vervolg van de bijlage besteedt aandacht aan de toekomst van de medisch specialistische zorg. Paragraaf 4 gaat in op een aantal relevante recente publicaties op dit terrein. Het betreft zowel publicaties vanuit de koepelorganen van respectievelijk ziekenhuizen en medisch specialisten als van derden. Paragraaf 5 vat de toekomstverwachtingen samen. De bijlage sluit in paragraaf 6 af met een korte discussie.

2 Korte schets van de huidige situatie

Werkterrein medisch specialisten

Het grootste deel van de medisch specialisten in Nederland, werkt momenteel in een ziekenhuis. In algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen of categorale ziekenhuizen. Verder zijn ze werkzaam in kleinschalige arrangementen als zelfstandige behandelcentra en privé-kliniek die de laatste jaren in toenemende mate tot stand komen. Daarnaast kunnen specialisten hun werk ook uitvoeren in een eigen praktijk aan huis.

Voor zover medisch specialisten werkzaam zijn in een ziekenhuis, hebben zij hiermee een relatie. Zij werken in dienstverband of op basis van een toelatingsovereenkomst. Laatstbedoelde specialisten worden wel 'vrijgevestigde specialisten' genoemd. Bij specialisten in dienstverband kan er sprake zijn van een ambtelijke status, zoals in de academische ziekenhuizen of een arbeidsovereenkomst (zogenoemde arbeidsovereenkomst medisch specialist).

Verschillend perspectief

Er is al lange tijd discussie over de positie van medisch specialisten in ziekenhuizen. Daarin spelen verschillende factoren een rol, die nu eens meer, dan weer minder accent krijgen. Vanuit patiëntenperspectief zijn de laatste jaren vooral de toenemende vraag naar zowel basale als bijzondere ziekenhuiszorg, de kritischer houding van patiënten en de meer complexe zorgvraag van belang. Aan de zijde van de ziekenhuizen spelen in het bijzonder kwaliteits- en financieringsaspecten en de behoefte aan grotere doelmatigheid en doeltreffendheid een rol. Vanuit het gezichtspunt van medisch specialisten zijn dezelfde aspecten van belang, met daarbij ook beroepsgebonden wensen en verwachtingen zoals het behoud van professionele autonomie en een toenemende belangstelling voor parttime werk. Verzekeraars zijn vooral geïnteresseerd in kosten- en kwaliteitsaspecten en zij bekijken doelmatigheid en doeltreffendheid vanuit dat perspectief. Voor de overheid zijn tenslotte alle genoemde aspecten van belang, met een accent op garanties voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de specialistische zorg.

Hoofdvorm

Vrije vestiging van medisch specialisten is door de jaren heen het hoofdmodel geweest. Hoewel de overheid al vanaf ongeveer 1970 pleit voor een dienstverband tussen medisch specialisten en ziekenhuizen, zijn de meeste specialisten ook nu nog vrij gevestigd. Wel is de binding van vrijgevestigde specialisten aan het ziekenhuis verstevigd. Stafvorming van specialisten in ziekenhuizen heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld. Verder is de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen aan protocollen gebonden. Via een toelatingscontract is het recht van de individuele vrijgevestigde specialisten om in een bepaald ziekenhuis te werken geregeld. Een document van de medische staf legt in veel gevallen afspraken vast over de relatie tussen de medische staf en het ziekenhuisbestuur. Over beide aspecten later meer.

3 De recente ontwikkelingen tot nu toe

'Open' ziekenhuizen

Zoals gezegd hebben de meeste medisch specialisten momenteel het ziekenhuis als (hoofd)werkplaats. De specialisten hebben een vaste relatie met één of meer ziekenhuizen. In een iets verder verleden was dit nog niet zo. Rond het midden van de vorige eeuw behoorde 75% van de ziekenhuizen in Nederland tot het zogenoemde 'open type'.¹ Alle medisch specialisten uit de omgeving van het ziekenhuis konden hun patiënten daar behandelen en laten opnemen. De ziekenhuizen boden de noodzakelijke capaciteit en faciliteiten voor onderzoek en behandeling van patiënten door medisch specialisten uit de regio. Specialisten waren veelal nog niet gebonden aan een specifiek ziekenhuis. Ze hadden geen directe betrokkenheid bij de organisatie van het ziekenhuis en bij de structurering van de zorgverlening aldaar. Ook was er vaak nog geen georganiseerde medische staf.

Ontwikkeling medische staf

Het belang van de binding van specialisten aan ziekenhuizen werd zowel door specialisten als ziekenhuizen en overheid al vroeg ingezien. In 1960 leverde de toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van medische staven in ziekenhuizen. Zij stelde een toelatingscontract voor medisch specialisten en een stafreglement vast. Door stafvorming werden 'open' ziekenhuizen geleidelijk omgevormd tot 'gesloten ziekenhuizen'. De medische staf was steeds vaker strikt gebonden aan een specifiek ziekenhuis. Alleen medisch specialisten die tot de staf van een ziekenhuis behoorden, konden hun patiënten in dat ziekenhuis behandelen en laten opnemen.

Ontwikkeling maatschappen

Naast stafvorming had ook de ontwikkeling van maatschappen van medisch specialisten een grote invloed op het integratieproces in ziekenhuizen. Maatschapvorming heeft vooral vanaf 1970 een grote vlucht genomen.² Het gaat hierbij om samenwerking tussen twee of meer medisch specialisten. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat in 2001 83% van de medische staven georganiseerd was in de vorm van een vereniging.³

Ontwikkeling bestuur en management

De samenstelling van de directie van ziekenhuizen veranderde eveneens. Aanvankelijk was in de meeste gevallen sprake van een éénhoofdige directie: de geneesheer directeur, altijd een medicus. Geleidelijk aan transformeerde en professionaliseerde de eenhoofdige directie naar een meerhoofdige bestuursmodel. Naast een medisch directeur deden meestal een verpleegkundig en economisch directeur hun intrede.

Vanaf 1970 transformeerden de directies geleidelijk naar een Raad van Bestuur/Raad van Toezicht model. In dit bestuursmodel dat vandaag de

dag gemeengoed is, bestaat een afstand tussen bestuur en directie. Met de verandering van bestuursmodel werd geleidelijk ook het management in de ziekenhuizen belangrijker. Op diverse niveaus in de ziekenhuizen werden managers aangesteld die in veel gevallen een zorginhoudelijke achtergrond hadden, maar soms ook professioneel manager waren.

Tegelijkertijd raakten de medisch specialisten steeds meer organisatorisch ingebed in het ziekenhuis. Voor de vormgeving van deze inbedding kwamen verschillende modellen tot ontwikkeling die een meer of minder grote mate van integratie inhielden. In veel gevallen kwamen duale organisatiemodellen tot stand, waarin de zorginhoudelijke en organisatorische verantwoordelijkheden gescheiden waren.

Ziekenhuisbudgettering

De aanvankelijk vooral zorginhoudelijke relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis veranderde na invoering van de ziekenhuisbudgettering in 1983. Ziekenhuizen waren vanaf dat moment gebonden aan een vast budget dat op een bepaalde wijze tot stand kwam. Hierdoor ontstond als vanzelf een conflict van belangen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. De ziekenhuizen waren nu gedwongen ernaar te streven de zorgkosten te beperken. Dit kon voor medisch specialisten betekenen dat zij beknot werden in hun vrijheid van handelen. De ziekenhuisbudgettering heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de vormgeving van de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen.

Geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

De Commissie modernisering curatieve zorg (Cie. Biesheuvel) kwam in 1994 met de aanbeveling medisch specialisten te integreren in de ziekenhuisorganisatie door de ontwikkeling van een 'Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf'. Dit GMSB heeft in de daaropvolgende jaren geleidelijk invoering gevonden. Het is momenteel het meest voorkomende organisatiemodel in ziekenhuizen. De geleverde zorg wordt gezien als gezamenlijke verantwoordelijkheid van de medisch specialisten en het ziekenhuis. De integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie heeft alleen kans van slagen wanneer de specialisten ook integreren in de medische staf.⁴ Een krachtige medische staf die in staat is besluiten te nemen kan voldoende countervailing power realiseren in het ziekenhuis.

Het proces waarin de structuur van ziekenhuizen wordt veranderd en specialisten meer geïntegreerd raken in het ziekenhuismanagement, wordt meestal aangeduid als 'kanteling'. In veel ziekenhuizen heeft in de negentiger jaren een kantelingsproces plaatsgevonden. Doel van de kanteling was vooral verbetering van patiëntenzorg en verbetering van de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. In de meeste gevallen heeft dit geleid tot het vervangen van de dienstenstructuur in het ziekenhuis door een meer patiëntgeoriënteerde vorm waarin de patiëntenzorg gestructureerd

is in clusters of werkeenheden. In de meeste ziekenhuizen is het kantelingsproces top down doorgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.⁵

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten hebben in 2002 gezamenlijk een Model toelatingsovereenkomst (MTO)⁶ opgesteld, waarin waarborgen zijn opgenomen voor de autonomie van de medisch specialist. Meer dan 90% van de vrijgevestigde specialisten maakt van dit model gebruik. Het gaat om een individuele overeenkomst tussen de specialist en het ziekenhuis. Naast het MTO is een Document Medische Staf (DMS) ontwikkeld. Beide regelingen hangen met elkaar samen. Het MTO is een individuele overeenkomst tussen een vrijgevestigde medisch specialist en het ziekenhuis. Het DMS vormt een collectieve overeenkomst tussen de medische staf en het ziekenhuis.

4 De huidige situatie met blik op de toekomst

Inleiding

De laatste jaren heeft zich een aantal veranderingen voltrokken in de wereld van de medisch-specialistische zorg. Veranderingen in het aanbod van de zorg als zodanig en in het denken over de vormgeving van ziekenhuizen en andere behandelcentra en de rol en positie van medisch specialisten daarbij. De introductie van marktwerking in de zorg speelt hierbij een cruciale rol. Maar ook ontwikkelingen in het denken over zorgverlening, de omslag van aanbod- naar vraagsturing en veranderingen in de zorgvraag.

Op dit moment is sprake van een veld in ontwikkeling. Mogelijke richtingen worden verkend. Het is nog onduidelijk in welke vorm de ontwikkelingen zullen uitkristalliseren. De nu volgende paragraaf schetst een aantal opties, zoals deze in recente publicaties gepresenteerd werden. Daarbij zijn twee publicaties van bijzonder belang, afkomstig van respectievelijk de zijde van de ziekenhuizen (Vernieuwd besturen)⁷ en van de zijde van de medisch specialisten (Medisch specialist in perspectief).⁸

Ontwikkelingen in de ziekenhuizen

De ontwikkelingen van de afgelopen jaren zijn in zekere zin paradoxaal te noemen. Aan de ene kant is sprake geweest van een voortdurende schaalvergroting van ziekenhuizen. Door fusies is het aantal ziekenhuizen in korte tijd aanzienlijk verminderd tot 94 ziekenhuisorganisaties in 2005. Verwacht wordt dat het aantal organisaties nog verder zal dalen tot 40 – 70 in 2014.⁹

Aan de andere kant wordt de medisch specialistische zorg in toenemende mate buiten het ziekenhuis geleverd. Daarmee komt het zorgaanbod van medisch specialisten voor een deel los te staan van het ziekenhuis. De laatste tijd zijn er meer kleinschalige initiatieven in de vorm van zelfstandige behandelcentra (totaal 79 in 2005)¹⁰ en privé-klinieken (totaal 70 in 2005)¹¹ bijgekomen. Belangrijk in dit verband is de recente versoepeling van de regelgeving voor ZBC's. De meeste kleinschalige behandel mogelijkheden zijn in dichtbevolkte gebieden gelokaliseerd. Een verdere groei van het aantal kleinschalige behandel mogelijkheden ligt in de verwachting.

In de ziekenhuizen zelf is sprake van ontwikkelingen op medisch technologisch terrein, zoals op het gebied van preventie en diagnostiek en toepassing van nieuwe beeldvormende technieken daarbij. Deze technieken maken zorgverlening buiten het ziekenhuis mogelijk. Een voorbeeld is de online diagnostiek waarmee patiënten buiten het ziekenhuis of de zorginstelling gemonitord kunnen worden. Daardoor is tevens een verbinding tussen tweede- en eerstelijnszorg mogelijk.

De vraag is in hoeverre het ziekenhuis het dominante integratiekader voor medisch specialistische zorg zal blijven. Is er sprake van wat wel genoemd wordt een ontvlechtingsscenario of een netwerkscenario, dan wel gaat het om fragmentatie van zorgverlening?¹² In een ontvlechtingsscenario is de verdere integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis tot staan gebracht. Er komen meer eigenstandige zorgvormen waarin meer medisch specialisten gaan werken. Deze eigenstandige vormen, zoals privé-klinieken en diagnostische centra krijgen de wind in de zeilen door zowel belangstelling van specialisten als van patiënten en kunnen zich mede ontwikkelen dankzij de medisch technologische vooruitgang en nieuwe communicatiemogelijkheden.

In een netwerkscenario vindt verdere integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie doorgang. De ziekenhuizen blijven het belangrijkste werkterrein voor specialisten. Er is sprake van de vorming van regionale netwerken en deconcentratie van ziekenhuisonderdelen.

De geleidelijke invoering van de DBC-systematiek zorgt zowel bij ziekenhuizen als medisch specialisten voor enorme wijzigingen in systemen waar jarenlang op werd vertrouwd. De bekostiging van de ziekenhuizen wordt gedecentraliseerd. Dit geeft als zodanig nieuwe kansen voor het ondernemerschap van medisch specialisten. Vooralsnog ziet het er echter naar uit dat vooral de administratieve belasting voor medisch specialisten en ziekenhuizen aanzienlijk toeneemt.

In de visienota 'Het ziekenhuis van de toekomst'¹³ schetst de NVZ vier mogelijke modellen voor de organisatie van de medisch specialistische zorg: het open en verbonden ziekenhuis; het modulaire ziekenhuis; het professionele bedrijf met een hoog risicoprofiel en het maatschappelijk ondernemende ziekenhuis. De NVZ spreekt de verwachting uit dat deze ontwikkelingsrichtingen in 2010 voor vrijwel alle ziekenhuisvoorzieningen in Nederland herkenbaar zullen zijn.

Ziekenhuizen zijn vanaf 2004 verplicht aan de hand van een set van prestatie-indicatoren inzage te geven in de kwaliteit van onderdelen van de verleende zorg. Daartoe is een 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen' opgesteld.¹⁴ De prestatie-indicatoren worden ontwikkeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra gezamenlijk.

De 'Basisset Prestatie-indicatoren 2004'¹⁵ onderscheidt een aantal categorieën: indicatoren op ziekenhuisbreed niveau; indicatoren op hoog risico-afdelingen (OK, IC, Chirurgie algemeen); indicatoren op aandoening-, respectievelijk interventieniveau; bedrijfsmatige indicatoren en facultatieve indicatoren. Per indicator is aangegeven het waarom ervan, de vraagstelling, het type indicator (structuur-, proces- of uitkomstindicator) en hetgeen gerapporteerd moet worden.

De ziekenhuizen moeten voor 1 juni van ieder jaar (vanaf 2004) de Basisset Prestatie-indicatoren invullen en toezenden aan de inspectie. Zij kunnen daartoe gebruikmaken van een door de NVZ beschikbaar gestelde invoermodule. De ziekenhuizen wordt verder gevraagd de prestatie-indicatoren te publiceren op hun eigen website. De IGZ verzamelt de resultaten en publiceert deze. De resultaten zijn zowel in gedrukte vorm als online beschikbaar. Op dit moment zijn rapportages over 2003 en 2004 beschikbaar.¹⁶ Verder worden de resultaten ter beschikking gesteld aan de website Kiesbeter.nl.

De indicatoren en het gebruik ervan dienen verschillende doelen. Voor de IGZ zijn ze een middel om het toezicht efficiënter en effectiever te maken en invulling te geven aan het beginsel van 'gelaagd en gefaseerd toezicht'. Zo kan de inspectie gericht toezicht houden in gevallen waarin resultaten op één of meer indicatoren aanzienlijk afwijken van het gemiddelde. Ook kunnen in die zin normen voor kwaliteit van zorg gestalte krijgen. Een voorbeeld daarvan is de recent binnen de betrokken wetenschappelijke vereniging tot stand gekomen consensus over een minimum aantal operaties voor slokdarmkanker. Dit minimum is zodanig dat bij een lager aantal waarschijnlijk geen sprake is van het noodzakelijke behoud van vaardigheden voor deze (gecompliceerde) operatie.¹⁷

Met bovengenoemd voorbeeld is al een ander doel van de prestatie-indicatoren genoemd, namelijk stimulering van de kwaliteitsontwikkeling binnen beroepsgroepen. In algemene zin hebben de prestatie-indicatoren tot doel het kwaliteitsbewustzijn bij betrokkenen te stimuleren. Dit houdt onder meer in dat ziekenhuizen zich meer bewust worden van de kwaliteit van de geleverde zorg en de eventuele tekortkomingen daarin.

Een derde doel van de prestatie-indicatoren is het openbaar maken van de geleverde kwaliteit van zorg. Voor ziekenhuizen en medisch specialisten kan inzage in de door henzelf geleverde kwaliteit van zorg in vergelijking met de resultaten bij anderen, aanleiding vormen te streven naar mogelijke verbeteringen. Patiënten krijgen via onder meer de website van 'Sneller beter' beschikbare resultaten de mogelijkheid een meer gerichte keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Zorgverzekeraars kunnen de resultaten gebruiken bij hun contracteerbeleid.

Vooralsnog vormen de prestatie-indicatoren een nieuw instrument op het gebied van verbetering en borging van kwaliteit van zorg. Dit houdt in dat zowel het instrument als zodanig als de toepassingsmogelijkheden van de resultaten nog voor een belangrijk deel in ontwikkeling zijn.

Ontwikkelingen bij de medisch specialisten

Binnen de beroepsgroep medisch specialisten is sprake van een toenemend accent op de ondernemerschapaspecten van de beroepsuitoefening. Dit uit zich niet alleen bij de activiteiten die specialisten in ziekenhuizen ontplooiën. Ook is een toegenomen belangstelling merkbaar voor activiteiten op het grensvlak van ziekenhuis en samenleving of buiten het directe bereik van ziekenhuizen.

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf boet aan kracht in.¹⁸ Op uitvoeringsniveau is weliswaar in veel gevallen sprake van een geslaagde integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Managers en medisch specialisten zijn samen verantwoordelijk voor de zorgprocessen op het niveau van werkeenheden of clusters. Maar op bestuursniveau is de integratie minder goed gelukt. De besturing van ziekenhuizen wordt veelal toevertrouwd aan een professioneel bestuur. De medische staf claimt vaak een plaats in de topstructuur van het ziekenhuis maar van een wezenlijke integratie is veelal geen sprake. De medisch specialisten handhaven en versterken juist hun zelfstandigheid door middel van een sterk geprofessionaliseerde stafmaatschap of vereniging medische staf. In de praktijk wijkt de integratie van medisch specialisten vaak sterk af van de oorspronkelijke idee achter het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf.¹⁹

Daarnaast kan vastgesteld worden dat ziekenhuizen niet langer het vanzelfsprekende integratiekader vormen voor medisch specialisten. Zij kunnen in toenemende mate ook buiten het ziekenhuis activiteiten ontplooiën. Verder zijn er signalen van een toenemende behoefte van vooral jonge (vrouwelijke) medisch specialisten aan een 'normale' arbeidsduur en parttime werken.

Medisch specialisten zijn bezig met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. De Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen leveren hieraan een belangrijke bijdrage. In dat kader is een aantal kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld zoals evidence-based richtlijnen, een systeem voor complicatieregistratie en een procedure voor visitaties. Ook zijn competenties ontwikkeld voor het professioneel functioneren van medisch specialisten.²⁰ Deze competenties zijn door het Centraal College Medisch Specialismen vastgesteld ten behoeve van de opleidingen.

Vanaf januari 2005 is voor de vijfjaarlijkse herregistratie van medisch specialisten noodzakelijk dat specialisten verantwoording afleggen over het verlenen van patiëntenzorg, deelname aan bij- en nascholing en aan kwaliteitsvisitatie van de betreffende wetenschappelijke vereniging²¹. In de context van een kwaliteitssysteem voor de beroepsgroep onderzoekt de Orde van Medisch Specialisten momenteel de mogelijkheden te komen tot evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten. Er wordt in dat verband een systeem van jaarlijkse evaluatiegesprekken

ontworpen. De evaluatiegesprekken zijn zowel bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen van de specialist als om het tegengaan van disfunctioneren van medisch specialisten.²² De gesprekken hebben een 'peer to peer'-karakter.²³ Dit houdt in dat de evaluatie van het functioneren van de individuele specialist in principe door een collega wordt uitgevoerd. De evaluatie heeft daardoor een 'horizontaal', dat wil zeggen niet hiërarchisch karakter. Dit in tegenstelling tot functioneringsgesprekken die meestal een 'vertikaal' karakter hebben, doordat ze met een hogergeplaatste/leidinggevende worden gevoerd. Momenteel experimenteert een beperkt aantal ziekenhuizen met enkele systemen voor evaluatiegesprekken. De Orde van Medisch Specialisten streeft ernaar dat in 2008 in alle ziekenhuizen een systeem van evaluatiegesprekken geïmplementeerd is.²⁴ Het systeem zou op termijn gekoppeld kunnen worden aan criteria voor de herregistratie.²⁵

Recente toekomstvisie vanuit de ziekenhuizen

De NVZ vereniging van ziekenhuizen pleit in de nota 'Vernieuwd besturen'²⁶ voor een sterkere articulatie van het organisatiebelang van ziekenhuizen. De huidige situatie met betrekking tot toelatingsovereenkomsten en nevenschikking van medisch specialisten en ziekenhuisbestuur passen volgens de NVZ niet meer bij de voor concurrentie noodzakelijke besturing. De NVZ denkt aan contracten van medisch specialisten met ziekenhuizen die een beperkte looptijd hebben. Verder zullen contracten een relatie moeten hebben met de door specialisten geleverde prestaties. In dat kader moeten concrete afspraken gemaakt worden over productie en kwaliteit. Beloning wordt in dit model min of meer rechtstreeks gekoppeld aan prestaties. Prestaties zowel op organisatieniveau als op individueel niveau.

Het toenemen van marktprikkels in de zorg noodzaakt de ziekenhuizen om zich rekenschap te geven van hun omgeving en de maatschappij. Ziekenhuizen zullen steeds meer gaan lijken op bedrijven, aldus de NVZ. Hoewel het ziekenhuis, met een duale bedrijfsstructuur van professionals en ziekenhuisorganisatie, ook sterk van het bedrijfsleven verschilt. De toekomst van ziekenhuizen vereist, volgens de NVZ, een allesomvattende strategische heroriëntatie: positionering, besturingsfilosofie, besturingsstructuur en human resources management zullen moeten veranderen. Om de toekomst aan te kunnen en opgewassen te zijn tegen de toenemende risico's in de bedrijfsvoering.

Concurrentie is hierbij het sleutelbegrip. Voor medisch specialisten zou dit moeten betekenen dat zij werkzaam zijn in het belang van de ziekenhuisorganisatie. Daarbij moeten zij adequaat ondersteund worden. De NVZ benadrukt dat ziekenhuizen en specialisten tot elkaar veroordeeld zijn; zonder 'ziekenhuisorganisatie' kan een medisch specialist zijn vak niet meer uitoefenen.

In het 'NVZ-model' is de ziekenhuisbesturing in de toekomst eenduidig: er is één Raad van Bestuur die alle het ziekenhuis betreffende besluiten kan nemen. De Raad van Toezicht ziet hierop toe. Onder de RvB ressorteert het Management Team met daarin tactische lijnmanagers en topadviseurs. Professionals kunnen in het MT vertegenwoordigd zijn. Het MT beslist niet, dat doet uitsluitend de RvB. In de RvB zijn geen zetels met een vertegenwoordigende status.

Visitaties dienen op alle niveaus plaats te vinden. Dit houdt in dat niet alleen medisch specialisten, maar ook management en bestuur aan visitatie onderhevig zijn. Gedacht wordt aan een vorm van intercollegiale toetsing. De NVZ geeft slechts het principe aan. De concrete invulling zal nader moeten plaatsvinden.

Voor de positie van medisch specialisten in ziekenhuizen ziet de NVZ drie modellen: onderaannemerschap, een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd en partnerschap.

Recente toekomstvisie vanuit de medisch specialisten

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) presenteert in de not 'Medisch specialist in perspectief'²⁷ twee scenario's voor een toekomstige ontwikkeling van de medisch specialistische zorg. In het eerste scenario, 'concurreren', staat marktwerking centraal. In het tweede scenario met als titel 'transformeren' speelt marktwerking nauwelijks een rol.

De scenario's zijn geënt op een indeling van de medisch-specialistische zorg in vier segmenten. Deze indeling is gebaseerd op een door Plexus Medical Consult ontwikkeld model en betreft een indeling van de zorg naar volume en voorspelbaarheid:

Segment 1 omvat de basiszorg met als kenmerken: groot volume en hoge mate van voorspelbaarheid. Dit segment leent zich goed voor concurrentie omdat de processen beheersbaar en vergelijkbaar zijn. De zorg leent zich ook voor decentralisatie, ontvlechting en schaalverkleining.

Segment 2 omvat de complexe zorg en topzorg met als kenmerken: klein volume, maar hoge mate van voorspelbaarheid. Ook bij dit segment is concurrentie mogelijk. De zorg vergt een zekere mate van concentratie, eventueel in de vorm van categorale ziekenhuizen. In het concurrentiescenario fungeren de ziekenhuizen als facilitair bedrijf met een contractuele relatie met een zelfstandig collectief van medisch specialisten. In dit medisch specialistisch bedrijf kunnen de specialisten ook in dienstverband zijn opgenomen. Zij zijn dan niet meer in dienst van het ziekenhuis maar van het medisch specialistisch bedrijf. Tussen dit bedrijf en het faciliterende ziekenhuis ontstaat een soort 'co-makership'. Dit model is in het verleden opgekomen als één van de mogelijke vormen waarin managementparticipatie van medisch specialisten vorm kan krijgen. De medische staf is in ieder geval sterk geprofessionaliseerd.

Segment 3 omvat de topreferente zorg en ontwikkelingsgeneeskunde met als kenmerken: gering volume en lage mate van voorspelbaarheid. Deze zorg vergt concentratie en leent zich nauwelijks voor marktwerking en concurrentie met andere vormen van zorg. Deze zorg is geconcentreerd in de Universitaire Medische Centra en de topklinische ziekenhuizen.

Segment 4 omvat de spoedeisende zorg en de zorg bij ernstige chronische multipele pathologie. De kenmerken zijn: groot volume, maar geringe voorspelbaarheid. Ook deze zorg leent zich niet voor marktwerking en concurrentie. De zorg wordt uitgevoerd door de grote en middelgrote ziekenhuizen en de UMC's.

In het transformatiescenario speelt marktwerking nauwelijks een rol. De overheid legt strenge financiële kaders op aan de medisch specialistische zorg en de organisatie van de zorg is gericht op efficiencyverbetering. Er is sprake van transformatie in de zin van een ver doorgevoerde segmentering van de medisch specialistische zorg. De segmenten zijn in grote lijnen vergelijkbaar met de door Plexus Medical Consult ontwikkelde indeling, waaraan een extra segment is toegevoegd voor de luxe zorg. Alleen in dit extra segment vindt concurrentie plaats. De patiënten in dit scenario hechten aan zorgverlening dicht bij huis. Ze zijn veelal bij de regionale zorgverzekeraar verzekerd. Verder hechten zij aan goede voorlichting over behandeling en diagnostiek en aan kwaliteit van zorg. De medisch specialistische zorg wordt voornamelijk binnen ziekenhuisverband geleverd en medisch specialisten hebben in de meeste gevallen een dienstverband bij het ziekenhuis. De argumenten voor vrije vestiging zijn grotendeels vervallen. Er is sprake van een ver doorgevoerde managementparticipatie en adequate mandatering. De medische staf, waarvan alle in het ziekenhuis werkzame specialisten deel uitmaken, is sterk geprofessionaliseerd. De ziekenhuizen vormen het dominante integratiekader voor de medisch specialisten.

Voor de basiszorg uit het eerste segment zijn de ziekenhuizen zoveel mogelijk gedeconcentreerd in satellietvoorzieningen. Deze satellietvoorzieningen zijn zo dicht mogelijk bij bevolkingskernen gesitueerd en maken samenwerking met eerstelijnsvoorzieningen mogelijk. Decentralisatie vindt in de vorm van clustervorming plaats rondom specialismen.

De beide scenario's zijn uitersten. De Orde van Medisch Specialisten kiest uiteindelijk voor het realiseren van marktwerking in de zorgsegmenten waar dat mogelijk is. Medisch specialisten hebben dan meer kansen om zelf initiatieven te ontplooiën. Voor patiënten zal er meer te kiezen zijn en er zijn goede mogelijkheden dat de zorg efficiënter en sneller geleverd zal worden. Verder zijn verbetering van volume- en procesbeheersing van belang, alsook uitbouw van managementparticipatie van medisch specialisten. Het verder ontwikkelen van indicatoren voor het presteren van medische specialisten moet voortvarend worden aangepakt. Hiermee kan

de relatie tussen productie, prestatie en inkomen vormgegeven worden. Voor specialisten in dienstverband zal prestatiebeloning moeten worden ontwikkeld.

5 Samenvatting verwachte toekomstige ontwikkelingen

Verschillende verschijningsvormen ziekenhuiszorg

De verwachting voor medisch specialistische zorg in de toekomst laat de komende 10 tot 15 jaar een aanzienlijke toename van de vraag zien.²⁸ Deze zal zich vooral in de ambulante zorg voltrekken. De samenstelling van de vraag verandert. Zowel het aantal chronische aandoeningen en ouderdomsgerelateerde aandoeningen neemt naar verwachting fors toe. De vraagtoename zal naar verwachting voor een groot deel door ziekenhuizen worden beantwoord.

Ziekenhuiszorg zal in de toekomst meer in segmenten (basiszorg, complexe zorg, acute zorg en topzorg) worden ingedeeld en aangeboden. Tegelijkertijd zal, mede als gevolg van de introductie van marktwerking, een verdere differentiatie in verschijningsvormen voor ziekenhuiszorg plaatsvinden.²⁹ Dit gebeurt waarschijnlijk vooral in de vorm van klinieken die zich op deelmarkten richten. Voor de organisatie van de zorg in de gedifferentieerde zorgvormen is het zogenoemde ‘focused factory’ concept relevant. Daarbij richt men zich op een beperkte productenmix. Deze ‘focused factories’ kunnen zowel gerealiseerd worden binnen ziekenhuizen als in zelfstandige klinieken. In het laatste geval spreekt men van focusklinieken of profielziekenhuizen.

Verder zullen er mengvormen van 2e en 1e lijn (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in combinatie met zorg van huisarts, apotheek, thuiszorg, fysiotherapeut of tandarts) tot ontwikkeling komen. Daarnaast zullen samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen ontstaan. Het (basis)ziekenhuis blijft evenwel de ruggengraat van de zorginfrastructuur, met name in dunbevolkte gebieden. Hier kunnen zowel de spoedeisende zorg als de basale electieve zorg alsook de complexe chronische zorg geleverd worden. Profielziekenhuizen of focusklinieken zullen vooral voorbehouden zijn aan verstedelijkte gebieden. Verder is een toename van het aantal privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra te verwachten.

Bij dit alles zal naar verwachting het aantal ziekenhuizen verder afnemen en het aantal kleinschalige behandelcentra groeien.

Evolutie beroep medisch specialisten

Te verwachten is dat medisch specialisten in de toekomst voor het grootste deel van hun tijd in ziekenhuizen blijven werken. Naar waarschijnlijkheid zullen zij dit vaker in dienstverband doen. Vooral vrouwelijke medisch specialisten voelen zich aangetrokken tot werken in dienstverband. Zij hebben dan optimale kansen om werk en gezin te combineren. Verwacht wordt dat werken in dienstverband ook bij jonge mannelijke specialisten meer in trek zal raken.³⁰

Het is de vraag of aan toekomstige contracten tussen medisch specialisten en ziekenhuizen beperkingen zullen worden verbonden. Het kan bijvoorbeeld gaan om beperkingen in de looptijd al dan niet in relatie met de prestaties van de betrokken specialist. Er zullen waarschijnlijk meer verschillende vormen komen waarin medisch specialisten aan een ziekenhuis verbonden kunnen zijn. Naast dienstverband of vrije vestiging gaat het om specialisten als aandeelhouder of specialisten als (mede)eigenaar van of partner in het ziekenhuis.

Te verwachten is dat specialisten vaker, volgtijdelijk of tegelijkertijd, expliciete keuzes zullen maken voor een onderdeel van hun beroepsuitoefening, zoals patiëntenzorg, management, onderwijs en onderzoek. Het kan zijn dat specialisten op verschillende momenten in hun carrière verschillende keuzes maken. Aannemelijk is dat een toename plaatsvindt van het aantal deelspecialisaties. Tegelijkertijd zal ook meer invulling worden gegeven aan taakdelegatie.

Verder is te verwachten dat medisch specialisten meer eisen zullen gaan stellen aan de wijze waarop zij hun beroep kunnen uitoefenen. Bijvoorbeeld het beschikken over 'normale' werktijden, en meer mogelijkheden voor parttimecontracten. De toename van het aantal vrouwen in het beroep en de wens tot meer parttime werken, zijn belangrijke factoren. Niet alleen vrouwen hebben toenemend behoefte aan parttime functies, ook bij jonge mannelijke specialisten tekent zich deze behoefte in toenemende mate af. Hiermee verandert het beroepsbeeld van de specialisten geleidelijk. Verder mag verwacht worden dat medisch specialisten vaker meerdere werkplekken en daarmee samenhangende verantwoordelijkheden zullen gaan combineren.

Verwacht mag tenslotte worden dat combinaties zullen ontstaan van generalistische en specialistische zorg, dwars door de lijnen van instellingen heen. Dit vereist de vorming van nieuwe behandelconcepten. Hierdoor zullen specialisten het veelomvattende ziekenhuis in de toekomst minder nodig hebben. Ook de automatische koppeling tussen medisch specialisten en ziekenhuizen zal geleidelijk minder vanzelfsprekend worden. Enerzijds ontstaan er dwars door de lijnen heen combinaties van generalistische en specialistische zorg die op wijkniveau kunnen worden aangeboden. Anderzijds zal het aantal ZBC's en privé-klinieken toenemen, waardoor specialisten niet meer noodzakelijk aan een ziekenhuis verbonden zijn om hun werk te kunnen doen³¹.

Relatie ziekenhuis – medisch specialist

De relatie tussen een ziekenhuis en vrijgevestigde medisch specialisten wordt in de overgrote meerderheid van de gevallen (ruim 90%) vormgegeven door het eerder genoemde Model toelatingsovereenkomst (MTO). Aanleiding voor de totstandkoming van het MTO was de eerdergenoemde Integratiewet. Met het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet is

de Integratiewet komen te vervallen. Hierdoor komt het MTO onder druk te staan.³² Daarnaast bevat de Zorgverzekeringswet niet langer de bepaling dat ‘medisch specialistische zorg wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis’. De relatie tussen ziekenhuis en specialist is daardoor minder vanzelfsprekend geworden. Gezamenlijk bestuur van ziekenhuizen door directie en medisch specialisten, het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf, is evenmin nog vanzelfsprekend. Verder is de verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet functiegericht omschreven. Dit houdt in dat aard, inhoud en omvang van de zorg in de wet zijn omschreven zonder dat wordt aangegeven wie deze zorg moet verlenen en waar dit dient te gebeuren.

Al deze veranderingen beïnvloeden de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Wezenlijke aspecten van deze relatie zullen kunnen veranderen. Bijvoorbeeld de duur van contracten tussen het ziekenhuis en de individuele medisch specialist. Onder de werking van het MTO wordt de overeenkomst meestal voor onbepaalde tijd aan gegaan. In de toekomst zullen contracten met een beperkte looptijd mogelijk worden. De visienota ‘Vernieuwd besturen’ van de NVZ haakt hier reeds op in. Ook zijn de huidige beperkingen die het MTO medisch specialisten oplegt om in andere ziekenhuizen werkzaam te zijn waarschijnlijk niet langer houdbaar.

Bij de presentatie van de rapportage over ‘Rekenschap en transparantie in de zorg’ van de Aegon-gezant in het kader van het programma Sneller Beter³³ is van de zijde van de NVZ aangekondigd dat men behoefte heeft aan functioneringsgesprekken met medisch specialisten.³⁴ Het gaat daarbij om toetsing van het functioneren van medisch specialisten door het ziekenhuis. Deze ‘verticale’ vorm van toetsing wijkt af van de door de Orde van Medisch Specialisten voorgestane eerder genoemde ‘horizontale’, dat wil zeggen intercollegiale evaluatiegesprekken. Het is de vraag welke vormen van toetsing of visitatie zich in de toekomst zullen doorzetten. En welke consequenties aan de uitkomsten verbonden kunnen gaan worden. Veelzeggend in dit verband is de titel van een in januari 2007 gehouden congres: ‘Medisch specialisten beoordelen op prestaties; - Objectief, effectief en... onafwendbaar’-³⁵.

6 Discussie

Ontkoppeling tussen ziekenhuizen en medisch specialisten?

Naar verwachting zal zich in de toekomst een breed scala aan relatievormen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten ontwikkelen. Er zijn verschillende ontwikkelingen mogelijk. Te verwachten is dat in ieder geval een deel van de specialisten de opties voor een grotere verzelfstandiging zullen exploreren. De relatie tussen het ziekenhuis en deze medisch specialisten zal daardoor de komende jaren lossier kunnen worden.³⁶ Aan een aantal voorwaarden hiervoor wordt in toenemende mate voldaan. Vooruitgang in medische technologie en ontwikkelingen in manieren van behandeling zijn hiervan voorbeelden. Een aantal nu nog complexe behandelingen zal, als gevolg van vooruitgang in techniek en behandelwijze, eenvoudiger uitvoerbaar worden en een minder omvangrijke infrastructuur vereisen. Specialistinnen zullen hierdoor het ziekenhuis met z'n complexe infrastructuur minder nodig hebben. Behandelingen kunnen vanuit medisch-technisch oogpunt steeds vaker plaatsvinden in kleinschaliger centra als privé-klinieken of ZBC's, eventueel op wijkniveau. Het kan betekenen dat meer specialisten voor een groter deel van hun tijd in deze kleinschalige voorzieningen zullen gaan werken, voor zover ze dit niet fulltime doen.

Een andere voorwaarde die het mogelijk maakt dat de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist lossier wordt, vloeit zoals boven beschreven voort uit de nieuwe Zorgverzekeringswet. Er zal in de toekomst waarschijnlijk sprake zijn van korter durende contracten tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Verder zullen medisch specialisten meer mogelijkheden krijgen om voor meerdere ziekenhuizen of zorginstellingen tegelijkertijd te werken.

Wanneer de binding tussen ziekenhuizen en medisch specialisten lossier wordt, zouden de ontwikkelingen in principe deels weer terug kunnen gaan naar de situatie van de 'open ziekenhuizen' waarvan in de eerste helft van de vorige eeuw sprake was. Specialistinnen kunnen dan in meerdere ziekenhuizen tegelijkertijd patiënten behandelen zonder een directe binding met deze ziekenhuizen te hebben.

De NVZ heeft met de nota 'Vernieuwd Besturen' een vergaand model gepresenteerd voor de toekomstige positie van medisch specialisten in ziekenhuizen. Dit model heeft de nodige discussie losgemaakt en weerstand opgeroepen.³⁷ Het vertegenwoordigt slechts één van de mogelijke opties voor de toekomst. De NVZ geeft aan bezig te zijn verschillende besturingsmodellen in de ziekenhuiszorg uit te werken en naast elkaar te zetten.³⁸ Deze zullen te zijner tijd als handreiking aan de ziekenhuizen worden gepresenteerd. Het zou wenselijk zijn dat de NVZ over deze voorstellen overeenstemming bereikt met de Orde van Medisch Specialistinnen. De intentie hiertoe lijkt aanwezig te zijn.³⁹

Het in de nota 'Vernieuwd Besturen' beschreven bestuursmodel lijkt ingegeven door concurrentieoverwegingen die focussen op het voortbestaan van ziekenhuisorganisaties. Het model gaat uit van de ziekenhuisorganisatie als meest geëigende leveringsvorm voor medisch specialistische zorg. Deze zorg moet van een zo hoog mogelijk niveau zijn. Het model gaat verder uit van het primaat van de bedrijfsvoering, waaraan de medisch professionele zorg ondergeschikt lijkt te zijn. Het benadrukt dat er op het 'schip ziekenhuis' slechts één kapitein kan zijn. En die kapitein heeft geen medische pet op, maar een bestuurderspet.

Het is de vraag hoe realistisch deze visie is. Ziekenhuizen zijn zonder de werkzaamheid van medisch specialisten niet meer dan lege hulzen. Medisch specialisten vormen immers nog altijd een machtsfactor binnen het ziekenhuis. Het ziekenhuis is van de medewerking en inzet van de medisch specialisten afhankelijk om aan de tegenwoordig vereiste prestatie-indicatoren te voldoen. Maar die specialisten moeten dan wel in het ziekenhuis willen werken. Het ziekenhuis moet een aantrekkelijke werkplek zijn en blijven. Specialisten zullen immers meer mogelijkheden krijgen om elders te werken.

Aan de andere kant kunnen medisch specialisten nog steeds in veel gevallen hun beroep niet uitoefenen, zonder de beschikking over de faciliteiten van een ziekenhuis. Het ziekenhuis kan daardoor eisen stellen aan de specialisten met wie zij een contract aangaat. Het zal ziekenhuizen (en medische staf) in de toekomst waarschijnlijk vrij staan om in (gezamenlijke) onderhandelingen met medisch specialisten over toelating tot het ziekenhuis of over dienstverband steeds hogere eisen te stellen. Deze eisen kunnen niet alleen betrekking hebben op de duur van het contract, maar zeker ook op de prestaties en inzet van de medisch specialist. Zo is er, althans voorlopig, nog steeds sprake van een aanzienlijke wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuizen en medisch specialisten.

De te verwachten aanscherping van de eisen op het gebied van contractduur en inzet en prestaties van medisch specialisten behoeven als zodanig niet te raken aan de beroepsvrijheid van de medisch specialist. Dit kan wel het geval zijn bij beperkingen die het gevolg zijn van productieafspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Specialisten kunnen geconfronteerd worden met te krappe productieafspraken, waardoor zij een deel van hun patiënten niet de door hen, conform de medische standaard gewenste zorg, kunnen leveren.

Bij dit alles moet verder bedacht worden dat de patiënt, om wie het uiteindelijk allemaal gaat, kritischer wordt en meer mogelijkheden krijgt tot het maken van keuzes. Patiënten krijgen ook steeds meer informatie op grond waarvan zij tot keuzes kunnen komen. De afwegingen die zij daarbij hanteren behoeven niet bij voorbaat gelijkgericht te zijn met de ambities van ziekenhuizen en medisch specialisten.

Enkele tegenbewegingen

Tegenover het uitgesproken standpunt van de NVZ dat kiest voor één kapitein op het schip, staan veel actuele ontwikkelingen waarin juist een combinatie van medische en managerspetten tot het succes geleid hebben. Een tweetal hiervan wordt onderstaand belicht.

In de Isalaklinieken in Zwolle worden momenteel zogenoemde ‘Zorg-BV’s’ ontwikkeld.⁴⁰ Deze opereren naast en los van de bestaande ziekenhuisvoorziening. In de Zorg-BV-constructie is gekozen voor de medeverantwoordelijkheid van medisch specialisten voor alle aspecten van de bedrijfsvoering. De aandelen van de Zorg-BV zijn in handen van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de betrokken medisch specialisten. De Zorg-BV maakt afspraken met het ziekenhuis over inhuur van benodigde faciliteiten, maar kan er ook voor kiezen voorzieningen elders in te huren. De Zorg-BV kan de betrokken medisch specialisten aanspreken op de geleverde inspanningen.

In het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht en omgeving is de integratie van medici in het ziekenhuisbeleid ver doorgevoerd.⁴¹ Het ziekenhuis, ontstaan uit meerdere lokale ziekenhuizen wordt thans bestuurd door een College van Bestuur. Daarin hebben zitting twee leden van de Raad van Bestuur en twee leden van de Vereniging medische staf. Door deze constructie is sprake van een gemeenschappelijk financieel beheer, beleid en bestuur door managers en medici.

Slotbeschouwing

Het is onduidelijk hoe de medisch specialistische zorg er in de toekomst uit zal zien. Zeker is wel dat er een grotere diversiteit aan verschijningsvormen zal ontstaan dan nu het geval is. Er zal meer differentiatie ontstaan in het aanbod van zorg in ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Daarbij kunnen accenten liggen op het verlenen van basiszorg of complexe zorg, topreferente zorg en zorg bij chronische aandoeningen en spoedeisende situaties. Daarnaast zal sprake zijn van andere accenten in de relaties tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. Thans bestaande patronen en zekerheden zullen minder vanzelfsprekend zijn. Enerzijds kan er een groter accent gelegd worden op verzakelijking van de relatie, anderzijds op samenwerking. Onder druk van toenemende marktwerking en concurrentie komt er een sterkere nadruk te liggen op ondernemersvaardigheden van zowel ziekenhuizen als medisch specialisten. Daarbij zullen medisch specialisten meer dan nu financiële verantwoordelijkheden gaan dragen, niet alleen voor hun eigen honorarium maar ook voor de zorginstelling als zodanig. Dit kan gestalte krijgen in de vorm van partnerschap, onderaannemerschap of mede-eigenaarschap.

Literatuur

Informatie ontleend aan:

- 1 Tamboer, T., et al. De veranderende positie en rol van de medische staf in het Nederlandse ziekenhuis sinds de Tweede Wereldoorlog. Tsg, 2002, no. 1, p. 49-57.
- 2 Informatie ontleend aan:
Groenewegen, P. en S. Hofland. Maatschappen van specialisten: ontwikkeling in omvang en samenstelling. Tsg, 2003, no. 1, p. 27-33.
Groenewegen, P. en A. Marangos. Maat gevraagd; eisen aan nieuwe leden van een maatschap. Medisch Contact, 2004, no. 8, p. 278-281.
- 3 Lindert, H. en P. Groenewegen. De medisch specialist als manager. Medisch Contact, 2001, no. 16, p. 631-635.
- 4 Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten. Integratie van medisch specialisten. Medisch Contact, 2000, no. 16, p. 591-593.
- 5 Hendriks, M., et al. Kantelen of kapseizen; patiënt merkt vaak niets van kanteling. ZM, 2003, no. 5, p. 10-4.
- 6 Informatie van de Orde van Specialisten.
- 7 Vernieuwd Besturen. Stuurgroep Toekomstig Bestuur en Topmanagement Ziekenhuizen in opdracht van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (publicatienummer STBTZ-2005-04), Utrecht, 2005.
- 8 Meijer, G.R. en B.J. van Heesen. Medisch specialist in perspectief; een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Orde van Medisch Specialisten, Utrecht, 2005.
- 9 Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM: Bilthoven, 2005.
- 10 Ibidem.
- 11 Ibidem.
- 12 Scholten, G.R.M. en H.E.G.M. Hermans. Het gefragmenteerde ziekenhuis? De ontwikkeling van het 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf'. Zorg en Financiering, 2003, no. 6, p. 27-40.
- 13 Het ziekenhuis van de toekomst. NVZ vereniging van ziekenhuizen: Utrecht, 2002.
- 14 De thans geldende 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2004' is een verbeterde versie van de oorspronkelijke 'Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003'.
- 15 Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2004. IGZ, NVZ, OMS, NFU; Den Haag, 2005.
- 16 Het resultaat telt; Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. IGZ, 2005.
Het resultaat telt 2004, Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de in ziekenhuizen verleende zorg. IGZ, 2006.
- 17 Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, leeswijzer volume oesophaguscardiaresecties, in te zien onder meer via www.igz.nl.
- 18 Scholten, G. en B. Hermans. Van bakken naar dwaallicht; Geïntegreerd Medisch Contact, 2003, no. 38, p. 1445-1447.

- 19 Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten. Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen. *Acta Hospitalia*, 2003, no. 2, p. 7-21.
- 20 Deze competenties betreffen: medisch handelen; communicatie; samenwerking; kennis en wetenschap; maatschappelijke handelen; organisatie; professionaliteit.
- 21 Wat is kwaliteit? Website Orde van Medisch Specialisten.
- 22 Orde en KNMG: Functioneren van medisch specialist jaarlijks bespreken. Orde van Medisch Specialisten. *Ordenieuws*, 2005, no.5.
- 23 Lombarts, K., et al. De betere dokter. *Medisch Contact*, 2006, no. 16, p. 656-659.
- 24 Orde maakt bezwaar tegen constante aantijgingen tegen medisch specialisten. Orde van Medisch Specialisten, juni 2006.
- 25 Het functioneren van de individuele arts. KNMG, juli 2005.
- 26 Vernieuwd Besturen. Stuurgroep Toekomstig Bestuur en Topmanagement Ziekenhuizen in opdracht van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (publicatienummer STBTZ-2005-04), Utrecht, 2005.
- 27 Meijer, G.R. en B.J. van Heesen. Medisch specialist in perspectief; een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Orde van Medisch Specialisten, Utrecht, 2005.
- 28 Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur. College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, juni 2005.
- 29 Kasten, G. en E.H.M. Snijders. ING-Themastudie De Medisch Specialist, ING Medinet, 2004.
- 30 Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur. College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, juni 2005.
- 31 Kasten, G. en E.H.M. Snijders. ING-Themastudie De Medisch Specialist, ING Medinet, 2004.
- 32 Informatie onder meer ontleend aan: J. Holland. Het einde van de toelatingsovereenkomst. *Medisch Contact*, 2006, no. 41, p. 1628-1630.
- 33 Rekenschap en transparantie moet je omarmen. Rapportage van de AEGON-gezant in het kader van het Sneller beter onderzoek, mei 2005.
- 34 Bassant, E. Ziekenhuis wil functioneren specialist toetsen. *Financieel Dagblad*, 24 mei 2005.
- 35 Congres op 25 januari 2007, georganiseerd door Medilex in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten. Informatie van website van medilex.nl.
- 36 Kasten, G. en E.H.M. Snijders. ING-Themastudie De Medisch Specialist. ING Medinet, 2004.
- 37 Zie een aantal lezingen die gehouden werden op het door het tijdschrift 'Zorgvisie' op 27 juni 2006 georganiseerde congres 'Het einde van het GMSB?'. In te zien op de website van zorgvisie.nl.
- 38 Zie lezing voorzitter NVZ op congres 'Het einde van het GMSB? '. In te zien op de website van zorgvisie.nl.

- ³⁹ Zie Mario Gibbels. Eén of twee kapiteins? Interview Joan Leemhuis-Stout en Pieter Vierhout. *Zorgvisie* 6, juni 2006, p. 8-10.
- ⁴⁰ Zie lezing L. Schoots op congres 'Het einde van het GMSB?'. In te zien op de website van zorgvisie.nl.
- ⁴¹ Zie lezing L. Pijpers op congres 'Het einde van het GMSB?'. In te zien op de website van zorgvisie.nl.

**De gevolgen van de stelsel-
wijziging voor de professionele
autonomie van de arts.
Loopt de patiënt risico's?
Een beschrijving.**

Dr. H.J. van der Steeg
Van der Steeg inConsult

Inhoudsopgave

1	Inleiding	37
2	Vraagstelling	38
3	Werkwijze	39
3.1	Wat wordt onder professionele autonomie verstaan?	40
3.2	Welke feitelijke invloed heeft de Raad van Bestuur op de professionele autonomie in de spreekkamer?	42
3.3	Welke ontwikkelingen zijn hierin, gezien de stelselwijziging, te verwachten?	43
3.4	Hoe komt in de ziekenhuizen intern zorgbeleid tot stand?	44
3.5	Hoe zou het zorgbeleid idealiter tot stand moeten komen?	46
3.6	Hoe kan vertrouwen in de arts worden geborgd?	47
3.7	Risico's door het nieuwe zorgstelsel voor de patiënt? Welke?	48
3.8	Domein van de huisarts.	50
4	Verantwoording	52
	Bijlage	53

1 Inleiding

In het Nederlandse zorgstelsel doen zich sinds enige tijd ontwikkelingen voor als vraagsturing en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in plaats van aanbodsturing, introductie van DBC's, concurrentie in de zorg, marktwerking, etc.

Sinds 1 januari 2006 is daar de invoering van de nieuwe zorgverzekering bijgekomen. Deze nieuwe zorgverzekering leidt tot een stelselwijziging met als kernwoorden: efficiëntie, gereguleerde marktwerking, doelstellingen, prestatie-indicatoren, contracten en financiële kaders.

De genoemde stelselwijziging heeft, naar wordt verwacht, ook invloed op de (bestuurlijke) omgeving, waarin de professional zijn/haar werkzaamheden moet doen. Ankers voor de professional bij werkzaamheden in deze omgeving zijn o.a. de professionele autonomie, de professionele verantwoordelijkheid en verantwoording en de arts - patiëntrelatie met als belangrijk kenmerk het wederzijdse vertrouwen. De vraag is nu of en hoe deze ankers door de stelselwijziging van hun plaats worden getrokken. Immers, de artsen moeten bij de uitoefening van hun beroep in toenemende mate rekening houden met invloeden uit de omgeving waarin ze werken en dat betekent dat de professionaliteit en professionele autonomie van de arts onder druk kunnen komen te staan.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is bezig rondom de betekenis van professionaliteit en de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional een advies voor te bereiden voor de minister van VWS. Het advies, zo vermeldt het plan van aanpak, heeft twee functies:

- De verwachtingen ten aanzien van de rol van de medische professional in het nieuwe zorgstelsel verhelderen.
- De risico's voor de professionaliteit van de arts en het vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg borgen.

De projectleider van de projectgroep die het advies ambtelijk voorbereidt, mr. J.P. Kasdorp, heeft dr. H.J. van der Steeg adviseur van Van Der Steeg inConsult gevraagd of hij als achtergrondstudie een beschrijving wil geven van de gevolgen van de stelselwijziging voor de medische besluitvorming in ziekenhuizen en bij huisartspraktijken.

2 Vraagstelling

De zorgprofessional heeft een eigen verantwoordelijkheid. Binnen die professionele verantwoordelijkheid staat, handelend in de geest van Hippocrates, het belang van de patiënt centraal. Om dat belang maximaal te kunnen dienen kent de arts op grond van specifieke deskundigheden professionele autonomie. De grote vraag is of de patiënt risico's loopt als het nieuwe zorgstelsel de professionele autonomie van de medische specialist en huisarts ongunstig beïnvloedt. Staat het belang van de patiënt dan nog wel centraal? Welke zijn dan de risico's en hoe kunnen die risico's worden voorkomen.

3 Werkwijze

De beschrijving is geen interpretatieve analyse van de onderzoeker, maar berust vooral op de meningen van de gesprekspartners, die door de onderzoeker zijn geraadpleegd.

Er werden interviews gehouden met (oud)bestuurders en specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra. Uit het domein van de huisartsen werd gesproken met enkele praktiserende huisartsen en met in de eerste lijn werkzame directeuren. Als laatste werden twee hoogleraren uit het vakgebied Public Health en Beleid en Management geraadpleegd. In de bijlage bevindt zich een lijst met de namen van de ondervraagden.

Ten behoeve van de beschrijving en om de interviews makkelijker en meer gestructureerd te laten verlopen werd bovenstaande vraagstelling als volgt geherformuleerd.

1. Wat wordt verstaan onder professionele autonomie en kent de professionele autonomie in het ziekenhuis en bij huisartsen grenzen, hoe zien die grenzen er dan uit?
2. Welke feitelijke invloed heeft de Raad van Bestuur (directie) en het management op de professionele autonomie in de spreekkamer en op het onderzoek en de behandeling die worden ingesteld. Waaruit blijkt dat zoal? Hoe oefent de Raad van Bestuur en het management deze invloed (als ze bestaat) instrumenteel uit?
3. Welke ontwikkelingen zijn hierin te verwachten gezien de stelselwijziging die we doormaken?
4. Hoe komt in de ziekenhuizen het interne zorgbeleid tot stand, denkend aan de betrokken partijen, processen en instrumenten?
5. Hoe zou het interne zorgbeleid idealiter tot stand moeten komen als daarbij weer wordt gekeken naar de betrokken partijen, processen en instrumenten?
6. Als ervan wordt uitgegaan dat de functie van professionaliteit primair eruit bestaat dat de patiënt en andere betrokkenen vertrouwen hebben in de arts, hoe kan dat vertrouwen in de arts dan worden geborgd?
7. Hoe groot is het risico voor de patiënt dat het nieuwe zorgstelsel de vrijheid van diagnostiek en handelen van de arts ongunstig beïnvloedt. Welke zijn de risico's en hoe zijn die risico's te voorkomen?

Van de gesprekken werden verslagen gemaakt die als basis voor deze beschrijving hebben gediend. De gespreksverslagen werden niet door de gesprekspartners geverifieerd zodat ze niet rechtstreeks zullen worden gebruikt of worden geciteerd.

Om structuur in deze notitie aan te brengen en om het lezen te vergemakkelijken zal bij de beschrijving de volgorde van de vragen worden

gevolgd. Aan het eind van ieder hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat.

3.1 Wat wordt onder professionele autonomie verstaan en kent de professionele autonomie in het ziekenhuis en bij huisartsen grenzen, hoe zien die grenzen er dan uit?

Tijdens de gesprekken bleek dat er onder de geïnterviewden een gevarieerde kijk op professionele autonomie bestaat. De meeste, niet alleen artsen maar ook bestuurders, gaven aan dat autonomie voor hen vrijheid en onafhankelijkheid van de arts betekent om in de spreekkamer het medische beleid te bepalen overigens wel binnen bepaalde regels en afspraken; afspraken in en met de maatschap, het ziekenhuis, de zorggroep, de beroepsgroep en de maatschappij. Men kan niet maar doen wat men wil, er is dus een vrijheid in gebondenheid.

Anderen benaderden de professionele autonomie van de kant van de patiënt. Zij vinden professionele autonomie het recht van de patiënt en niet het recht van de dokter. Voor de arts is het een gegeven recht op basis van specifieke deskundigheden. Het is het recht van de patiënt om te krijgen waar hij/zij conform de medische beginselen en uitgangspunten recht op heeft. De arts beschikt over professionele autonomie als 'voorrecht' om de belangen van de patiënt te dienen.

Professionele autonomie kent wel degelijk grenzen, zo is de mening van alle artsen en bestuurders, hoewel sommigen liever over randvoorwaarden of sturing van de professionele autonomie spreken. Sommige artsen tekenen hierbij aan dat het belangrijk is of een grens als een grens wordt gevoeld.

Die grenzen zijn o.a:

- wetgeving
- het contract dat met het ziekenhuis is afgesloten zodat de rechten en plichten duidelijk zijn
- wetenschappelijke standaarden, evidence based medicine
- binnen de beroepsgroep vigerende protocollen en richtlijnen
- in gemeenschappelijkheid gemaakte afspraken binnen de medische staf over bijvoorbeeld geneesmiddelengebruik, gebruik van medische middelen, het al of niet uitvoeren van bepaalde medische ingrepen (hoog/laag volume ingrepen), etc.

Men kan het ook anders formuleren, namelijk dat professionele autonomie context gerelateerd is. Aangegeven werd dat het de rol van de bestuurder is (moet zijn) om de context expliciet te maken. Het is belangrijk om de professionals medeverantwoordelijk voor die context te maken. Hoe duidelijker (men over) die context is hoe beter men de professional kan faciliteren en steunen.

Die contexten kunnen heel verschillend zijn:

- bovengenoemde grenzen
- multidisciplinariteit
- kwaliteitscriteria
- het inrichten van een dagbehandelingcentrum
- het logistiek organiseren van zorgstraten
- een veiligheidsmanagementsysteem
- afspraken over de manier waarop de bedrijfsvoering plaats vindt

Ook geld, budget, financiële kaders en vergoedingen worden door alle geïnterviewden als een grens voor de professionele autonomie beschouwd: “daar is niets mis mee”.

Uit bovenstaande beschrijving volgt dat de meeste geïnterviewden ervan uitgaan dat professionele autonomie iets is van de individuele arts. Toch geven sommigen aan dat professionele autonomie ook te maken heeft met de beroepsgroep; dat er een collectieve autonomie bestaat. De beroepsgroep formuleert de normen, waarden en uitgangspunten voor kwaliteit, scholing, wetenschap en integriteit. De vrijheid van handelen van de individuele beroepsbeoefenaar is dan gebaseerd op de geformuleerde normen van de beroepsgroep. Dit is al te beschouwen als een soort grens. Bij een aantal gesprekspartners bestaat de indruk dat er een verschuiving gaande is van individuele autonomie naar collectieve autonomie.

De geïnterviewden geven als mening dat professionele autonomie een belangrijke andere kant kent, namelijk verantwoording afleggen. Verantwoording die buiten de spreekkamer moet worden afgelegd. Niet specifiek hoe de individuele patiënt wordt behandeld, maar wel hoe en met welke middelen bepaalde patiëntencategorieën worden behandeld, of en hoe de professional zich aan kaders en afspraken houdt, etc.

Andere grenzen aan de autonomie ontstaan, zo drukte een gesprekspartner zich uit, als de individuele professional of beroepsgroep ‘zich niet meer waarmaakt’. Hier heeft het woord grens dus een andere betekenis dan de grenzen zoals die hierboven zijn beschreven. Als voorbeelden van deze grens kunnen genoemd worden: openbare discussies over de geleverde kwaliteit, het belang van de patiënt staat niet meer 100% voorop, de passie voor de patiënt is verdwenen, er is geen sprake meer van noblesse oblige. Het valt te verwachten dat in zo’n situatie er automatisch een einde komt aan de artspatiënt relatie. Toch blijkt dat geen vanzelfsprekende reactie te zijn, zo leren enkele recente casus.

Tenslotte, zo geven de geïnterviewden aan, professionele autonomie betekent ook de vrijheid hebben om in individuele gevallen van de kaders en richtlijnen af te wijken. Vergelijk het met de gezagvoerder van een vliegtuig die binnen de kaders van zijn vliegtuigmaatschappij individuele beslissingen mag nemen om zijn vliegtuig aan de grond te brengen. Voor de zorgprofessional geldt dat hij in een individueel geval individueel mag

reageren om de patiënt 'aan de grond te brengen'. Maar, daarover is wel verantwoording verschuldigd. Verantwoording aan de maatschap, de medische staf, de raad van bestuur van het ziekenhuis, in sommige situaties aan de Inspectie en/of de maatschappij.

Professionele autonomie is te onderscheiden in individuele en collectieve professionele autonomie. Het kent een perspectief vanuit de arts en vanuit de patiënt. Professionele autonomie kent kaders en grenzen, is vrijheid in gebondenheid. Men mag in individuele gevallen van de kaders afwijken mits verantwoording hierover wordt afgelegd. Professionele autonomie en verantwoording afleggen zijn twee kanten van dezelfde medaille.

3.2 Welke feitelijke invloed heeft de Raad van Bestuur (directie) en het management op de professionele autonomie in de spreekkamer en op het onderzoek en de behandeling die worden ingesteld. Waaruit blijkt dat zoal? Hoe oefent de Raad van Bestuur en het management deze invloed (als ze bestaat) instrumenteel uit?

Uit de gesprekken komt duidelijk het beeld naar voren dat de Raad van Bestuur geen directe invloed wil uitoefenen op datgene wat er in de spreekkamer tussen de patiënt en de arts gebeurt. 'Wij horen niet in de spreekkamer thuis'. Ook de artsen geven aan geen beïnvloeding te bemerken. "Het individu wordt altijd geholpen", zo merkte een geïnterviewde op. Wel wordt er indirecte invloed uitgeoefend. Er worden aan het totaal van activiteiten in de spreekkamer door het management randvoorwaarden en kaders gesteld (zie ook 4.1.). Die kaders zijn o.a. de basis voor het vertrouwen dat het in de spreekkamer wel goed gebeurt, dat de patiënt namens het ziekenhuis de beste zorg krijgt. Men zou kunnen zeggen dat er geen invloed is op het operationele niveau, maar dat er op het tactische niveau afspraken worden gemaakt waaraan de arts zich dient te houden. Als die randvoorwaarden zodanig zijn dat de arts zijn professionele verantwoordelijkheid niet kan waarmaken dan dient hij af te zien van het aangaan van een behandelingsovereenkomst. Aan de andere kant dient er toetsing van het handelen van de arts mogelijk te zijn wanneer er twijfel bestaat of de patiënt wel de beste zorg van het ziekenhuis krijgt.

De Raad van Bestuur en het management hebben voor het stellen van kaders en randvoorwaarden diverse instrumenten tot hun beschikking. Deze instrumenten kunnen worden onderverdeeld in instrumenten voor het individu en voor het collectief. Voorbeelden van individuele instrumenten zijn: de toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en arts waarin rechten en plichten zijn geformuleerd, bespreking van klachten, wachtlijsten, wachttijden...

Collectieve instrumenten zijn de productieafspraken, de kwaliteitsafspraken, verstrekte faciliteiten, goed gekwalificeerd personeel, kaders en

protocollen die tot stand zijn gekomen in het overleg tussen de staf en het management, afspraken die binnen de maatschap of beroepsgroep tot stand zijn gekomen...

Behalve de Raad van Bestuur en het management formuleert ook de medische staf zelf kaders waarbinnen de individuele specialist dient te functioneren.

Kaders die binnen de spreekkamer gelden, kunnen ook van externe instanties komen zoals de zorgverzekeraars. Deze kaders zijn veelal door kostenefficiëntie ingegeven. Het meest sprekende voorbeeld hiervan is de introductie van de dagbehandeling in de tachtiger jaren. Na aanvankelijk verzet van de beroepsgroepen (dit is een aantasting van de professionele autonomie) heeft er een aanzienlijke verschuiving plaats gevonden van klinische opnames naar dagbehandeling. Deze (af)gedwongen substitutie heeft een behoorlijke impact gehad op de professionele autonomie.

De Raad van Bestuur (directie) oefent geen directe invloed uit op wat er in de spreekkamer tussen arts en patiënt gebeurt. Er is wel indirecte invloed door het stellen van kaders en randvoorwaarden. Deze kaders zijn niet alleen van de Raad van Bestuur afkomstig, maar ook van andere instanties.

3.3 Welke ontwikkelingen zijn hierin te verwachten gezien de stelselwijziging die we doormaken.

De gesprekspartners zijn van mening dat er geen toename van de directe invloed van het management op de individuele relatie arts patiënt in de spreekkamer zal zijn.

Wat onder 4.2. is beschreven blijft ook in de toekomst gelden.

Wel wordt algemeen aangenomen dat de zorgverzekeraars in het stellen van kaders en voorwaarden toenemende invloed zullen krijgen. Opmerkelijk is dat de meeste geïnterviewden hiervan geen dreiging voelen uitgaan mits het niet alleen gaat over kosten van zorg, maar ook over de inhoud en kwaliteit van zorg. Anderen voelen op grond van enkele recente voorbeelden die dreiging wel. Zij verwachten dat de verzekeraars zich op korte termijn op het tactische niveau van de zorg zullen begeven en vragen over de behandeling van groepen patiënten zullen stellen en daarvoor kaders zullen formuleren. Kort na het gesprek werd deze verwachting realiteit zoals uit onderstaande voorbeelden 2 en 3 mag blijken.

Drie voorbeelden:

1. Het inkopen van heup - en knieoperaties waarbij de zorgverzekeraar als eis stelt dat het Joint Care zorgprogramma moet worden gevolgd zodat in de logistieke planning deze operaties alleen nog op maandag kunnen plaats vinden.
2. Zorgverzekeraars Nederland heeft met de beroepsvereniging van de verloskundigen (KNOV) over het kwaliteitsbeleid afspraken gemaakt onder meer met betrekking tot het beleid bij stuitligging. Wanneer de verloskundigen onder eigen regie baby's in stuitligging proberen te draaien om daarmee het aantal keizersneden te beperken levert dit de verloskundigenvereniging KNOV een bonus van 1 miljoen euro op (Medisch Contact 2006, 61 nr. 46)
3. Een huisarts mag van de verzekeraars Menzis en CZ geen MRI aanvragen bij een patiënt met knieklachten. Indien hij dat toch doet vindt geen vergoeding plaats (Medisch Contact 2006, 61 nr. 46)

De DBC's als een voorbeeld van de stelselwijziging lijken op dit moment vooral invloed uit te oefenen op wat sommige gesprekspartners de backoffice (factureren, geld, administratie en registratie etc) noemen en nog niet op het primaire proces. Verwacht wordt dat mede door de grote ingewikkeldheid van de DBC's een discussie op gang zal komen over vereenvoudiging. Wat daarvan de consequenties zullen zijn valt nu nog niet goed te overzien.

Er valt door de stelselwijziging geen toename te verwachten van de directe invloed van het management op wat er in de spreekkamer tussen de arts en patiënt gebeurt. Wel wordt verwacht dat de zorgverzekeraars door het stellen van kaders en voorwaarden meer invloed zullen krijgen.

3.4 Hoe komt in de ziekenhuizen het interne zorgbeleid tot stand, denkend aan de betrokken partijen, processen en instrumenten?

Het interne zorgbeleid dat één respondent 'managen van de historie' noemde, komt in de ziekenhuizen van de ondervraagde bestuurders en artsen 'getrapt' tot stand. Het is ingebed in de beleids- en kwaliteitscyclus en bij de tot standkoming zijn behalve het management ook de zorgprofessionals betrokken. Het is van groot belang dat de artsen bij het zorgbeleid zijn betrokken niet alleen vanwege hun inhoudelijke deskundigheid maar ook vanwege hun creativiteit, zo is de mening van diverse ondervraagden. De praktische invulling kent verschillen tussen de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen.

Eerst wordt nu het proces in de algemene ziekenhuizen beschreven. Hoewel er lokale verschillen bestaan ziet het proces er in grote lijnen als volgt uit:

Het ziekenhuis beschikt over een meerjaren(meestal 4 jaar) ziekenhuis-beleidsplan waarvan het medisch beleidsplan een integraal onderdeel vormt. Dit meerjarenbeleidsplan vormt de basis voor een zorgjaarplan. In het voorjaar voert het stafbestuur en/of de Raad van Bestuur gesprekken met alle maatschappen en vakgroepen. Het resultaat van deze gesprekken is een lijst van activiteiten en innovaties die de maatschap of vakgroep, veelal gebaseerd op een maatschapbeleidsplan, het volgende jaar wil verwezenlijken en waar men geld (honorarium) voor wil hebben. Deze lijst wordt door veel gesprekspartners nog aangeduid als een wensenlijst hoewel in toenemende mate sprake is van benoeming van de portfolio en prioritering. Daarna wordt door de Raad van Bestuur rond de zomer een jaarlijkse kaderbrief opgesteld waarin in ieder geval kaders worden geformuleerd voor de productie, kwaliteit, innovatie en financiën. Vervolgens heeft de Raad van Bestuur zogenaamde productiegesprekken met de maatschappen en vakgroepen. In deze gesprekken wordt in de meeste ziekenhuizen op basis van de productiehistorie vooral afgestemd welke productie (DBC's, opnamen, dagbehandelingen en Eerste Polikliniek Bezoeken) men denkt te gaan maken. In toenemende mate, zo is de mening van een aantal gesprekspartners, komt ook aan bod hoe de patiëntenmix eruit moet komen te zien. Dit laatste is van groot belang ten aanzien van dure geneesmiddelen en dure medische hulpmiddelen als implantaten, stents etc.

Vanuit de gesprekken met de maatschappen en vakgroepen worden gesprekken met de zorgverzekeraars gestart. Bij deze gesprekken zijn vertegenwoordigers van de vereniging medisch staf (kwaliteit) en van de stafmaatschap (geld) aanwezig. Uiteindelijk leiden de gesprekken met de zorgverzekeraars tot definitieve afspraken met de zorgverzekeraars. Tot nu toe zijn deze afspraken vooral gericht op het budget en de financiën. Een aantal ondervraagden geeft aan dat de zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht hebben voor kwaliteit en inhoud van zorg. Anderen duiden deze aandacht evenwel als 'dubbel' omdat naar hun mening het de zorgverzekeraars op dit moment vooral gaat om de eigen winst en de concurrentie ten opzichte van andere verzekeraars.

In de academische ziekenhuizen komt het interne zorgbeleid in vergelijking met de algemene ziekenhuizen decentraler tot stand. Daar speelt veel meer de afdeling en de divisie als eenheid een zelfstandige en belangrijke rol in het tot stand komen van het zorgbeleid. Gevolg is dat er geen zorgbeleid-eenheidsworst ontstaat. Het zorgbeleid wordt in de divisies via de methode van de jaarplannen ontwikkeld door het management, de artsen en de verpleegkundigen. Tevoren heeft de Raad van Bestuur de randvoorwaarden, prikkels en kaders voor het beleid aangegeven. Uiteraard vloeit het beleid ook in de academische ziekenhuizen voort uit meerjaren beleidsplannen. In de academische ziekenhuizen is vanwege de multidisciplinaire behandeling van vaak complexe patiënten (gelijktijdig en sequentieel) de context heel belangrijk. Het hoofd van de afdeling/hoogleraar is medeverantwoordelijk voor de context (waardoor commitment) en speelt bij het tot stand

komen van het beleidsplan een belangrijke rol. De jaarplannen van de divisies worden daarna door de Raad van Bestuur met de divisievoorzitters besproken waarna flattering volgt.

Bij het formuleren van de inhoud van het zorgbeleid wordt nadrukkelijk rekening gehouden met contextuele gegevens als de regio, de demografie van de bevolking, de marktomgeving, de concurrentie van andere ziekenhuizen etc. Instrumenten om deze gegevens goed in beeld te krijgen zijn data van de bevolking, verwijzingsdata van het ziekenhuis en van de maatschappen, productiedata, gebruiksdata, financiële data, etc. Daarnaast bedient men zich van instrumenten als literatuuronderzoek, resultaten van doelmatigheidsonderzoek, klanttevredenheidsonderzoeken, richtlijnen, standaarden, evidence based medicine, etc. Als laatste instrument maakt het management richting artsen en andere professionals gebruik van transparantie en overtuigingskracht opdat degenen die de zorg moeten leveren deelgenoot worden van de (veelal financiële) grenzen en problemen van de organisatie; “als er geen geld is moet je dat eerlijk zeggen en geen inhoudelijke discussie starten om dat te verbloemen want dat verlies je toch”.

Het formuleren van het interne zorgbeleid is een cyclisch proces met als basis het meerjaren beleidsplan. Het proces waarbij specialisten en management zijn betrokken begint doorgaans op de ‘werkvloer’ binnen kaders en prikkels die door de Raad van Bestuur zijn geformuleerd. In toenemende mate vinden behalve productie kwaliteit, innovatie en portfolio een plek in het zorgbeleid.

3.5 Hoe zou het interne zorgbeleid idealiter tot stand moeten komen als daarbij weer wordt gekeken naar de betrokken partijen, processen en instrumenten?

De meeste ondervraagde artsen en bestuurders antwoorden op deze vraag dat zij de wijze waarop bij hen het interne zorgbeleid is vormgegeven behoorlijk ideaal vinden, anders zouden ze het wel wijzigen. Essentieel is dat het een coproductie is van de specialisten/andere zorgprofessionals en management. Zoals al gezegd bestaan er lokale verschillen, maar deze zijn meer historisch en cultureel bepaald dan dat ze fundamenteel genoemd kunnen worden. Ook wordt de opmerking geregistreerd dat er geen ideaal zorgbeleid bestaat omdat de interne en externe omgeving voortdurend veranderen en dus ook het zorgvraag georiënteerd denken waarop in toenemende mate het interne zorgbeleid wordt afgestemd. Menig gesprekspartner geeft aan dat het eigenlijk vreemd is dat ondanks het zorgvraag georiënteerd denken patiënten(organisaties) zo weinig betrokken worden bij het ontwikkelen van het interne zorgbeleid. Wel adviseren de vrijwel in alle ziekenhuizen aanwezige cliëntenraden over de strategie van de instelling en de context waarin de zorg wordt geleverd. Helemaal geen invloed kan dus niet worden gezegd, maar

idealiter zou de betrokkenheid van de patiënten moeten worden vergroot. Andere respondenten geven aan dat in discussies in de vakgroepen en maatschappen geld minder dominant moet zijn. Het dient meer over kwaliteit en de portfolio van de maatschap/ het ziekenhuis te gaan. Wat zijn voor ons binnen de aanwezige speerpunten de belangrijkste patiëntengroepen, waar komen ze vandaan, hoe kunnen we ze het beste behandelen en helpen, hoe doen anderen dit, hoe efficiënt zijn we, wat kunnen we in ons vak beter doen.

Voor dit type discussies behoort een organisatie niet alleen over routine professionals (R-prof) te beschikken maar ook over improviserende professionals (I-prof). Hieruit dienen consequenties te worden getrokken voor de randvoorwaarden die aan de ontwikkeling van zorgbeleid worden gesteld.

Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat het zorgbeleid in het domein van de huisartsen alleen in grote organisaties dezelfde kenmerken vertoont als in de ziekenhuizen. Daarom zal aan het domein van de huisartsen een apart hoofdstuk worden gewijd.

De totstandkoming van het zorgbeleid is ideaal wanneer de patiënten(organisaties) hier meer bij betrokken worden. Voorts is een balans in de discussies nodig tussen geld enerzijds en kwaliteit, innovaties en portfolio anderzijds.

3.6 Als ervan wordt uitgegaan dat de functie van professionaliteit primair eruit bestaat dat de patiënt en andere betrokkenen vertrouwen hebben in de arts, hoe kan dat vertrouwen in de arts dan worden geborgd?

Vertrouwen in de arts is een aspect in de arts-patiënt relatie, dat fundamenteel is, maar ook ongrijpbaar en diffuus. Een dokter drukte het als volgt uit: 'soms zeg je bijna niets en toch klampt men zich helemaal aan je vast'. Alle ondervraagden zijn het erover eens dat om vertrouwen te wekken men moet laten zien dat het belang van de patiënt voorop staat. Dat betekent dat men de context niet in de spreekkamer toelaat. Uitspraken als 'dat mag niet van de Raad van Bestuur' ondermijnen het vertrouwen. Daarentegen uitstralen dat men zich prettig voelt in de organisatie waar men werkt, is vertrouwenwekkend.

Bij vertrouwen kan er onderscheid gemaakt worden tussen persoonlijk vertrouwen en professioneel vertrouwen. Persoonlijk vertrouwen moet groeien en die groei heeft bijvoorbeeld in het huisartsendomein te maken met elementen als continuïteit van zorg, 'er zijn', snel de arts kunnen spreken, van de hele familie de arts zijn....

Met betrekking tot het professionele vertrouwen zijn alle gesprekspartners van mening dat transparantie en toetsbaarheid van de kwaliteit die men levert belangrijk zijn voor de borging van het vertrouwen. Het gaat

daarbij zowel om de medisch inhoudelijke als om de servicekwaliteit. Men moet laten zien dat men niet de onaantastbare arts is maar dat men zich kwetsbaar durft op te stellen.

Bevorderend voor het vertrouwen is verder het gevoel dat men als patiënt serieus wordt genomen, dat men gehoord wordt. Goede communicatie met en informatie van de patiënt zijn daarvoor belangrijke instrumenten. De patiënt moet bij de medische beslissingen een serieuze rol spelen, ook al is er sprake van relatie- en kennisasymmetrie.

Een aantal ondervraagden geeft aan dat in de ziekenhuizen ook de medische staf als collectief een fundamentele rol kan spelen bij de borging van het vertrouwen. Enerzijds door medische uitkomsten die continu worden gemeten ('we trust in God, others should have data') in de staf te bespreken, anderzijds door te laten zien hoe men 'het zelfreinigende vermogen' heeft georganiseerd. In dit verband wordt een belangrijke plaats toegedicht aan het onderling voeren van functioneringsgesprekken en aan 'appraisal en assessment'.

De opmerking 'vertrouwen in de arts (en de instelling) heeft men niet door diens professionele autonomie, maar door de bereidheid verantwoording af te leggen over de geleverde kwaliteit' is in de gevoerde gesprekken frequent gehoord.

Voor de instelling gelden daarbij factoren als imago, ambitie en traditie, ook al blijven het ongrijpbare grootheden.

Kennis, kunde, attitude, communicatie, aandacht, zorg, goede medische resultaten en goede service zijn elementen die het vertrouwen in de arts kunnen borgen. Over deze kwaliteitskenmerken verantwoording afleggen is een belangrijke factor in het borgen van het vertrouwen.

3.7 Wat is het risico voor de patiënt dat het nieuwe zorgstelsel de vrijheid van diagnostiek en handelen van de arts ongunstig beïnvloedt. Welke zijn de risico's en hoe kunnen we die risico's voorkomen?

Het merendeel van de gesprekspartners is van mening dat het nieuwe zorgstelsel geen (extra) risico's voor de patiënt betekent. Niet meer risico dan bij discussies over geld door en bij de beroepsbeoefenaren zelf. Men gelooft niet in een 'onsje' minder kwaliteit in de zorg maar wel in meer efficiency vooral bij de electieve zorg. Standaardisatie van zorgprogramma's (zorgstraten) betekent niet per definitie extra risico, mits maatwerk en individuele zorg eveneens door de zorgverzekeraar wordt ingekocht. Enkelen menen dat er geen extra risico bestaat omdat de media, patiëntenorganisaties en koepels van ziekenhuizen en specialisten bovenop de inkoop van zorg door de zorgverzekeraars zitten. Anderen zien geen risico in het nieuwe zorgstelsel maar vinden dat juist een teveel aan professionele autonomie

risico's voor de patiënt betekent omdat onvoldoende verantwoording over de geleverde kwaliteit wordt afgelegd.

Eén van de risico's van het nieuwe zorgstelsel is, zo is opgemerkt, dat als gevolg van de marktwerking (die behoefte heeft aan duidelijkheid over de prijs/kwaliteit verhouding) zichtbaar wordt dat er een grote variatie in kwaliteit bestaat. Daardoor kan de overtuiging ontstaan dat men in het lokale zorgsysteem niet de beste zorg krijgt aangeboden waardoor toenemende mobiliteit gaat ontstaan. Pas wanneer de variatie weer smaller wordt en de kwaliteit in de richting van het optimale gaat, kan het vertrouwen weer toenemen. Dit proces kan wel enkele jaren duren.

Een ander risico, zo is opgetekend, is het ontbreken van prikkels tot samenwerking in het nieuwe stelsel. Het nodigt uit tot concurrentie en soms overbodige zorg. Paradoxaal genoeg heeft ons gezondheidszorg systeem de komende jaren juist meer behoefte aan samenwerking door de sterke stijging van het aantal chronisch zieken tot 2015. Immers chronische ziekten vragen bij uitstek om een multidisciplinaire aanpak.

Waar vooral de artsen voor vrezen, is het risico van toenemend claimgedrag van patiënten als gevolg van het marktstelsel; 'ik betaal ervoor dus ik eis van de dokter een'. Professionals, zo zei een gesprekspartner, tonen zich bezorgd over (het gebrek aan) de ruimte die ze hebben om de demands van de patiënten te vertalen in needs (indicaties).

Op de vraag hoe de risico's van te veel nadruk in het systeem op geld en efficiency kunnen worden voorkomen, werd door enkelen opgemerkt dat deze risico's eigen zijn aan een verzekeringsstelsel. Immers, men wil als verzekeringnemer zo weinig mogelijk betalen (30% mutatie bij de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet) en bij gezondheidsproblemen zoveel mogelijk zorg krijgen. Eén van de ondervraagden merkte op dat er in de verzekeringspremie een bepaald en gegarandeerd percentage zou moeten worden ingebouwd voor (de borging van) kwaliteit. Daardoor kan worden voorkomen dat de verzekeraars eenzijdige nadruk leggen op beperking van de schadelast.

Het nieuwe zorgstelsel betekent geen (extra) risico's voor de professionele autonomie en dus voor de patiënt. Enkelen wijzen op het risico van toenemende mobiliteit, van toenemend claimgedrag, van concurrentie en aanbieden van overbodige zorg.

3.8 Domein van de huisartsen

Uit de gesprekken bleek dat bij veel vragen en onderwerpen de meningen van vertegenwoordigers van de huisartsgeneeskunde en van het ziekenhuis (artsen en bestuurders) vergelijkbaar waren. Die meningen zijn in bovenstaande door elkaar verwerkt. Bij sommige onderwerpen richtten de meningen van de huisartsen zich zo specifiek op (de kenmerken van) het domein van de huisarts dat die nu apart worden weergegeven.

In het Nederlandse gezondheidszorg systeem neemt de huisarts een belangrijke plaats in. Van oudsher kenmerkt de huisarts zich door drie organisatorische aspecten: inschrijving op naam van patiënten, de poortwachterfunctie en gezinsoriëntatie. Bovendien was een belangrijk kenmerk van de huisarts dat hij de praktijk als solist uitvoert. Daar is de afgelopen 10 jaar verandering in gekomen. Was in 1994 10.5% van de praktijken een groepspraktijk in 2004 was dit percentage gestegen tot 32.5%. Momenteel is er in één derde van de gevallen nog sprake van een solopraktijk.

De individuele huisartsen voeren geen onderhandelingen met de zorgverzekeraars over prijzen. Deze onderhandelingen vinden op landelijk niveau plaats en de daar gemaakte afspraken gelden dan voor alle in Nederland werkzame huisartsen waarbij de NHG standaarden een belangrijke leidraad zijn voor het medische beleid. Op dit moment is niet duidelijk wat de invoering van het verrichtingentarief voor consequenties zal hebben. Wel voeren huisartsen, afhankelijk van de wijze waarop men zich heeft georganiseerd, op lokaal of regionaal niveau onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de ontwikkeling van nieuwe producten en de financiering daarvan. Voorbeelden hiervan zijn: diabeteszorg, ouderenzorg, COPD-zorg etc.

De ondervraagden geven aan dat huisartsen die gewend zijn aan organisatorische vrijheid bevreesd zijn voor het keurslijf waarin ze bij groei van de organisatorische setting moeten functioneren. Zelfs werd door een gesprekspartner gezegd dat de afnemende belangstelling van huisartsen voor de acute zorg via de huisartsenposten te maken heeft met angst om ingelijfd en 'vermalen' te worden in een grote organisatie. Toch is het onmogelijk om de huisartsen die werkzaam zijn bij een huisartsenpost te laten bepalen hoe bijvoorbeeld de doktersassistente haar werkzaamheden moet verrichten. Dat betekent zoveel hoofden zoveel zinnen met een onwerkbare situatie tot gevolg, vandaar dat de organisaties de kaders en grenzen aangeven. Dat gezegd zijnde werd de mening gegeven dat elke vorm van samenwerking leidt tot begrenzing van de professionele autonomie. Daar werd aan toegevoegd dat dat ook geldt voor het fungeren als solo huisarts omdat dit beperkingen heeft voor de service die men kan leveren, voor de 7 x 24 uren beschikbaarheid en voor de differentiatie in het vak.

Als risico/gevolg van de stelselwijziging wordt door de respondenten vooral gewezen op een sterke toename van de administratieve lasten en op nieuwe toetreders op de markt van de huisarts. Juist nu de huisarts door het opzetten van de huisartsenposten 'meer lucht' heeft gekregen gaan andere organisaties (bijvoorbeeld vroegere thuiszorgorganisaties, apothekers) activiteiten ontwikkelen die consequenties hebben voor de huisartsen. Door deze activiteiten treedt fragmentatie van de zorg op die nadelig is voor de regiefunctie van de huisarts en voor het overzicht over wat er zich medisch met de patiënten uit de praktijk afspeelt, 'de patiënt glipt weg uit het zicht'. Daardoor komt de gezinsoriëntatie onder spanning te staan en wordt het denken in geld/concurrentie soms prominenter terwijl het eigenlijk meer over de kwaliteit van zorg behoort te gaan. Daar staat tegenover, zo wordt door de ondervraagden aangegeven, dat de gevoelde concurrentie wel bijdraagt aan inhoudelijke en organisatorische innovaties in de zorg.

Het nieuwe zorgstelsel leidt in het domein van de huisarts door nieuwe toetreders op de markt tot fragmentatie van de zorg, dat nadelig is voor de regiefunctie en het overzicht van de huisarts. Het ontstaan van grotere organisaties in het domein van de huisarts leidt tot verlies van (organisatorische) vrijheid waar de solohuisarts grote moeite mee heeft.

4 Verantwoording

De gesprekken overziend is bij de onderzoeker de indruk ontstaan dat de meningen van de respondenten model kunnen/mogen staan voor de wijze waarop er binnen het domein van de ziekenhuizen en huisartsen over de risico's van de stelselwijziging wordt gedacht. De onderzoeker is verantwoordelijk voor de wijze waarop de gesprekken in dit stuk zijn verwoord en beschreven.

De onderzoeker dankt de RVZ, in de persoon van de projectleider mr. J.P. Kasdorp voor het in hem gestelde vertrouwen. Het was een interessante en inspirerende ervaring om zoveel gesprekken over professionele autonomie, het nieuwe zorgstelsel, de risico's voor de patiënt, etc te mogen voeren.

Bijlage

Lijst geïnterviewden

- M. Rook, voorzitter van de Raad van Bestuur van het St. Antoniusziekenhuis in Nieuwegein en Mesos Medisch Centrum in Utrecht
- drs. J.P.R. Kleijne, voorzitter Raad van Bestuur van Meander Medisch Centrum in Amersfoort
- dr. J.H. Schaaf, oud voorzitter van de Raad van Bestuur van het Tweesteden ziekenhuis in Tilburg en mede auteur van het boek (1995) “de professionele autonomie van de medisch specialist”
- drs. W. van der Meeren, Raad van Bestuur St. Elizabeth ziekenhuis in Tilburg
- drs. W. Schellekens, huisarts n.p. , oud lid Raad van Bestuur Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en oud directeur van het Kwaliteitsinstituut in de Zorg CBO.
- Prof.dr. G. Blijham, internist n.p. en voorzitter Raad van Bestuur UMC Utrecht
- Mr.drs. R.W. Verrips, senior beleidsadviseur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen Utrecht

- Drs. P.C.H.M. Holland, gynaecoloog n.p. en oud lid Raad van Bestuur Alysis zorggroep Arnhem en voorzitter van de KNMG
- Dr. R. Diepersloot, medisch microbioloog Diaconessenhuis Utrecht/ Zeist en voorzitter van de Kamer van Vrijgevestigd specialisten OMS
- P. Oostinga, waarnemend longarts Martiniziekenhuis Groningen en oud lid Raad van Bestuur Twenteborg ziekenhuis Almelo
- Prof.dr. M. P.M. Burger, hoogleraar gynaecologische oncologie, AMC Amsterdam
- Dr. E. Hammacher, chirurg - traumatoloog, St. Antoniusziekenhuis Nieuwegein

- H. Blankesteijn, huisarts in praktijk Bosboomstraat te Utrecht
- A. de Jong, Raad van Bestuur Primair Huisartsenposten Utrecht
- F. Spée, huisarts in IJsselstein en voorzitter Medische Raad van Primair Huisartsenposten Utrecht
- B. Groot Roessink, huisarts en medisch directeur Zorggroep Almere

- Prof dr. A.J.P. Schrijvers, hoogleraar Structuur en Organisatie Gezondheidszorg, Juliuscentrum UMC Utrecht
- Prof. dr. M.Berg, hoogleraar Instituut voor Beleid en Management Erasmus Universiteit Rotterdam.

Medisch professionele autonomie tussen markt en staat: artsen op een tweesprong of in spagaat?

Een oriëntatie naar ontwikkelingen in de medisch professionele autonomie in Duitsland, de Verenigde Staten en Zweden en hun mogelijke betekenis voor Nederland na de stelselherziening



Drs. F.L.J. Tjadens,
Vilans

Inhoud

1	Inleiding	59
1.1.	Achtergrond en probleemstelling	59
1.2	Werkwijze	60
1.3	Oriëntatie op de onderzoeksvragen	60
1.4	De gezondheidssystemen: een eerste blik	64
1.5	Eerste uitkomsten en gevolgen voor de rapportage	65
2	Bevindingen	67
2.1	Kaders: enkele ontwikkelingen in het denken in medisch Nederland	67
2.2	Borging kwaliteit	70
2.3	De betekenis van en ontwikkelingen in autonomie en professionaliteit	76
2.4	Vertrouwen in de gezondheidszorg en in artsen in het bijzonder	79
2.5	De relatie met de financiers	95
2.6	Vertrouwensrelaties, geld en ethiek	102
2.7	De stand van zaken in het debat en de nabije toekomst van het medisch beroep	106
3	Betekenis voor de professionele autonomie van de Nederlandse arts	109
3.1	Inleiding	109
3.2	Borging professionaliteit en kwaliteit.	111
3.3	Vertrouwen	113
3.4	Verhouding met patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen	115
3.5	Overige bevindingen	119
	Literatuur	123
	Bijlagen	129
1	OECD-data	131
2	Arkansas Medical Board: registerdata	135
3	Vrij verkeer van artsen binnen de EU en de rol van registerhouders	139
4	Medische aansprakelijkheid in de drie onderzochte landen.	141
5	Proposition 12: Texas verovert de VS.	145
6	De kritiek van Peeno op Managed Care	147

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en probleemstelling

In toenemende mate wordt de medische wereld gekleurd door multiple diagnostiek en behandeling, door complexere en mondiger patiënten, die ouder zijn en minder homogeen en door techn(olog)ische ontwikkelingen die weliswaar leiden tot belangrijke innovaties in behandelingsmogelijkheden, maar die tevens hoge(re) kosten per behandeling (dan voorheen) met zich mee kunnen brengen. Marktmodellen treden in, de druk daaromheen neemt toe en tegelijkertijd dient de medicus zich beter te verantwoorden.

Deze en andere ontwikkelingen zien we ook in Nederland terug, zeker na de invoering van een nieuw financieringsstelsel met de zorgverzekeringswet en met de invoering van methodieken als de diagnose-behandelingscombinatie. Het leidt tot veel onrust en tot de noodzaak tot overdenking van de – nabije – toekomst.

De RVZ staat daarom voor de taak te adviseren over de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional, vanuit de achtergrond van het met de invoering van de ZVW vernieuwde zorgstelsel. In dit kader heeft de RVZ het NIZW IC eerder gevraagd om in het kader van de Intelligence-functie zich te oriënteren op de internationale context. Daartoe is via internet een search gedaan naar relevante documentatie. De uitkomsten zijn nog voor de zomer van 2006 via email aan de RVZ gerapporteerd.

Inmiddels heeft de RVZ enige andere voorbereidende deeltrajecten lopen maar is men nog steeds op zoek naar een nadere invulling van de internationale context. Aan het International Centre van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW IC) werd daarom gevraagd nadere informatie rond de (veranderende) positie van de medisch professional te onderzoeken, met name waar het gaat om diens positie – en de gevolgen daarvan voor diens relatie met de patiënt - in:

- een extreem marktgericht stelsel (Verenigde Staten);
- een extreem overheidsstelsel (Zweden);
- een mengvorm (Duitsland).

In concreto vroeg de RVZ antwoorden op de vragen:

- 1 Hoe wordt professionaliteit geborgd¹?
- 2 Hoe staat het met het vertrouwen van de bevolking in de gezondheidszorg in het algemeen en artsen (huisartsen en medisch specialisten) in het bijzonder²?
- 3 Is er discussie over professionaliteit c.q. professionele autonomie? Zo ja, over welke kwesties en om welke redenen?
- 4 Doen zich specifieke problemen voor in de verhouding met patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen?

- 5 Welke maatregelen worden overwogen / toegepast om deze problemen te verminderen en wat is bekend over de resultaten?

Hieraan is een zesde vraag toe te voegen:

- 6 Wat betekenen de uitkomsten op voornoemde vragen voor de ontwikkelingen rond de professionele autonomie voor de medische professional in Nederland?

De internationale analyse en vergelijking heeft immers alleen zin indien ze voor de Nederlandse context belangrijk lesmateriaal oplevert. Deze vraag is in zichzelf echter alleen te beantwoorden indien hieraan ook een analyse van de Nederlandse situatie vooraf gaat. Aangezien deze analyse niet tot de opdracht behoorde, is deze vraag niet te beantwoorden, tenzij we gebruik maken van hulpmiddelen, zoals een concept-discussienotitie welke is gebruikt door en ten behoeve van een KNMG-conferentie over de medisch professionele autonomie, welke is gehouden in november 2006.

Daar het project de jaargrens 2006/2007 overschreed, is de opdracht van de RVZ tot eind 2006 uitgevoerd door het NIZW IC. Na de opheffing daarvan (en van het NIZW als geheel) per 31 december 2006, is de opdracht overgegaan naar één van de rechtsopvolgers, VILANS.

1.2 Werkwijze

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van door de RVZ beschikbaar gestelde documentatie, op basis van uitkomsten van de eerder uitgevoerde internetsearches en door additionele gerichte zoektochten naar documentatie (Google, PubMed) op basis van een scala aan gerelateerde zoektermen in het Engels en Duits). Voorts zijn de Zweedse artsvereniging en de Duitse Bundesärztekammer via email benaderd en heeft een telefonisch interview plaatsgevonden met dhr. Lönnquist van de Zweedse artsen-associatie (SLF). Ook is op basis van beschikbare bronnen of documentatie verder 'gesneeuwbaald'. Na wording van het concept-rapport heeft vervolgens een toetsingsbijeenkomst plaats gevonden met vertegenwoordigers van de Raad, wat tot de nodige aanpassingen leidde. Het voorliggende rapport is echter uitsluitend de verantwoordelijkheid van de auteurs.

1.3 Oriëntatie op de onderzoeksvragen

De gevraagde analyse vindt plaats binnen de voorbereiding van een RVZ-advies over de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Dit dient te worden gelezen als de 'medisch professional'. De beleidsvragen voor de RVZ zelf zijn de volgende:

- 1 Wat moet worden verstaan onder (medische) professionaliteit, welke aspecten ervan zijn vooral belangrijk en welke verantwoordelijkheden en mogelijkheden brengen die met zich mee voor de professie en haar leden? Wat is in dit verband het maatschappelijk nut van professionele autonomie?
- 2 Welke aspecten van (medische) professionaliteit kunnen door de stelselwijziging onder druk komen te staan en wat moet daar eventueel aan worden gedaan?
- 3 Welke aspecten van (medische) professionaliteit dienen te worden versterkt en hoe kan dit worden gedaan?³

In dit rapport gaan we niet uitgebreid in op de algemene vragen die betrekking hebben op de ontwikkelingen in Nederland (zoals een analyse van de stelselwijziging zou kunnen zijn), omdat deze tot de competentie en opdracht van de RVZ zelf horen. Wél fungeren de vragen die de RVZ in haar plan van aanpak benoemt, als kader voor de vragen die de RVZ vervolgens aan het NIZW IC heeft gesteld.

De door de RVZ richting NIZW IC geformuleerde onderzoeksvragen nopen daarom tot een nadere bespreking alvorens ze nader te analyseren. Dat doen we onderstaand.

Borging professionaliteit

Besloten in de vraag hoe de professionaliteit van de medicus wordt geborgd, is de vraag wat men verstaat onder (medische) professionaliteit en of verschillende landen onderscheiden antwoorden geven. Later in dit stuk komen we terug op definities zoals die door de KNMG worden gehanteerd. Deze impliciete vraag vormt echter ook een deel van de kernvraag van de RVZ zelf; wat een reden vormt om in dit rapport niet naar een eenduidige definitie toe te werken, of om definities zoals gehanteerd door onderscheiden actoren in diverse landen, expliciet te gaan vergelijken. Dat wil echter niet zeggen dat we er geen aandacht aan besteden. Integendeel. Het gaat ons echter niet om – daartoe waren de kaders te knellend – een theoretische verhandeling, maar veeleer om de praktijk inzake de – borging van – de medische professionaliteit in de spreekkamer en aan de operatietafel. Het zijn immers deze verschijningsvormen die iets zeggen over de achterliggende definities, maar ook over de mogelijke impact van maatschappelijke ontwikkelingen op die (zelf-)definities.

Juist in de directe interactie met de patiënt dient de professionaliteit tot uitdrukking te komen. Dat betekent dat we het in principe hebben over:

- onderzoek en diagnosestelling;
- behandeling;
- hulpmiddelen; instrumentaria (hard-tech, soft-tech, enz.);
- de organisatie van de zorg en de ondersteuning;
- financiën (de verzekering, eigen betalingen aan patiëntenzijde; de vergoedingen voor de arts: voor welke zaken wel en welke zaken niet).

Gezien voorts de nadruk van de RVZ op de gevolgen van de stelselherziening, ligt het in de rede om minder te kijken naar aspecten die samenhangen

met innovaties (ict, apparatuur en dergelijke), maar dit slechts aan de orde te stellen indien en voorzover het materiaal ons aanleiding geeft om te veronderstellen dat de herziening gevolgen heeft voor het innovatievermogen van de medische beroepsuitoefening. Bijvoorbeeld: Duitse disease-management programma's leiden tot meer geïntegreerde zorgketens voor chronisch zieken. Dat betekent betere samenwerking en innovatieve zorg. Dat kan alleen dankzij prikkels voor alle partijen.

De focus van de RVZ betekent echter ook dat noodzakelijkerwijs de relatie met de financiers in de onderzochte landen met nadruk besproken wordt. Daarbij gaat het primair om de relatie tussen financier en beroepsbeoefenaar en secundair om de relatie financier-verzekerde/belastingbetaler en de gevolgen die een bepaald systeem voor hem of haar heeft in zijn zorgproces met de behandelend arts.

Daarom: hoewel deze vraag verwijst naar het totale spectrum van kwalificaties en opleiding, registratie / certificatie en vervolgens de uitoefening van het beroep, richten we ons vooral op de borging van de kwaliteit en op uitoefening van het beroep, inclusief de medisch-ethische normen en beroepsdeed en inclusief de zelfbepaling (door de beroepsgroep) en externe monitoring, bijvoorbeeld rond onethisch handelen, medische missers en dergelijke. Dit geschiedt met het oogmerk uitspraken te kunnen doen over de mogelijke gevolgen van de invoering van de Zorgverzekeringwet.

Voorts richten we ons op de beroepsgroep zelf, en niet zozeer op het gehele systeem dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening dient te bewaken. Nederland kent negen inspectieorganen, waaronder bijvoorbeeld de IGZ, de Nma en de NZa. Dit soort externe autoriteiten (elk land kent er een aantal inzake de gezondheidszorg) spelen in deze inventarisatie slechts beperkt een rol.

Secundair in deze vraagstelling is de thematiek besloten van de als zodanig waargenomen afnemende autonomie: in hoeverre grijpt de staat of grijpen andere actoren (financiers, overheden) in in de eerder klaarblijkelijk meer autonome vormgeving van het beroep? Welke rol spelen deze partijen bij de borging (of wraking) van de professionele autonomie? Wat beïnvloedt de arts-patiëntrelatie in spreek- en operatiekamer anders dan de professionele kennis en kunde van de arts en de specifieke klachten van de patiënt?

Vertrouwen in de gezondheidszorg en artsen⁴

Deze vraagstelling suggereert dat ontwikkelingen in de professionaliteit en professionele autonomie van de medicus zijn gekoppeld aan het vertrouwen van de bevolking. Bovendien suggereert deze vraag, binnen het kader van dit onderzoek, dat er een relatie is tussen het vertrouwen van de bevolking in de gezondheidszorg en de (mate van) professionele onafhankelijkheid. Of deze suggestie terecht is, is de vraag. Nederland kent bijvoorbeeld zowel private specialistische praktijken binnen en buiten de

ziekenhuizen als artsen in loondienst (waaronder die in de Academische centra), zonder dat beide modellen van invloed lijken op het vertrouwen dat men in de gezondheidszorg heeft.

Hoe dan ook, de veronderstelling is dat de genoemde koppeling tussen vertrouwen en professionele onafhankelijkheid weer gerelateerd zou zijn aan de prestaties van de sector c.q. de beroepsgroep. Dat komt tot uitdrukking in bijvoorbeeld de houding van de beroepsgroep in het omgaan met interne en externe verantwoording. De vraag is natuurlijk of deze inkleuring terecht is. De rol en interacties van alle partijen tot elkaar, de culturen en de beschikbare middelen – om slechts een paar factoren te noemen – zijn daarin evenzeer belangrijk zo niet belangrijker.

Welk debat is er over professionele autonomie en waarom?

Uiteraard veronderstelt deze vraag dat er in de onderzochte landen een debat gaande is over professionele autonomie. Voorts is de suggestie dat de motieven daarvoor mogelijke lessen voor Nederland kunnen betekenen. We zullen zien dat het debat over de autonomie veelal extern aangestuurd wordt. Daarmee is wellicht ook direct de belangrijkste les gegeven: de artsen zijn – in zeker opzicht – overal in het defensief, of althans, zo wordt het ervaren. We zullen zien dat de beantwoording van deze vraag door het hele rapport heen aan de orde komt, omdat het debat vele facetten van het medisch beroep raakt. We zullen deze vraag daarom niet – naast de beschrijving van de uitkomsten - nogmaals aan de orde stellen

Verhouding met sleutel-actoren

Elk zorgsysteem heeft zijn beperkingen en mogelijkheden, ook waar het gaat om de invulling van de professionele autonomie van medici. De crux van deze vraag naar eventuele specifieke problemen in de verhouding met sleutel-actoren is gelegen in de vooronderstelling dat een verschillende invulling van het zorgsysteem – en dus in de relaties met sleutel-actoren zoals patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen en overheden, consequenties heeft voor die invulling van de medische professionaliteit en dus, dat uit het onderzoek specifieke aspecten naar voren zullen komen waardoor in het ene land wellicht de relatie met patiënten beter is en in een ander land – als gevolg van de inrichting van het zorgsysteem – de relatie met financiers of overheden beter is.

Een adequaat antwoord op deze vraag veronderstelt dat we per land een zeer diepgaande analyse hebben kunnen maken. Zoals al eerder gemeld, is dat binnen de gestelde kaders niet gelukt. Voor zover we wel gegevens uit de diverse landen kregen, is het antwoord op de onderzoeksvraag echter negatief: er is geen reden om te veronderstellen dat de problemen inzake de professionele autonomie die we zijn tegen gekomen in de diverse landen voor die landen specifiek zijn. Uitzondering daarop is de in de Verenigde Staten spelende crisis rond de aansprakelijkheid van artsen. Uiteraard komen we hierop terug.

Maatregelen en de resultaten

Belangrijkste achtergrond van deze vraag naar voorgenomen en geïmplementeerde maatregelen en hun resultaten lijkt de gedachte dat de voorbeelden in de onderzochte landen kunnen leiden tot informatie die ook voor de Nederlandse ontwikkelingen relevant kunnen zijn. De maatregelen kunnen zich ten principale richten op de gehele “Umwelt” van de arts in zijn relatie met de patiënt, maar de vraag is, in het verlengde van de bespreking van de vorige vraag, of de maatregelen specifiek voor een bepaald zorgsysteem – en de daar bestaande interpretatie en uitwerking van een begrip als ‘professionele autonomie van de medicus’ - zijn of dat ze een meer algemene geldigheid hebben.

In een bespreking van de ontwikkelingen in het vertrouwen, in de relatie met andere partijen en in ontwikkelingen in het denken over professionaliteit (integriteit), komen de beleidsontwikkelingen en de discussies al aan de orde. Dat betekent dat we deze vraag niet separaat zullen beantwoorden.

Betekenis voor de medisch professionele autonomie in Nederland

Het voert in deze verkenning te ver om een diepgaande analyse te geven van de relevante ontwikkelingen in Nederland voor de professionele autonomie van de medicus in Nederland. Het is ook aan de RVZ zelf om hier nader op in te gaan. Wél bespreken we enkele algemene ontwikkelingen die voor ons kaderstellend zijn. Daarbij gaat het ons niet primair om medisch-inhoudelijke of autonome ontwikkelingen, maar om (de gevolgen van) doelbewuste beleidsbeslissingen van de rijksoverheid over de inrichting van het zorgstelsel. Een en ander is conform de vragen waarmee ook de RVZ worstelt. Dat betekent dat voor ons centrale kaders zijn de implementatie van de diagnose-behandelingscombinaties en ook de invoering van de zorgverzekeringswet per 2006. De stand van zaken rond de afkalkende AWBZ beschouwen we echter als een gegeven. Dat betekent dat we de mogelijke verdere ontwikkelingen rond de AWBZ, waarin bijvoorbeeld een deel van de geestelijke gezondheidszorg over zou kunnen gaan naar de Zorgverzekeringswet, met de mogelijke gevolgen daarvan voor medisch beroepsbeoefenaren als gerieters en psychiaters, buiten beschouwing laten.

1.4 De gezondheidssystemen: een eerste blik

Zoals beschreven, zijn de landen in dit onderzoek geselecteerd vanwege hun systematische verschillen voor wat betreft de aansturing van hun gezondheids(zorg-)systeem. De Verenigde Staten gelden als de kampioen van de vrije markt, Zweden geldt als de kampioen van de overheidsbemoeienis (binnen een primair kapitalistisch systeem) en Duitsland zit daar ergens tussen in. De geselecteerde landen blijken in OECD-verband de (in 2001) hoogste procentuele uitgaven aan gezondheidszorg te hebben (zie bijlage 1). De Nederlandse uitgaven zijn hierbij vergeleken

relatief laag. Dat betekent op het eerste gezicht dat indien en voor zover relevante vraagstukken in deze landen worden gesignaleerd, er mogelijk aanleiding is om te veronderstellen dat deze vraagstukken zich in Nederland in ernstiger mate voordoen, want in Nederland wordt minder aan gezondheidszorg uit gegeven. Dus zouden gegevens uit deze landen voor Nederland bijzonder relevant kunnen zijn. Zo bezien is de selectie van de landen een gelukkige. Voorzichtigheid is echter geboden, omdat vele aspecten deze conclusie kunnen beïnvloeden. De indicatoren zijn te ruw en de interveniërende factoren te omvangrijk. Zo is bijvoorbeeld uit de VS bekend, dat de toegang tot zorg zeer ongelijk is verdeeld.

In alle onderzochte landen speelt de basale vraag naar de financierbaarheid van de gezondheidszorg en daarnaast en daaraan gerelateerd, de vraag naar de kwaliteit en kwantiteit van zorg. Wat moeten we aan behandeling toestaan, wat niet, wat is kwaliteit? Gaat het om kwaliteit tot elke prijs? Indien niet: wat is dan de prijs-kwaliteitsverhouding die de samenleving acceptabel vindt en wat zijn dan de consequenties? Bij al dit soort vragen – in alle landen – botsen gedachten over medische autonomie, financiële aspecten en het ethisch handelen van de professionele actoren samen, ook al is de uitwerking van deze vragen in de onderscheiden landen verschillend.

Om de eenvoudige reden dat de bomen noch voor patiënten noch voor medici of politici tot in de hemel groeien, betekent het voorgaande dat hervormingen en modernisering in de gezondheidsstelsels aan de orde van de dag zijn. Deze vragen gelden ongeacht de professionele status van de arts, als werknemer (Zweden) of als vrijgevestigde (Duitsland, Verenigde Staten, merendeels Nederland). Dat geldt eens te meer daar de wetenschap vooruit snelt, patiënten andere eisen gaan stellen en artsen de nieuwe mogelijkheden ook graag benutten. Zo kende Duitsland tot aan de grote coalitie 14 modernisering en nu komt er wederom een geheel nieuw stelsel. Ook in de Verenigde Staten wordt, op staat- en federaal niveau, veel aan het systeem gesleuteld. De regering Clinton stelde grote hervormingen voor, maar kon ze niet realiseren. Nu lijkt een model uit Texas inzake de inperking van de aansprakelijkheid van artsen federaal opgeld te doen. Belangrijkste thema's in de VS zijn de ongelijke toegang, de aansprakelijkheidsrechtspraak en de deels ongelukkige werking van het zorgverzekeringsmodel aldaar. En Zweden heeft in de jaren negentig een grote hervorming gehad, maar kent evenzeer een financieel probleem. Echter ook zonder dit soort 'grand design'-modernisering worden er pogingen ondernomen om de stelsels te moderniseren.

1.5 Eerste uitkomsten en gevolgen voor de rapportage

We hebben niet de illusie een per land compleet beeld te geven van de belangrijkste ontwikkelingen, discussies en ideeën. Dat hangt deels samen met de randvoorwaardelijke beperkingen aan dit onderzoek maar ook

met het gegeven, dat niet altijd leesbaar materiaal te vinden was. Zo zijn we de Zweedse taal helaas niet machtig, wat uiteraard de mogelijkheid om Zweedse documentatie te vinden en analyseren minimaliseert. Materiaal over Zweden in andere talen is echter beperkt vindbaar. Daarnaast geeft de analyse van de kengetallen geen aanleiding om de onderscheiden landen nadrukkelijk onderscheiden te behandelen.

Was het daarom in eerste instantie de bedoeling om per land een gedetailleerd overzicht te geven van de stand van zaken in het denken rond medische professionaliteit (zie ook de vraagstellingen); later gaven de bevindingen in 1.3 en de beschikbare documentatie aanleiding om een thematische benadering centraal te stellen, ook al omdat soms materiaal over land x naar voren kwam bij analyse van materiaal uit land y, waar soortgelijke discussies speelden. Veel Amerikaanse literatuur over de aansprakelijkheid van artsen stuit bijvoorbeeld op vergelijkingen met het Zweedse 'no fault'-systeem (zie ook verderop). Zodoende is de belangrijkste bron van informatie op dit terrein over Zweden voor ons geen Zweedse documentatie, maar Amerikaanse. Daarmee zijn dus de onderzoeksvragen en –thema's centraal gekomen in het rapport. Dat betekent overigens niet dat er geen 'couleur locale' in het rapport aanwezig is. Dit betekent ook dat het thematische overall-beeld de basis voor de beantwoording van de zesde vraag vormt. Daarbij hebben signalen uit de KNMG-conferentie van 8 november 2006 een belangrijke rol gespeeld. Rekening houdend met onze nadere beschrijving van de onderzoeksvragen, betekent dit dat we in de volgende onderzoeksvragen expliciet zullen behandelen:

- 1 Hoe wordt professionaliteit geborgd?
- 2 Hoe staat het met het vertrouwen van de bevolking in de gezondheidszorg in het algemeen en artsen (huisartsen en medisch specialisten) in het bijzonder?
- 3 Doen zich specifieke problemen voor in de verhouding met patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen?
Daarnaast zullen we trachten de uitkomsten te verbinden aan de Nederlandse situatie door, op grond van het eerder besproken, expliciet na te gaan:
- 4 Wat betekenen de uitkomsten op voornoemde vragen voor de ontwikkelingen rond de professionele autonomie voor de medische professional in Nederland?
Dit doen we in het slothoofdstuk.

2 Bevindingen

2.1 Kaders: enkele ontwikkelingen in het denken in medisch Nederland

Vertrouwen en professioneel handelen.

Op 8 november 2006 besprak de KNMG een concept-notitie rond de medische professionaliteit in een veranderend stelsel. We putten onderstaand uit deze concept-notitie – omdat een finaal document op moment van schrijven ontbreekt en het document toch een stand van zaken in het denken in medische kringen weergeeft - en uit enige commentaren op deze notitie, zoals tijdens de conferentie gemaakt (bron hiervoor: interne RVZ-documentatie). Het zijn deze commentaren die naar verwachting zullen leiden tot aanpassing van de notitie. Daarmee hopen we de teneur van het debat binnen de KNMG in deze paragraaf alsnog recht te doen.

De notitie⁵ onderscheidt medische professionaliteit, professionele verantwoordelijkheid en medische autonomie.

Definities	
Medische professionaliteit	het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt (p.4)
Professionele verantwoordelijkheid	medisch professioneel handelen op grond van de professionele standaard (p.8)
Medisch professionele autonomie	de vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of alle andere verrichtingen waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doelstelling de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt (p.10) (...) de arts [biedt] zorg (...) van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Hierover moet de arts ook verantwoording afleggen. (...) Professionele autonomie maakt deel uit van professionele verantwoordelijkheid. (...) Professionele verantwoordelijkheid en autonomie zijn voor een goed functionerende medisch professional vanzelfsprekend (p.11).

Medische professionaliteit is dus aan twee zaken gekoppeld: het vertrouwen van mensen enerzijds en de arts die er alles aan doet om dit vertrouwen zo hoog mogelijk te krijgen anderzijds. Slechts dán is de medicus professioneel verantwoordelijk bezig, want dan handelt deze op grond van de professionele standaard. Dit medisch handelen is te onderscheiden in zes competentievelen die in het medisch handelen – en daarom ook in gedrag(sregels) en in bij- en nascholing - omvat dienen te zijn:

- kennis, wetenschap
- organisatie
- communicatie
- samenwerking
- professionaliteit
- maatschappelijk handelen

Een kernzin in het concept-document van de KNMG is de volgende: “Intrinsieke motivatie van artsen wordt teniet gedaan door (geïnstitutionaliseerd) wantrouwen. Artsen moeten daarom niet alleen vertrouwen wekken en laten zien vertrouwen waard te zijn, maar ook vertrouwen vanuit de samenleving krijgen”.

Hier stelt men zonder omwegen dat de medische beroepsgroep op grond van het zich profileren als medicus al voldoende grond heeft om vertrouwd te worden. In dit kader is het relevant op te merken dat uit onderzoek naar voren dat er een sterk effect is van – breed gedefinieerde – professionele autonomie op de tevredenheid van de arts (met diens werk en carrière).⁶ Men zou mogen verwachten dat hier op volgend ook de intrinsieke motivatie hoger is. De positief beoordeelde aspecten van de professionele autonomie zijn

- het regelen van medisch noodzakelijke diensten voor de patiënt;
- voldoende tijd hebben voor de patiënt;
- vrijheid van klinische beslissingen;
- onderhouden van lopende relaties met patiënten;
- in een omgeving werken waar het mogelijk is zorg van hoge kwaliteit te leveren;
- klinische beslissingen nemen zonder de mogelijkheid dat dit het eigen inkomen negatief beïnvloedt;
- het onderhouden van adequate communicatie met andere artsen.

Twee factoren van professionele autonomie leken niet gelieerd: vrijwillig (-ers) werk en de arbeidsinspanning. Men stelt dat deze factoren vooral de ‘lasten’ van de autonomie weergeven, waar de andere factoren de ‘lusten’ van de professionele autonomie weergeven. Anders geïnterpreteerd: zoals bij ieder ander, verhogen prettige aspecten aan het werk de arbeidsvreugde, en onprettige niet. De gevolgtrekking lijkt te zijn dat het werk van de medicus aan het veranderen is, waarbij de vanouds hoog op de agenda staande lusten, deels worden vervangen door lasten, waar inhoudelijke en organisatorische aspecten debet aan zijn.

De opmerking inzake geïnstitutionaliseerd wantrouwen is belangrijk, omdat ze een perceptie weergeeft die klaarblijkelijk binnen de KNMG breed leeft over de kaders waarbinnen medici hun vak uit moeten oefenen. De lasten nemen toe, de lusten nemen af. Er is geen sprake meer van een volstrekt autonome professional, maar van een ingekaderde professional, die bovendien die kaders waarneemt als een vorm van geïnstitutionaliseerd wantrouwen. Dit verwijst direct naar een klaarblijkelijk toenemende noodzaak – opgelegd – tot externe verantwoording.

Daarbij zijn overigens twee zaken te scheiden: het vertrouwen van het publiek c.q. de patiënt in de behandelend arts dan wel de gezondheidszorg aan de ene kant en het vertrouwen van de institutionele partners, waaronder de rijksoverheid en zorgverzekeraars in het handelen van de medische beroepsgroep. Het eerste thema is het domein van deze studie, zoals uit de vragen naar voren komt. Het tweede domein is binnen de Nederlandse context aan de orde waar het bijvoorbeeld gaat over de ophef begin 2006 over het declaratiegedrag door medisch specialisten. Er was sprake van dat mogelijk tot een bedrag van € 500 miljoen zou zijn gedeclareerd zonder dat men dit kon terugbrengen op concrete handelingen. In welke mate de berichtgeving correct is geweest, is op dit moment niet te achterhalen. Feit is wél dat in de financiën een deel van de spanningen is terug te vinden. De economisering van de gezondheidszorg en van het medisch handelen, leidt tot een voortdurende verantwoordingsplicht, niet alleen richting patiënt, maar ook richting collegae, organisatie en financiers, welke gemakkelijk is waar te nemen als geïnstitutionaliseerd wantrouwen. Het is in dit verband opmerkelijk dat de concept-KNMG notitie – waar ze het heeft over professionele verantwoordelijkheid – spreekt over medisch professioneel handelen op grond van de professionele standaard en niet over ‘toetsbaar medisch professioneel handelen op grond van de professionele standaard’.

De marktheroeding in Nederland, met verzekeraars die hun marktpositie in de onderhandelingen trachten te versterken en die inkoopcontracten sluiten, zullen echter langzaam maar zeker steeds meer gegevens willen over het medisch handelen, om zo voor hun verzekerden gunstige (prijs/kwaliteit-)contracten af te kunnen sluiten. Zo zien we dat Agis en CZ inmiddels aankondigen ook kwaliteitsdata te willen hebben om voor hun patiënten goede zorg te kunnen regelen en ontwikkelt Zorgverzekeraars Nederland voor de zorginkoop van haar leden de laatste jaren kwaliteitsindicatoren⁷ die overigens deels overlappen met die van de toezichthouder op de geleverde zorg, de IGZ.

Daarnaast is zeker niet ondenkbaar dat ze zich – onder meer onder druk van collectieve contracten – zullen gaan richten op specifieke behandelingen en dat ze – omwille van de premiedruk – kritischer zullen gaan kijken naar behandelingen.

Belangrijk in dit verband is dat dezelfde KNMG concept-notitie stelt dat organisatie- en samenlevingseisen boven de professionele autonomie uitgaan.

Dat kan betekenen dat de organisatie afspraken maakt met verzekeraars, en dat de beroepsgroep de samenlevingseisen, waaronder de toenemende verantwoordingsplicht als gevolg van de toenemende economische invalshoek in de gezondheidszorg, dient te respecteren. Op basis van de data is te stellen dat deze toenemende verantwoordingsplicht belangrijke spanningen voor de beroepsgroep herbergt.

Bovendien is te concluderen dat de KNMG-concept-notitie feitelijk nog geen antwoord weet te formuleren op de 'uitdaging van het geïnstitutionaliseerde wantrouwen'. Vraag is overigens of een dergelijk begrip wel terecht is.

Conclusie

De KNMG beleeft en ervaart geïnstitutionaliseerd wantrouwen (ook al is dit in een concept-stuk). Zoals uit de rest van dit rapport naar voren komt, staat zij daarin niet alleen. Ook bijvoorbeeld in Engeland is sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw een nieuw beleid ontstaan waarin externe verantwoording door medici een steeds belangrijker component van het gezondheidszorgbeleid werd.⁸ Soortgelijke ontwikkelingen komen, zoals we zullen zien, ook in Duitsland, Zweden en de Verenigde Staten nadrukkelijk naar voren. Gezien de materie lijkt het bovendien te verwachten dat de problematiek in meer landen speelt. In geen van deze landen heeft de medische beroepsgroep – als individuele behandelaar of als groep – inmiddels een afdoende antwoord op de toenemende externe controle (bemoeienis) en invloed op het eigen werk – tenminste deels vanwege een gebrek aan interne controle - kunnen formuleren, ondanks het unieke kennisdomein.

2.2 Borging kwaliteit

Europese basis-eisen, nationale invulling

De basale opleidingseisen zijn op Europees niveau afgestemd en geregeld in de specifieke Richtlijn 93/16/EEC van 5 april 1993.⁹ Doel van de richtlijn is primair het vrij verkeer van artsen en de wederzijdse erkenning van diploma's te regelen. Om dat te kunnen doen, stelt de richtlijn eisen aan de opleiding van artsen. Dat wil echter niet zeggen dat hiermee de totale opleiding in een gegeven lidstaat is geregeld. Veelal hanteren de lidstaten eigen, specifiekere eisen alvorens intrede in de beroepspraktijk mogelijk is. In alle landen speelt de beroepsgroep overigens een cruciale rol in de (mede-)bepaling van de opleidingseisen en de bewaking van de opleiding zelf.

Registratie als arts wil daarom slechts zeggen dat men aan bepaalde basis-kwalificaties voldoet. Waar bijvoorbeeld de Europese Richtlijn slechts een aantal uren theoretische vorming benoemt, zal een lidstaat dit mogelijk nader preciseren of ophogen door regelgeving die verheldert waaruit die theoretische vorming dient te bestaan. Dat geldt temeer de specialisten-registers.

Registerhouders als kwaliteitsbewakers

Artsen dienen geregistreerd te worden, waar men ook kijkt. Daar komt soms ook nog een licentie bij alvorens men kan praktiseren. In Nederland vindt registratie bij het BIG-register plaats en (na een vervolgopleiding en alvorens te praktiseren) bij één van de specialistenregisters van de KNMG. Daarbij dient bedacht te worden dat registratie in het BIG-register vrijwillig is, en voor een vrij praktiserend arts niet afdwingbaar. In vele andere landen is registratie (en separate certificatie) verplicht. Zo kent Nederland een t.v.-persoonlijkheid die veel aan - wat anderen plastische chirurgie noemen - doet, doelbewust niet geregistreerd. Zijn praktijk is een private. Gevolg van deze werkwijze is dat hij zich geen 'arts', maar 'heelmeeester' (of soortgelijk) noemt, wat niet strafbaar is. Gevolg is bovendien dat hij niet onder het medisch tuchtrecht valt¹⁰.

In Zweden richt men zich ook tot een BIG-achtig register dat evenzeer voor meerdere beroepsgroepen is ingericht, maar wel verplicht is. In Duitsland is verplicht lidmaatschap aangewezen bij de regionale Ärztekammer. Ook de Verenigde Staten kennen een dergelijk – federaal – systeem als in Duitsland. Iedere staat kent zijn eigen register.

De registers functioneren als kwaliteitsbewakers. Zo kunnen maatregelen op tuchtrechterlijke basis tegen artsen bijvoorbeeld zijn een waarschuwing, een formele admonition¹¹, beperking van de rechten tot voorschrijven of zelfs het intrekken van de licentie.¹² In Zweden komt dit circa 20 keer per jaar voor tegen een totaal van circa 3000 klachten dat in 2002 werd ingediend.¹³ In Duitsland kent men ook financiële boetes, en tijdelijke opschorting van de bevoegdheden. Dergelijke maatregelen worden in de registers bijgeschreven. Over cijfers is ons hier niets bekend.

Landen verschillen echter in de hoeveelheid en soort data die in de registers worden opgenomen en de mate van openheid daarover naar het publiek en geïnteresseerde partijen inzake eventuele 'misfits' of andere relevante zaken. Dat hangt ook af van de taken die de registerhouder verder heeft. Het Nederlandse BIG-register is relatief eenvoudig. Slechts de – in Nederlandse context – essentiële informatie is opgenomen. De cruciale informatie in het register, of iemand is geregistreerd of niet, is via internet opvraagbaar. Maar nadere informatie wordt niet gegeven, deels omwille van de bescherming van de persoon, deels omdat het register 'kaal' is en bijvoorbeeld geen data over bij- en nascholing omvat, of eventuele lidmaatschappen. De VS kennen uitgebreidere systemen: artsen 'met een vlekje' zitten in een publiek raadpleegbaar register, maar omgekeerd is ook na te vragen of iemand geregistreerd is. Tegen betaling is soms nog veel meer informatie opvraagbaar (bijlage 2 geeft het random voorbeeld van Arkansas). In andere staten wordt een koppeling gemaakt met criminaliteitsregisters.

Ook de Engelse registerhouders zijn omvattender in wat ze willen weten en zijn proactiever en omvattender in hun informatiebeleid, omdat men daar niet de privacy maar de bescherming van de volksgezondheid centraal stelt. Sinds de Shipman-casus staat bovendien ook hier de koppeling met criminaliteitsgegevens sterk in de aandacht. Dat betekent ook dat de

Engelse registerhouders, eerder dan de Nederlandse, geneigd (en wettelijk gesanctioneerd) zijn collega-registerhouders te waarschuwen in geval een beroepsbeoefenaar ‘met een vlekje’ de grens over wil steken. Ook als een ander register hen om informatie vraagt zijn ze relatief openhartig. De zogeheten ‘pending cases’ (gevallen die aangebracht zijn maar waarover nog geen uitspraak is gedaan) zijn in dit kader echter een belangrijk onderwerp van discussie: moet het publiek (elders) – vanuit het oogpunt van bescherming van de volksgezondheid - worden ingelicht over de veronderstelde feiten van iemand die mogelijk onschuldig is? De bewijslast lijkt omgekeerd te worden waardoor het principe ‘onschuldig tenzij bewezen schuldig’ wordt geschaad en langdurende reputatieschade snel is aangericht, terwijl bovendien iemands recht op vrije vestiging (een Europees grondrecht) onnodig kan worden beperkt. Op dit moment vormt dit thema daarom een onderwerp van discussie en ontwikkeling op Europees niveau. Hoe is het vrij verkeer te garanderen onder bewaking van de kwaliteit? De nieuwe Richtlijn veronderstelt dat registerhouders met elkaar communiceren. Maar wat en hoe? Nederland speelde een rol bij het op de agenda zetten van dit thema (zie bijlage 3).

Waar het voorgaande zich richt op het vrij verkeer binnen Europa, dient niet vergeten te worden dat ook binnen de VS het vrij verkeer van medici een probleem is. In 2002 publiceerde men beleidsaanbevelingen om de ‘portability’ van de licentie te bevorderen, onder dezelfde restricties als in Europa: men wil geen grensoverschrijdend verkeer van artsen die niet fit to practice zijn.¹⁴ In 2005 kreeg het onderwerp extra urgentie toen na orkaan Katrina bleek dat de gezondheidszorg uiterst slecht was, onder meer omdat artsen niet zomaar in dat gebied aan de slag konden.¹⁵ In ditzelfde kader komen in de VS steeds meer vragen aan de orde als:

- Hoe reguleren registerhouders het uitoefenen van het medisch beroep indien dit een arts kan betreffen die via robots en computers een patiënt op 2000 km afstand behandelt?
- Hoe is – bijvoorbeeld ten tijde van bioterrorisme – de mobiliteit van artsen tegen lichtsnelheid te ondersteunen om duizenden mensen – soms duizenden kilometers ver – te helpen?
- Hoe zijn patiënten te beschermen tegen onethische artsen die via internet gevaarlijke medicijnen voorschrijven zonder ooit de patiënt te hebben gezien?
- Hoe om te gaan met artsen die in twee of meer staten (willen) praktiseren? Nu al heeft een op elke vijf artsen een licentie om een twee of meer staten te praktiseren.

Een recent Amerikaans overzicht stelt voorts dat tussen de twee en vijf procent van de artsen die een licentie-aanvraag indienen, in een of meer van de staten een criminele achtergrond had, waarvan naar schatting één tot drie procent dit niet meldde. Meest voorkomend waren dronken rijden en diefstal, relatief mineure zaken die niet van belang hoeven te zijn voor de medische beroepsuitoefening. Maar ook geknoei met valse

recepten, huiselijk geweld, drugserelateerde problemen, inbraak, kindermisbruik en dergelijke werden gemeld, tot aan ontvoering en moord. Een onderzoek uit Florida in 2000 meldde voorts dat circa drie procent van de licentie-aanvragen kwam van artsen met een crimineel verleden, zo bleek nadat vingerafdrukken waren genomen. Van deze aanvragers bleek 44% dit niet in de aanvraag te hebben gemeld.¹⁶ Waar in de Verenigde Staten dan ook – als gevolg van orkaan Katrina - momenteel veel aandacht wordt besteed aan het versnellen van erkenningsprocedures van artsen die in staat x zijn erkend maar in staat y willen werken, speelt dit gegeven een niet onbelangrijke dwarsliggende rol.

Eén van de belangrijkste antwoorden is het zoeken naar een modus om op federaal niveau een licentie-document te ontwikkelen, te vergelijken met een – vooralsnog absoluut onhaalbaar - Europees register. Wél wordt in Europa inmiddels gepraat over de mogelijkheden om uniforme eisen aan documenten te stellen, om zo mogelijk proactief registerhouders uit andere lidstaten te informeren over eventuele misstappen en zo voorts.

Bij- en nascholing; herregistratie

Alle onderzochte landen kennen (door de beroepsgroep georganiseerde, gecertificeerde of geaccrediteerde) vormen van continue na- en bijscholing, maar nog lang niet overal is sprake van herregistratie, evenmin als in Nederland. Dit bleek ook tijdens de door Nederland georganiseerde EU-Voorzitterschapsconferentie over medische beroepsbeoefenaren die de grens over gaan.¹⁷ Herregistratie van medische beroepsbeoefenaren wordt echter steeds belangrijker. We zien dit ook terug in de evaluatie van de Wet BIG en de discussies daaromheen. De oorzaken daarvan zijn als volgt:

The combination of declining public trust in the professions and rapid advances in medical practice has led to a demand for doctors to be recertificated. Society has the right to ask for guarantees. Governments in most countries have introduced or are considering implementation of a system with different but parallel names like revalidation, reregistration, relicensing or recertification for doctors.¹⁸

Duidelijk wordt uit het voorgaande dat de regulering van artsen (via registratie en / of licentieverstrekking) overal een belangrijk thema is. Daarbij behoren ook de vragen hoe deze basale kwaliteitsgarantie af te geven ten tijde van toenemende (virtuele) mobiliteit van arts en patiënt. Vooralsnog lijkt er op dit laatste nog geen overduidelijk antwoord te zijn.

We zien dus dat ook de geografische (en binnenkort ook steeds meer de virtuele) mobiliteit van beroepsbeoefenaren naar voren komt, wat er toe kan leiden dat professionele jurisdictie zich tot buiten de eigen administratieve grenzen uitstrekt¹⁹. In Europees kader leidt dit tot stevige discussies, omdat hier haast het 'oorsprongland beginsel' zou kunnen gaan gelden. Dat wordt echter door de nationale overheden van de lidstaten fel

bestreden omdat het de soevereiniteit van de lidstaten aantast. Bovendien kan een dergelijk systeem leiden tot de geldigheid van meerdere juridische stelsels binnen één administratief systeem. Dat creëert alleen onhelderheid en rechtsongelijkheid.

Toch kan de regelgeving rond het vrij verkeer van medisch beroepsbeoefenaren leiden tot een vorm van oorsprongland-beginsel, namelijk daar waar een arts in land x mogelijk een beroepscode overtreedt en dat in land y niet zou doen (de arts uit Engeland die een probleem heeft gekregen met zijn register vanwege het gepakt worden bij het dronken rijden, waar dat in een ander land geen reden zou zijn tot maatregelen), of juist omgekeerd: de Nederlandse arts die bijvoorbeeld binnen de Nederlandse context legaal en conform de beroepscode aborteert, zou in Ierland of Polen daarmee volstrekt illegale handelingen hebben gepleegd. Zijn praktijkvoering leidt echter niet tot een maatregel in het Nederlandse BIG-register omdat deze in Nederland legitiem is. Dus kan de betreffende arts zich met een geldige registratie melden bij bijvoorbeeld de Poolse registerhouder(s), mocht hij zich als arts in Polen willen vestigen. Slechts zal hij zich daar moeten houden aan de Poolse regelgeving, waar abortus niet is toegestaan. Indien de Polen de mogelijkheid zouden hebben, ware het echter te denken dat men een arts met abortus-ervaring liever de toegang tot het land zou weigeren. Dat dit weigeren onmogelijk is, is evenzeer een vorm van het oorsprongland beginsel.

Overwegingen en conclusies

De vraag is natuurlijk wat het voorgaande betekent in het kader van de veranderingen in het verzekeringsstelsel.

We kunnen veronderstellen dat waar verzekeraars zich meer als marktpartijen zullen gaan opstellen in onderhandeling met artsen, ze mogelijk meer willen weten van de behandelende artsen. Zijn deze wel gekwalificeerd, volgen ze hun bij- en nascholing wel afdoende? En wellicht worden ook vragen rond eventuele criminaliteit of het privé-leven van belang. De Nederlandse registers geven hierop nauwelijks antwoord omdat de gegevens niet zijn of worden opgenomen. Dus heeft ook het publiek geen toegang tot dergelijke gegevens. Dat betekent dat – in een systeem van vrije artsenkeuze – en/of in een systeem waarin de zorgverzekeraar zijn verzekerden wil voorzien van goede medische kwaliteit, er beperkte mogelijkheden zijn om basale kwaliteitsdata te achterhalen. Dit pleit er, in het verlengde van de evaluatie van de Wet BIG²⁰ en voor zover hierop nog geen acties zijn ondernomen, voor om periodieke herregistratie – ook in Nederland - in te voeren. Daarnaast is het aan te bevelen om additionele gegevens in het register op te nemen, die burger en verzekeraar meer inzicht geven in de (professionele) status van de behandelend arts. Ook de vraag wat uit de registers wel en wat niet geopenbaard mag worden, verdient vanuit het oogpunt van publieke bescherming wellicht heroverweging. Het is evident dat dergelijke voorstellen grondige overdenking vergen, daar ze zouden kunnen breken met bestaande Ne-

derlandse tradities, waarin bijvoorbeeld een boete wegens dronken rijden absoluut niet relevant geacht wordt voor de medische beroepsuitoefening. In Engeland en de VS zijn dit echter wél relevante feiten. Sommige van de VS gaan zelfs zo ver dat koppelingen worden gemaakt met databanken inzake criminaliteit. Dat lijkt voor Nederland vooralsnog een grote slag te ver, zoals het dat voor vele landen is. Wél voorziet men in een 'bewijs van goed gedrag' dat niet ouder mag zijn dan drie maanden.

Belangrijk is voorts om te constateren dat de noodzakelijk uiterst procedurele en zorgvuldige werkwijze van het registerhoudersysteem zich soms moeilijk verhoudt tot de ontwikkelingen die zich soms ad hoc en soms op meer structurele basis voordoen, maar grote snelheid verlangen van de registerhouders. Dat geldt met name het grensoverschrijdend verkeer. Tegelijkertijd is er de realisatie dat registerhouders per definitie achter feiten aan lopen en dat deze feiten soms pas lang na voltrekken worden gesignaleerd dan wel verwerkt in de registers.

Voor Nederland is dit – nog – geen groot probleem, en de wijzigingen in het stelsel spelen in dit kader nog geen aanjagende rol. Dat kan wél van belang worden als verzekeraars zorg gaan uitbesteden over de grens. Dan wordt het voor de patiënt van belang welke arts praktiseert, of hij of zij geregistreerd is en hoe en wat dit betekent (is de informatie bijvoorbeeld in het Engels beschikbaar en publiek opvraagbaar?). Dat betekent dat er waarborgen dienen te komen om de patiënt van voldoende actuele informatie te kunnen voorzien opdat deze een correcte afweging van zijn belangen kan maken. Dergelijke informatievoorziening staat echter nog in de kinderschoenen, aangezien er – bijvoorbeeld – nog lang geen Europese overeenstemming is over wat er in een register staat en wat er publiek opvraagbaar is. Welke Nederlandse patiënt is bijvoorbeeld in staat om informatie uit een Hongaars artsenregister op te vragen, laat staan te lezen en vervolgens te begrijpen?

2.3 De betekenis van en ontwikkelingen in autonomie en professionaliteit

Oriëntatie

De zogeheten vrije beroepen hebben een lange traditie van gilde-achtige structuren waarbinnen de autonomie en professionaliteit wordt vormgegeven, relatief ongehinderd door andere actoren.

Kälble²¹ definieert vrije beroepen als volgt (vertaling NIZW):

Professies worden beschouwd als relatief autonome en wetenschap-gebaseerde expertberoepen in de dienstensector die speciale diensten aan de samenleving en hun speciale clientèle leveren binnen een specifiek veld van voor de samenleving relevante problemen, waarbij ze een specifieke gedragslogica volgen.

Hieruit volgen – de samenvatting van Kälble geeft een goed inzicht - macht en invloed, evenals geprivilegieerde mogelijkheden voor kwalificaties, werk en controle, op grond waarvan de vrije beroepen een zeker prestige hebben. Inzake de opleiding en beroepsuitoefening worden ze in de regel gekenschetst door een zeker monopolie, wat als vanzelf ook financiële consequenties met zich meebrengt. Tot de karakteristieken hoort voorts een hoge graad van beroepsmatige autonomie, hetgeen zich niet alleen uitstrekt tot de beroepsgroep, maar ook tot de individuele beroepsbeoefenaar. Deze autonomie komt tot uitdrukking in de professionele controle over de inhoud en voorwaarden van het beroepsmatige gedrag inclusief bijvoorbeeld interne zelfmonitoring (peer reviews, visitatie) in plaats van externe controle. Dit impliceert ook niet alleen een onafhankelijkheid van de evaluatie van de diensten door cliënten, maar ook een zekere organisationele onafhankelijkheid van de organisaties die als werkgever optreden.²² Daarnaast geldt ook onafhankelijkheid van overheidsinstanties en de markt, en bevat professionele autonomie ook controle over de wetenschappelijke kennisproductie, evenals de toepassing en evaluatie ervan in de praktijk. Kälble concludeert dat professionele autonomie – die zonder de bescherming door de staat niet bestaat - (ook voor de medische beroepsgroep) tenminste drie kern-elementen bevat:

- autonomie van kennis;
- autonomie van organisatie;
- autonomie van clientèle.

Belangrijke achtergronden voor de kritiek van de laatste decennia op de ongeremde autonomie van de vrije beroepen, in het bijzonder de medische beroepsgroep, zijn volgens Kälble dat het vertrouwen in het vermogen van de beroepsgroep tot zelfmonitoring is verminderd (dit was ook één van de belangrijke conclusies in Engeland naar aanleiding van onder meer de Shipman-casus²³), evenals de gebrekkige oriëntatie van de beroepsgroep op het publieke goed. Daarnaast neemt het opleidingsniveau in samenlevingen toe, wat de kloof tussen professionele en lekenkennis aanzienlijk vermindert. De opkomst van internet leidt er

bijvoorbeeld toe dat steeds vaker patiënten beter geïnformeerd zijn over hun ziekte/aandoening dan de arts. Bovendien academiseren ook andere gezondheidsberoepen in rap tempo. Tenslotte zijn de beroepsbeoefenaren en -groepen ook deel van bureaucratische organisaties, hetgeen hun autonomie beperkt.

Bovendien, zo stelt Kälble, leidt het steeds bredere denken over kostenbeperkingen in de gezondheidszorg tot een nieuwe dimensie: waardebeoordeling op basis van kosten, wat door vele zorgaanbieders wordt gezien als een ongerechtvaardigde inperking van de beroepspraktijk in de gezondheidszorg en door verzekeren wél, maar door patiënten nauwelijks begrepen wordt. Deze economisering leidt echter ook tot het streven kwaliteit te verbeteren en de samenwerking door de professionals te systematiseren. Kort gezegd gaat het niet meer (alleen) om de kwaliteitsvraag (en om wat mogelijk is), maar steeds vaker ook om de prijs-kwaliteitverhouding.

Maar er ontstaan ook additionele lasten, zoals een toenemende bureaucratie (externe verantwoording!) en conflicten over arbeidsuren. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen is te zien als een antwoord op het zoeken naar instrumenten vanuit de beroepsgroep om meer transparantie te creëren.²⁴

Kälble is een Duits auteur. In Duitsland bestaat vooralsnog geen groot tekort aan beroepsbeoefenaren. Dat leidt haast vanzelf tot het negeren van de situatie dat de professionele autonomie mogelijk een andere invulling krijgt in een situatie met tekorten: in Engeland bijvoorbeeld (en in mindere mate: Nederland) zien we steeds meer ook andere gezondheidsberoepen ontstaan (practice-nurse, diabetes-verpleegkundige, enz) die een deel van de professionele handelingsbevoegdheid van de arts overnemen. Enerzijds bevestigt een dergelijke actie de status van de medische beroepsgroep (delegeren), anderzijds is dit ook te zien als een afkalven van de professionele status (eens uit handen gegeven taken krijgt men niet gauw meer terug). In Midden- en Oost-Europese landen zien we dan ook een volstrekt andere status van de medische beroepsgroep omdat daar veeleer overschotten aan artsen bestaan: zij nemen deels (wat wij zouden noemen) verpleegkundige taken op zich. Een extreem geval betreft de Kroatische verloskundige. Deze bestaat eigenlijk niet. Een aankomende moeder bevalt in een ziekenhuis op een door de arts bepaald tijdstip. Toetreding tot de EU zou betekenen dat er een wet op de verloskunde zou moeten komen, met inbegrip van een passend traject van opleiding, (zelfstandige) beroepsuitoefening en maatschappelijke status. Bijgevolg zullen er aanzienlijke problemen gaan ontstaan met de medische beroepsgroep die tot dusverre het monopolie op bevallingen heeft.

De vraag is zelfs – in het verlengde van het voorgaande – volgens Kälble - of de oude hippocratische eed nog onverkort op gaat.²⁵ Deze veronderstelt immers ten principale een dyadische relatie tussen arts en patiënt.

Maar volgens Kälble hebben vier ontwikkelingen het beeld van deze relatie veranderd:

- 1 De ontwikkeling van de wetenschap, waarbij door protocollisering de rol van de individuele arts geminimaliseerd wordt;
- 2 De druk die wordt uitgeoefend door economische belangen, zodanig dat economisch handelen soms het primaire doel van het handelen wordt, in plaats van medisch handelen; waardoor de patiënt een middel wordt tot winstmaximalisering;
- 3 De toenemende nadruk op het primaat van de zelfbestemming van de patiënt.

Hierbij ontstaan vragen inzake de financiering van een en ander: moeten de wensen van de patiënt op kosten van de gemeenschap worden gefinancierd of privaat betaald worden? Tevens is daarbij de gezondheidsrelevantie aan de orde: zijn het therapeutisch relevante wensen of zijn ze primair leefstijl-gerelateerd? De wetgever richt zich alleen op het publieke domein; de private markt is vrij, hier kan de arts zijn kennis en vaardigheden vrij aanbieden. Gesteld dat het gaat om relevante gezondheidsvragen: hoe ver gaat dan de informatieplicht van de arts? Moet deze informeren over alle beschikbare behandelingen - ook als deze privaat gefinancierd moeten worden en/of de arts deze niet kan aanbieden – of dient hij zich te beperken tot het deel dat in het publieke stelsel aanwezig is?

- 4 De door specialisatie en arbeidsdeling en efficiency-maatregelen toenemende inkapseling van artsen in institutionele handelingsomgevingen. Op basis van 'geïntegreerde zorg' en 'disease-management' is de inbreng van een individuele arts tegenwoordig vaak slechts nog een deel van de totale behandeling. Wie draagt echter de totale verantwoordelijkheid? Wie moet een patiënt geloven die door vier behandelaren verschillende diagnoses en/of prognoses heeft horen uitspreken? ²⁶

Door Kälble niet genoemd, maar mogelijk evenzeer van invloed op de – interpretatie van – de hippocratische eed, zijn verschuivende ethische normen. Hier komen debatten rond euthanasie, abortus, stamcel-onderzoek en dergelijke naar voren. In landen als in Midden- en Oost-Europa was onder het communistische systeem bijvoorbeeld binnen de hippocratische eed abortus in de regel geen probleem. In een – uiterst katholiek – en voorheen communistische land als Polen heeft Nederland echter een zeer bijzondere naam, juist vanwege ons abortus- en euthanasiebeleid. Een soortgelijk beeld heeft Nederland overigens in de Verenigde Staten. De interpretatie van de hippocratische eed is derhalve cultureel bepaald. Daarnaast kunnen we ook nog spreken over de toenemende mondigheid van de patiënt.

Conclusie

Waar we spreken over de professionele autonomie van de arts en de gevolgen van de stelselherziening in Nederland, richt deze vraag zich op drie autonomie-gebieden; kennis; organisatie; en cliëntèle. De meeste

door Kälble genoemde ontwikkelingen op deze terreinen spelen ook in Nederland. Niet alleen de autonomie op de organisatie (nieuwe zorgvormen, samenwerkingsverbanden, versplintering van kennisgebieden) is aan wijziging onderhevig, maar in het bijzonder ook de toenemende economische invloeden vergen aandacht. Door het uitsluiten van risicoselectie in het basispakket is echter in Nederland gewaarborgd dat de verzekerde patiënt toegang heeft tot zorg. De mate waarin de arts deze patiënt naar behoren kan behandelen kan echter beïnvloed worden door het vergoedingenpatroon dat door de zorgverzekeraars wordt geformuleerd. Bovendien verbreedt zich het risico dat steeds meer patiënten onverzekerd zullen raken.

2.4 Vertrouwen in de gezondheidszorg en in artsen in het bijzonder

Inleiding

De vertrouwenskwestie in de beroepsgroep en beroepsbeoefenaar is cruciaal want zoals het gezegde gaat: vertrouwen komt te voet en gaat te paard. Incidenten kunnen daardoor van grote invloed zijn op het vertrouwen in de individuele beroepsbeoefenaar en de beroepsgroep als geheel, vanuit de patiënt, de samenleving en de overheid. De primaire zorg van de beroepsgroep is daarom incidenten te voorkomen die veel breder het vertrouwen van de patiënt of bevolking zouden kunnen schaden.

Heel basaal speelt er voortdurend de vraag van het vertrouwen van de patiënt, in zijn afhankelijke positie. Deze moet er van uit kunnen gaan dat de medicus zich, zonder voorbehoud en met in achtneming van de stand van zaken van de medische wetenschap, integraal en integer zal inzetten om het welbevinden van de patiënt.

Maar ook in breder kader is vertrouwen aan de orde. Vertrouwen is een sleutelbegrip, niet alleen in de economie, maar ook in het gezondheidsbeleid. De beroepsgroep wil vertrouwen van de overheid. Hoewel data ontbreken, is te stellen dat er een verschil is tussen het vertrouwen van de bevolking en het vertrouwen van de overheid in de gezondheidszorg (en de medisch beroepsbeoefenaar). Het kan zijn dat het vertrouwen van de bevolking groot is, maar dat het vertrouwen van de overheid veel minder is. Waar de KNMG in haar conceptnotitie de vertrouwensvraag centraal stelt, richt deze zich vooral tot de overheid. Dit lijkt op zich niet irreëel. Maar de Shipman-casus in Engeland (over een arts die kon blijven praktiseren ondanks 150 moorden), de soms eigen- en patiëntenbelang verwisselende beroepsbeoefenaren en een – breder - gebrek aan transparantie en publieke verantwoording leidden ertoe dat het vertrouwen in zelforganisaties, zoals van artsen, de afgelopen jaren in toenemende mate onder druk is komen te staan.²⁷ Cijfers als aangehaald over de wijze van presteren in de VS (zie 2.1.2) zijn hieraan ook debet.

Maar ook de argumentatie zal verschillen: de bevolking heeft wellicht vertrouwen om medische redenen, de individuele patiënt is in acute nood echter simpelweg overgeleverd. Omgekeerd kan het zijn dat de overheid om economische redenen de beroepsgroep niet vertrouwt. Overigens kan ook hier differentiatie worden aangebracht. Ook de bevolking kan economische en inhoudelijke (en andere) argumenten onderscheiden in haar oordeel over de medische beroepsgroep en de individuele beroepsbeoefenaar. Dat geldt bijvoorbeeld in het geval van de commerciële medische praktijk (die bijvoorbeeld via reclame op tv. aan de man gebracht wordt). In beide gevallen blijft overigens de vraag in hoeverre eventuele oordelen terecht zijn en welke rol de beroepsgroep hierin zelf speelt. Waar de vraagstelling wijst naar de 'samenleving' is het dan ook de vraag naar wie men wijst, waar de vraag verwijst naar 'vertrouwen' is het dan ook de vraag op welk vlak dit vertrouwen aan de orde is.

Heimwee naar de Golden Age?

It is not difficult to preserve trust when times are good - when there have been no problems in the delivery of care. The real test is preserving the relationship when something has happened that may strain it. How the communication process is handled profoundly influences the reactions of patients and their families.²⁸

Het citaat gaat over de directe patiëntenzorg. Maar het citaat is ook breder te zien en te interpreteren als een pleidooi richting medische beroepsgroep om een goed antwoord op de maatschappelijke uitdagingen te vinden. De sleutel lijkt tenminste deels te liggen in het communicatieproces. Daarbij gaat het er volgens Millenson²⁹ ook om, de mythe van de 'Golden Age' van de beroepsuitoefening door te prikken. Een dergelijke 'golden age' bestond niet volgens Millenson, maar het lijkt vanuit een dergelijke mythe verklaarbaar om te spreken over wantrouwen. En andere auteurs, zoals Foster en Wilding³⁰, beschrijven de jaren 50 en 60 van de twintigste eeuw wel degelijk als de 'golden age' van de beroepsgroepen: *Looking back we can now see that the 1950s and 1960s were the golden age for welfare professionalism. These were the decades in which policy makers trusted professionals to shape and run the social services without 'outside' interference from elected politicians, public officials or consumers (143-144)³¹*

Millenson stelt echter dat de oude gildenstructuren niet in staat waren om de patiënten te beschermen. Dit 'gouden tijdperk' was dus, indien en voor zover het bestond, weliswaar een gouden tijdperk voor de beroepsbeoefenaar, maar veel minder voor de afnemers van de diensten van deze professionals. En in de jaren zeventig was in de VS het vertrouwen vanuit publiek en overheid in de gezondheidszorg (en de medische beroepsgroep) zo verworden dat zowel liberalen als conservatieven overheidsbemoediging noodzakelijk vonden inzake de verantwoording in de gezondheidszorg. "Professional self-control was tried, and it failed" (p.12).

Aan de notie van een (verdwenen) ‘gouden tijdperk’ hangt impliciet de bijbetekenis dat het sindsdien allemaal minder is geworden (met de autonomie en invloed van de beroepsgroep). Voor wat betreft het Verenigd Koninkrijk zijn hierbij vragen te stellen. Er is volgens Davies om meerdere redenen zeker niet (alleen) sprake van een verlies aan macht:

- 1 Medici zijn steeds nadrukkelijker betrokken bij de beleidsvorming (en het management. Waar in Zweden bijvoorbeeld door de artsenvereniging wordt geklaagd over de toegenomen rol van niet-artsen in het management in de gezondheidszorg richt het debat in het Verenigd Koninkrijk zich meer op de implicaties van een toenemend complexe interactie).
- 2 Richtlijnen en dergelijke beperken niet zozeer de autonomie van de beroepsgroep, maar zijn ook te zien als voorzichtig adviseren door de beroepsgroep van haar leden op basis van werk waarbij diezelfde beroepsbeoefenaren een cruciale rol spelen.
- 3 Voor het Verenigd Koninkrijk vraagt Davies zich voorts af of de door de overheid geïnspireerde herziening van de regulering van de beroepsgroep (general medical council) wel is te zien als een eenzijdig verlies aan macht. Davies stelt dat de hervorming van het beleid van de beroepsgroep verder zou zijn gegaan indien “Ieken” een substantieler rol in de discussie zouden hebben gehad.
- 4 De vraag is of medici nu van de veranderende gezondheidsbeleidsgemeenschap zijn uitgesloten. In het Verenigd Koninkrijk zoekt men vanuit de overheid charismatische figuren om het contact met de beroepsgroep goed te doen verlopen, wat op zijn minst veronderstelt dat de rol van de medici veel groter is dan men denkt.

Niet elke reden lijkt even valide of even overdraagbaar naar andere samenlevingen³², en ook Davies zelf is de eerste om te melden dat er een groot gebrek aan empirische data is (overigens evenzeer voor de stelling dat de autonomie alleen maar af zou nemen), maar het belang van de analyse van Davies zit in het tegengeluid dat gegeven wordt aan de (ook in dit rapport) veel beschreven teloorgang van de macht en professionele autonomie van de medicus. Zij stelt dat een dergelijke notie te eendimensioneel is (veel-weinig), onvoldoende in gaat op de relatie arts-patiënt, de complexe Umwelt tussen instituties (en daarbinnen) te weinig in ogenschouw neemt en ten slotte teveel uitgaat van een beeldvorming als zou beleidsvorming in en rond gezondheids(zorg-) een vorm van oorlog zijn (de ‘slag om de registratie’).

Nog in 1982, zo meldt Millenson, concludeerde een commissie dat 35% van de high-tech ziekenhuiszorg in de VS onnodig was. En in 1993 toen de managed care benadering in de VS centraal kwam te staan, stelt Millenson, bleek dat 70% van de bevolking het vertrouwen in de artsen aan het kwijtraken was. De *managed care* beweging kwam voort uit dit soort gegevens: *managed care* kwam tot stand omdat de voorgaande relatieve vrijheid absoluut niet werkte.

Volgens Millenson zijn dan ook vier maatregelen nodig om de (medische) beroepsuitoefening optimaal te maken:

- 1 Het doorbreken van de mythe van een verloren 'gouden tijdperk';
- 2 zo stevig mogelijk ankeren van de beroepsuitoefening in de wetenschap (tenminste de helft en mogelijk zelfs 85% van de medische zorg is niet gebaseerd op 'clinical trials');
- 3 instrumenten en methoden van het informatietijdperk dienen zo breed en effectief mogelijk in de medische praktijk geïmplementeerd te worden;
- 4 beschikbare middelen zouden niet alleen om economische redenen moeten worden aangewend voor aangewezen en effectieve zorg, het is volgens Millenson ook een ethische verplichting.

Het gezamenlijk te bereiken doel is dan een patiënt-arts relatie die consequent de beste medische kennis gebruikt om een ieder die zorg nodig heeft, te helpen.

Medische feilbaarheid, rolveranderingen

Vertrouwen in de medische beroepsgroep en de beroepsbeoefenaar veronderstelt ook een zeker zicht op en begrip voor diens feilbaarheid. Hubbard³³ stelt echter dat samenlevingen langzaam maar zeker steeds minder lijken stil te staan bij de principiële medische feilbaarheid. De vraag is of deze observatie terecht is, bijvoorbeeld gezien het in Nederland uiterst behoedzaam opereren van de IGZ, of van het medisch tuchtrecht. Hoe dit zij, de feilbaarheid van de medicus is volgens Hubbard op drie niveaus aanwezig, zonder dat een expliciete schuldvraag aanwezig is:

- 1 het medisch bedrijf is de praktische toepassing van wetenschap. Wetenschappelijke vooruitgang probeert onwetendheid te verdrijven. Onwetendheid kan echter tot onbedoelde schade leiden bij concrete medische behandelingen. Voor zover in procedures vastgelegd, is dan de procedure niet adequaat;
- 2 het kan ook zijn dat de behandelend arts onwetend was over de laatste stand van wetenschappelijke kennis. Gezien de vele wetenschappelijke ontwikkelingen is het zeker mogelijk dat een arts redelijkerwijs niet in staat is deze kennis bij te houden;
- 3 medisch handelen is altijd een experiment om te bepalen of een bepaalde behandeling werkzaam is voor een bepaalde patiënt in zijn of haar specifieke omstandigheden.

Uit dit alles volgt dat iatrogene schade feitelijk tot op zekere hoogte inherent is aan het medisch bedrijf en niet hoeft te wijzen op laakbaar handelen van een arts maar dat dit ogenschijnlijk onvoldoende wordt erkend in het vertrouwen dat men heeft³⁴. Davies³⁵ stelt dat er door de toenemende informatie die patiënten tot zich kunnen nemen (als gevolg van gestegen opleidingsniveaus en bredere toegang tot ook meer gespecialiseerde informatie, via onder meer internet), ogenschijnlijk sprake is van een toenemend gebrek aan vertrouwen in de medische beroepsgroep of

van een aanval op het beeld van de medicus als 'held'. Ze noemt op dit punt de toegenomen aanvallen op de arrogantie van individuele artsen en hun slechte praktijkvoering, het stijgende aantal klachten, het groeiende gebruik van alternatieve geneeskunde, en de toegenomen mogelijkheden van georganiseerde patiëntengroepen. Echter, uit een door haar (zonder bronvermelding) aangehaalde survey in de VS, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Zuid-Afrika en Japan bleek niet alleen dat de verwachtingen over het werk van artsen toenemen, maar ook dat het vertrouwen in de beroepsgroep alleen wordt oversteegen door het vertrouwen in de eigen familie, maar hoger scoort dan het vertrouwen in collega's en bijvoorbeeld geestelijk leiders. Ze stelt dan ook dat er niet, zoals sociologen als Giddens stellen, zozeer sprake is van "afnemend geloof in expertise" als wel – in navolging van Bauman - van een "vloeiende moderniteit", waarin ontwikkelingen onaf over elkaar heen buitelen en waarin partijen elkaar fel bestrijden over de volgende stappen op weg naar een eindpunt dat geen van de partijen kent. In dit perspectief is de medische beroepsgroep niet beknelde tussen publiek en overheid, maar speelt ze een ambigue rol in de bemiddeling tussen deze twee actoren. Daaraan kunnen we toevoegen dat velen niet houden van vaagheden of onduidelijkheden en dat dit mogelijk ook voor artsen geldt; reden voor hen om te trachten deze ambiguïteit te vermijden. Hoe dit ook zij, Davies meent dat, ook indien het individuele en collectieve heldenperspectief niet meer van toepassing zou zijn op de arts, er nog altijd de fundamentele menselijke hoop en angst zijn die de relatie van patiënt en samenleving richten op de arts.

Vogd³⁶ ziet – vanuit Duits perspectief – het beeld echter als wat complexer en negatiever: er is wel degelijk sprake van de-professionalisering en machtsverlies. Redenen hiervoor zijn volgens Vogd dat artsen steeds vaker samenwerken in – bureaucratische en daarmee anoniemere – samenwerkingsverbanden als gevolg van onder meer complexere patiënten en toenemende (sub-)specialisaties, dat andere autonome beroepsbeoefenaren in het spel komen (de auditor, de epidemioloog, gezondheidseconomen) die niet noodzakelijkerwijs altijd de werkwijze en besluitvorming door de arts ondersteunen, en dat richtlijnen en protocollen, oorspronkelijk – zoals Davies ook stelt – bedoeld als zelfsturende kwaliteitsinstrumenten, een bredere toepassing krijgen en leiden tot (dwingende) behandelingsparameters in economische zin³⁷.

Vogd concludeert dat het zelfbeeld van artsen in de regel nauwelijks meer overeenstemt met de realiteit: velen hebben niet meer de verantwoordelijkheid over de patiënt als geheel, maar over gefragmenteerde "onderdelen" van de patiënt, in een haast Tayloristisch productiebedrijf, dat – in een ziekenhuis - ook steeds minder verbale interactie tussen artsen toelaat (waardoor overdracht en discussies op papier plaatsvinden). Bovendien is er nauwelijks tijd voor team-overleg om consensus over behandelingen te krijgen, waardoor op eerste perspectieven wordt geleund. Ook het patiëntencontact is verminderd (al was het maar door de verkorting van de ligduren).

Conclusies

Indien en voor zover het beeld juist was van een 'golden age' voor de beroepsgroep, is overduidelijk gebleken dat deze geen zelfde 'golden age' voor de kwaliteit van zorg betekende. De inkadering van de beroepsgroep is zelfs grotendeels ontstaan op grond van de tekorten op dit punt.

Dit laat onverlet dat medisch feilen is ingebakken in het werk (en de context daarvan) van de medicus. Echter, ook in Nederland is het debat hierover nog veel te weinig open getrokken, en neigt de beroepsgroep nog te veel tot primair afwerende houdingen omdat dit mogelijk de beroepsbeoefenaar in gevaar zou kunnen brengen.

Het in een vorige paragraaf geschetste beeld van over elkaar heen buitende maatschappelijke ontwikkelingen zonder een duidelijk eindpunt, en met ambigue rolrelaties van diverse partijen, heeft – ook los van de stelselherziening – een weerklink in de Nederlandse context. Dat betekent ook dat de onzekerheid toeneemt. Onzekerheid leidt vaak tot ofwel schreeuwen ofwel in zichzelf gekeerd raken. Indien daarbij wordt opgeteld de roep van buiten om meer transparantie, hogere pressie en een zekere atomisering van het medisch bedrijf, dan lijkt het beeld compleet van een beroepsgroep die in Nederland met toenemende moeite een eenduidige positie zoekt maar daarbij gemakkelijk wordt ingehaald door verdere ontwikkelingen. Dat betekent dat de medische beroepsgroep, ook in haar denken over de professionele autonomie, naar verwachting een meer ambigue wereld tegemoet zal moeten kunnen treden. Dit kan differentiatie vergen.

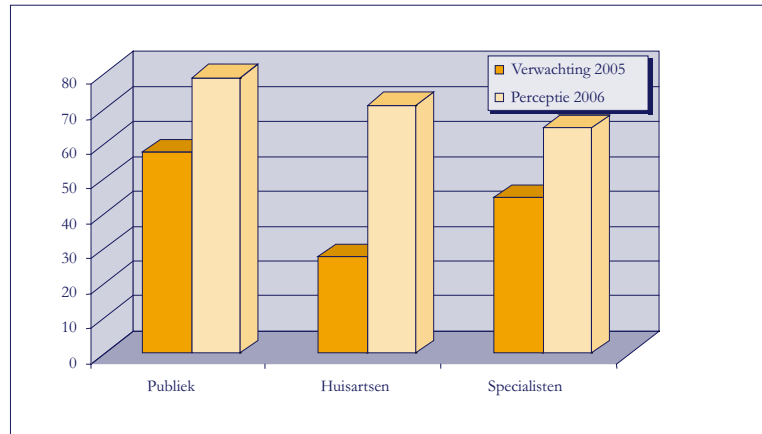
Medische beroepsgroep en overheid

Oriëntatie

Het debat over het vertrouwen tussen medische beroepsgroep en overheid zagen we terug in de KNMG-notitie waar gesproken wordt over 'wantrouwen', waarmee eerst en vooral de gepercipieerde houding van de rijksoverheid wordt weergegeven.

Daarbij is het goed om te bedenken dat de mening van artsen over de kwaliteit van de gezondheidszorg en de rol van de overheid daarin, niet constant is. In het verlengde van de voorgaande paragraaf is het evident dat dit gevolgen kan hebben voor de geloofwaardigheid van de argumentatie vanuit de beroepsgroep. Deze wijzigende opinies vanuit de beroepsgroep komen ook naar voren uit een recent Nederlands rapport³⁸, waarvan we enige uitkomsten in grafiek hebben gezet (figuur 1). Te zien is dat het beeld over de kwaliteit van de gezondheidszorg na de Nederlandse stelselherziening positiever lijkt uit te pakken dan voordien verwacht werd. Dit geldt ook de perceptie daarvan door huisartsen en specialisten.

Figuur 1 Verwachting en perceptie kwaliteit gezondheidszorg na nieuw stelsel (% 'gelijk' of 'verbeteren')



Bron: TNS NIPO (2007)

De vraag is hoe deze uitkomst is te interpreteren. Tijdens de discussies voorafgaand aan de stelselherziening is vanuit medische zijde ongetwijfeld meermaals op de te verwachten verslechtering van de gezondheidszorg gewezen. Tegelijkertijd blijkt dan vervolgens dat men in de praktijk na invoering minder kwaliteitsverlies waarneemt dan voordien verwacht. Indien en voorzover dergelijke processen vaker spelen, kan dit te maken hebben met het ingrijpen door de beroepsgroep. Waar dit niet het geval is, zullen degelijke ontwikkelingen beleidsmakers in de kaart spelen want ogenschijnlijk in het belang van de patiënt is er mogelijk sprake van een 'overschreeuwen' door de beroepsgroep. Zo is wellicht ook het grote debat tussen Bundes Ärztekammer en Duitse federale regering te zien (zie ook pag. 50-51), met dien verstande dat de BAK een steviger positie inneemt in het debat doordat haar wettelijk een sterkere rol is toebedeeld dan de Nederlandse LHV, OvS, de KNMG en dergelijke.

Conclusie

Het is helder dat snel wijzigende percepties door de beroepsgroep – en de bijbehorende signalen daarover richting overheid – bij diezelfde overheid een eigen dynamiek en waarneming kan veroorzaken van de rol die de beroepsgroep speelt, en daarmee ook van de waarde van haar argumentatie. Het is aan de beroepsgroep om hier een oplossing voor te vinden, indien en voorzover dit als een probleem wordt ervaren.

Arts-patiënt en beroepsgroep - bevolking

Een verkenning

Ook is, zoals gezegd, de vraag aan de orde of het hierbij gaat over het micro-vertrouwen van de individuele patiënt in diens behandelend arts dan wel het vertrouwen van iets amorfs als 'de bevolking' in de medische

beroepsgroep. Macro behoeft dit vertrouwen niet onder druk te staan, terwijl de cumulatie van door individuele patiënten ervaren medische missers een diep wantrouwen bloot kan leggen.

In de eerste plaats speelt er het micro-niveau en haar verbinding met de macro-oordelen door de bevolking. In een lezenswaardige analyse rond de ontwikkeling van de professional, naar aanleiding van een recent gepubliceerd boek, beschrijft Ewald Engelen in TSS³⁹ de verwikkelingen rond zijn schoonmoeder in de gezondheidszorg. Uiteindelijk, zo stelt hij: *Breng maar eens zo'n anecdote te berde tijdens een verjaardag en je wordt overstelpt met verhalen over slechte dienstverlening, arrogante bejegening, defensieve reacties als je de dienstverlener er op aanspreekt, en observaties van ergerniswekkende tijdrovende procedures die ogenschijnlijk niets toevoegen aan de kwaliteit van de te verlenen dienst.*

Hij concludeert een groot gat tussen retoriek en werkelijkheid. Iets soortgelijks is ook te concluderen op grond van andere gegevens. Zoals bijvoorbeeld uit Zweden naar voren komt, leiden de door patiënten ingediende klachten in 0,6% van de gevallen tot de ultieme maatregel: intrekking van de licentie van de arts. (Over andere maatregelen hebben we geen gegevens).⁴⁰ Hoe we deze data ook moeten beoordelen, duidelijk is dat er in individuele gevallen relatief veel onvrede over de dienstverlening door de medisch professional kan bestaan maar dat de beschikbare maatregelen zeer selectief en zorgvuldig worden gehanteerd. Daarbij is ook in te calculeren dat het klachtproces vrijwel altijd met hoge – psychologische – drempels gepaard gaat en veel (negatieve) energie vergt, waardoor de feitelijke ingediende klachten slechts een deel van de ijsberg aan onvrede vormen. Ten dele zien we dit terug in Zweden, waar de klaagdrempel lager is, en ten dele wordt dit weerspiegeld door de uitkomsten van een recent Eurobarometer-onderzoek. De uitkomsten richten zich logischerwijze niet op de Verenigde Staten (het is een Europees onderzoek) maar biedt toch enige relevante uitkomsten voor de andere landen in dit onderzoek.

Tabel 1 Enkele uitkomsten van een Eurobarometer-onderzoek inzake het vertrouwen in de medische beroepsgroep⁴¹

	Duitsland	Zweden	Nederland	EU 25
Deel a: Meningen				
Hoe belangrijk zijn medische vergissingen in uw land? (% belangrijk)	72%	75%	82%	78%
Alles bij elkaar genomen, maakt u zich zorgen onder een medische vergissing te lijden? (% ja)	29%	13%	20%	40%
Moeten ziekenhuispatiënten zich zorgen maken over medische vergissingen? (% ja)	42%	20%	37%	47%
Hoe vaak heeft u gelezen of gehoord over medische vergissingen in uw land? (% vaak)	22%	26%	36%	34%
Hoe vaak heeft u gelezen of gehoord over medische vergissingen in uw land? (% vaak en soms)	64%	71%	92%	78%
Deel b: ervaringen				
Heeft u of een familielid geleden onder een medische vergissing in een ziekenhuis? (% ja)	12%	19%	17%	18%
Heeft u of een familielid geleden onder een medische vergissing door een voorgeschreven medicijn? (% ja)	7%	13%	9%	11%
Deel c: vertrouwen				
Hoe gerust bent u dat tandartsen geen vergissing maken die u zou kunnen schaden? (% gerust)	71%	78%	85%	74%
Hoe gerust bent u dat artsen geen vergissing maken die u zou kunnen schaden? (% gerust)	63%	75%	72%	69%
Hoe gerust bent u dat de medische staf geen vergissing maakt die u zou kunnen schaden? (% gerust)	65%	75%	72%	68%
Hoe waarschijnlijk is het volgens u dat een patiënt in een ziekenhuis in uw land te lijden krijgt onder een medische vergissing vanwege de ziekenhuisartsen of medische staf? (% enigszins waarschijnlijk)	38%	25%	34%	47%
Deel d: invloed				
Hoe waarschijnlijk denkt u dat een ziekenhuispatient een ernstige medische vergissing kan voorkomen? (% enigszins waarschijnlijk)	17%	46%	26%	40%

De uitkomsten suggereren dat:

- 1 in Nederland de openheid over medische vergissingen hoger is dan in Zweden en Duitsland, getuige de respons op enerzijds het belang dat men aan het onderwerp hecht en anderzijds het feit dat meer dan in beide andere landen, mensen in Nederland wel eens of vaak hebben gehoord over medische vergissingen.
- 2 Duitsers zich, vergeleken met Zweden en Nederlanders, het meest zorgen maken over medische vergissingen en denken de minste mogelijkheid te hebben om dergelijke vergissingen te voorkomen.

- 3 hoewel de Zweden de meeste ervaring in de familie hebben met medische vergissingen in een ziekenhuis of door verkeerde voorgeschreven medicatie, hun vertrouwen in de medische staf en in artsen hoger is dan in Nederland of Duitsland. Ook hebben ze het meeste vertrouwen in de mogelijkheid als patiënt medische vergissingen te kunnen voorkomen.

In het licht van de hier centrale onderzoeksvragen, is het de vraag wat deze uitkomsten opleveren. Het lijkt op het eerste gezicht niet goed mogelijk ze toe te schrijven aan kenmerken van de gezondheidssystemen of de (hiermee samenhangende) invulling van professionele autonomie van de medicus; veeleer lijken de antwoordpatronen iets te zeggen over culturele verschillen tussen de bevolkingen in de onderzochte lidstaten. Daarnaast, kunnen we zeggen, is het algehele vertrouwen in het medisch bedrijf in Zweden, Duitsland (en Nederland) relatief hoog, als we het vergelijken met de EU25⁴² (en impliciet met de nieuwe lidstaten in Midden- en Oost-Europa). Opmerkelijk is voorts dat Zweden relatief hoog scoort als het gaat om ervaringen met medische vergissingen, maar tegelijk hoog scoort waar het gaat om het vertrouwen dat men heeft in de gezondheidszorg én in de mogelijkheid van patiënten om vergissingen te voorkomen. Dit vertoont opmerkelijke samenhang met de relatieve souplesse van het Zweedse 'no fault' systeem om klachten in te dienen (en het relatieve gemak van toekenning van compensaties daar). Deze leidt er immers toe dat men vaker geneigd is te spreken over mogelijk feilen van de behandelingen. De suggestie is – maar deze is wat kort door de bocht – dat het Zweedse compensatiesysteem ertoe leidt dat het vertrouwen hoog blijft, ondanks het feit dat of juist omdat men relatief makkelijk erkent dat er zaken fout gaan. In dit kader meldt de Zweedse Medische Vereniging voorts dat uit surveys voortdurend blijkt dat het vertrouwen in de medische beroepsgroep groter is dan dat voor beroepsgroepen en/of sectoren in andere onderdelen van het leven, zoals politiek, journalistiek, het zakenleven, en zo voorts.⁴³

Conclusie

De vraag is of het Nederlandse klachtrecht afdoende is. Hierover moeten we bij gebrek aan nadere gegevens het antwoord schuldig blijven. Wél is de suggestie van een open communicerend systeem waarin arts en patiënt in dialoog staan, waarin de patiënt zich begrepen voelt, er een om ook voor Nederland in de gaten te houden.

De relatie met de eigen beroepsgroep

Ontwikkelingen in beroepsgroepvertegenwoordigingen

Een recent verslag bespreekt ontwikkelingen in de beroepsgroepvertegenwoordiging voor juristen en apothekers in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Een belangrijke uitkomst is dat de beroepsgroepvertegenwoordigende organisaties in toenemende mate met twee problemen te maken krijgen:

- 1 ontevredenheid van de leden, die naar eigen gevoel te weinig ‘waar voor hun geld’ krijgen. Zelfs tot aan expliciete ontevredenheid over de geringe professionaliteit van de organisatie.
- 2 de toenemende heterogeniteit onder de leden, en daarmee een toenemend probleem om ‘met één mond’ te kunnen spreken.⁴⁴

Conclusie

Het lijkt niet onvoorstelbaar dat ook binnen de gelederen van de artsen-vertegenwoordigende organisaties hier te lande, deze problemen in toenemende mate optreden als gevolg van onder meer toenemende differentiatie in werkzaamheden, een steeds diverser ledenbestand, toenemende concurrentie tussen leden onderling en mogelijke verdeel-en-heers praktijken door andere spelers. Het is bekend dat KNMG en OvS niet altijd op één lijn zitten. En ook de vele andere deelverenigingen hebben elk hun eigen belangen. Daarin spelen natuurlijke processen een rol, zoals toenemende heterogeniteit onder de leden.

Daarnaast zullen niet alleen medisch-technische ontwikkelingen, maar ook daaromheen, in het bijzonder ontwikkelingen samenhangend met de zorgverzekeringswet, ertoe kunnen leiden dat beroepsbeoefenaren tegenover elkaar komen te staan. Daarbij gaat het dan niet alleen om de vraag wat kwaliteit van zorg is, maar ook om de vraag wat (en wie) gefinancierd moet worden. Het voorbeeld van Menzis met de verloskundigen lijkt hiervan slechts een voorloper.

Nederlandse zelfregulering in internationaal perspectief

Nederland volgens de OECD

In 2002 beschreef de OECD Nederland als een zeldzaam land, waar zelfregulering een vitale rol speelt in het verbeteren en rationaliseren van medische zorg, door formele procedures zoals visitatieprogramma's en de ontwikkeling en implementatiestrategieën van klinische richtlijnen.⁴⁵ Een gevolg van deze situatie is overigens wel dat het in Nederland ontbreekt aan vergelijkbare data voor beleidsmakers⁴⁶. De data worden primair verzameld voor eigen gebruik (binnen de beroepsgroep). In grote lijnen is dit beeld ook begin 2007 nog correct. Wél is de context fundamenteel veranderd met de entree van de Zorgverzekeringswet.

Overweging en conclusie

Waar verzekeraars op dit moment vooral concurreren op de premiekant van hun producten, is de verwachting dat ze de komende jaren in toenemende mate – en de fusies tussen de verzekeraars onderling geven

hen daar nieuwe mogelijkheden toe – zich ook op de kwaliteit van hun producten zullen richten (zie ook eerder). En, als het aan de Nederlandse overheid ligt, zal het daarbij niet alleen gaan om de verzekeringspakketten, maar ook om de competitie tussen aanbieders. Deze zullen op basis van prijs en kwaliteit moeten concurreren om contracten met de zorgverzekeraars te kunnen sluiten. Indien een zorgaanbieder geen contract sluit met de verzekeraar, zal een verzekerde vermoedelijk bij moeten gaan betalen, indien hij of zij toch diensten af wil nemen bij die zorgaanbieder. Het is nog onhelder of de verzekeraar ook transparant zal maken *waarom* hij met deze zorgaanbieder geen contract wil sluiten. Dit zou uiteraard de helderheid richting verzekerde verhogen, maar kan een tweesnijdend zwaard worden en heeft bovendien mogelijk bij-effecten. Transparantie van de beroepsgroep wordt dan een belangrijk vereiste, meer dan voorheen, om zich a priori een eenduidiger positie te verwerven.

Vertrouwen, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmaatregelen

Discipline en tuchtrect

Eén van de manieren om het vertrouwen in de beroepsgroep te behouden is een strict kwaliteitsbeleid, inclusief de mogelijkheid van disciplinaire maatregelen. In 2.1 gingen we hier al op in. Hulst en Hermans (2001) geven een – inmiddels wat gedateerd – overzicht van het aantal disciplinaire cases in enkele EU-lidstaten. In Nederland gaat het om 0,35% van de praktiserende artsen per jaar (hier lijkt het te gaan om sancties), in Zweden om 6,4% (hier gaat het om gestarte acties; waarvan circa 10-15% leidt tot disciplinaire maatregelen).⁴⁷ Voor Duitsland zijn geen gegevens voorhanden door de regionale structuur. Voor de Verenigde Staten konden we evenmin harde gegevens boven water krijgen. Wél is helder dat het systeem daar op andere leest geschoeid is (zie bijlage 1 voor een voorbeeld). Daarnaast staat in de VS veel meer het civiele aansprakelijkheidsrecht in de debatten centraal. De perceptie dat dit systeem overspannen is geraakt (met in zijn kielzog een neiging tot defensieve geneeskunde) leidt daar tot grote debatten over een totaal andere inrichting van het systeem, inclusief denken over het onder meer in Nieuw-Zeeland (en Zweden) geldende no-fault-systeem. Het kan ook dit systeem in Zweden zijn dat als verklaring kan dienen voor het relatief grote aantal zaken dat in Zweden wordt gestart.

Opmerkelijk in deze hele discussie is overigens dat vergelijkende analyse van de medische aansprakelijkheid⁴⁸ slechts beperkte verschillen tussen de systemen in Duitsland en Zweden enerzijds en dat van de Verenigde Staten anderzijds laat zien (zie bijlage 4). De grote verschillen lijken voor wat betreft de medische dienstverlening eerder terug te voeren op de context waarbinnen aansprakelijkheids- (en schuld-)vragen worden afgehandeld. De Europese stelsels kennen meer sociale bescherming dan het Amerikaanse, waar hoge vergoedingen soms simpelweg noodzakelijk zijn om geleden schades te kunnen compenseren. Daarnaast is het Amerikaanse aansprakelijkheidssysteem – niet in *alle* staten – meer dan in Europa gericht op straf en de schuldvraag, waar bijvoorbeeld het Zweedse

systeem vooral gericht is op compensatie van geleden schades, zij het dat ook daar, net als in sommige van de Verenigde Staten, plafonds bestaan.

Evidence-based medicine, richtlijnen en indicatoren

Protocollen, richtlijnen en *evidence-based medicine* zijn belangrijke, welhaast niet te vermijden, begrippen geworden in het medisch bedrijf van de laatste jaren. Ook in Nederland speelt dit een belangrijke rol. Er zijn echter wel wat vragen bij te stellen. Zo is veel van wat onder *evidence-based medicine* naar voren wordt gebracht, volgens Peter Sawicki, Directeur van het Duitse Instituut voor Kwaliteit in de Gezondheidszorg, gebaseerd op onderzoek met dieren. Voorts stelt hij dat uitslagen worden onderdrukt, data gemanipuleerd of niet gepubliceerd. Ook richtlijnen kunnen het gebrek aan objectieve kennis niet goedmaken, want ze worden ofwel niet gebruikt of zijn niet onafhankelijk. Zo is de Amerikaanse cholesterol-richtlijn zo laag dat in principe iedereen een te hoog cholesterol-gehalte heeft. Acht van de negen betrokken richtlijnauteurs zijn afhankelijk van de industrie. Hij stelt zelfs dat er geen Engelstalige richtlijnen zijn die zonder inmenging van de industrie zijn gemaakt: alle auteurs hebben daarmee banden. Op grond hiervan komt hij tot de volgende aanbevelingen:

- Onderzoek moet patiëntgeoriënteerd zijn;
- Alle data moeten compleet gepubliceerd worden;
- Ärztekammer moeten de artsen verder opleiden.

Het voert te ver om in te gaan op het tweede punt, maar bekend is dat lang niet alle gegevens uit onderzoek worden gepubliceerd, terwijl ook (voor de financier) teleurstellende resultaten relevant kunnen zijn.

In toenemende mate, zo stelt Woopen, is er sprake van *evidence-based medicine*. Echter, dit vergt niet alleen een omslag in denken en structuren in de gezondheidszorg, tegelijk kleeft er een belangrijk aantal vragen aan *evidence-based medicine*. Welke speelruimte blijft er voor de individuele arts? En: wat is de betekenis van al deze richtlijnen en protocollen, als we ons realiseren dat deze van onderscheiden herkomst en validiteit, die bovendien slechts zelden direct van toepassing zijn op de individuele patiënt en geen rekening lijken te houden met diens voorkeuren en levenssituatie?⁴⁹

Gegeven de ons bekende stand van zaken in Nederland kan niet gezegd worden dat de stelselherziening hierop een extra invloed uitoefent. Dus kunnen we hieruit ook geen suggestie afleiden voor een door deze stelselherziening veranderende (omgang met) professionele autonomie, anders dan ook elders in dit rapport al verwoord.

De definiëring van de relatie van artsen met burgers als met 'de patiënt' is een beperkte. Want die patiënt is ook een premie- en/of belastingbetaler die zich heeft gemeld met een gezondheidsprobleem. Het is bekend uit de literatuur dat zich hierbij een spagaat kan voordoen: de patiënt wil de

allerbeste zorg dicht bij huis, ongeacht de kosten. De premiebetaler wil graag profiteren van lage premies, maar zonder dat risicoselectie wordt toegepast; wil bepaalde kwaliteit gewaarborgd weten en wil – in een verzekeringsstelsel waarin hijzelf kan sturen - kunnen wisselen van verzekeraar indien hij – voorzover hij dit kan overzien – vindt dat een andere verzekeraar / bemiddelaar beter voor zijn of haar situatie is.

Het is precies deze discussie waarin een belangrijk deel van het debat gaat (ook in Nederland) over het transparant maken van de kwaliteit van zorgaanbieders en/of medici. Een belangrijk doel is daarbij om de consument materiaal in handen te geven om zelf keuzes te kunnen maken, voor zover hij of zij niet vertrouwt op de keuzes die worden gemaakt door zijn zorgverzekeraar.

Hier komt het concept ‘health literacy’ om de hoek kijken. In het kader van de veranderende zorgvrager, die, al was het maar omwille van de begrenzing van de publieke financiën, steeds verder geprikkeld wordt om zijn eigen ziekte en zorgbehoefte te managen, wordt de burger dus ook geacht zich te scholen op het terrein van zijn eigen gezondheid en zorgproces. Daarbij behoort ook de mogelijkheid om zich een oordeel te vormen over allerhande professionals en instellingen, op basis van openbare data.

Kwaliteitsmanagement en integrale zorg voor chronisch zieken

Kwaliteitsmanagement wordt in Duitsland steeds belangrijker. Sinds 2000 zijn ziekenhuizen in het publieke stelsel verplicht interne kwaliteitsmanagement programma’s te draaien en om over externe kwaliteitsmaatregelen met de ziekenfondsen te onderhandelen.⁵⁰ Hierbij gaat het om vergelijkbare kwaliteitsindicatoren. In de jaren erna zijn ook breder kwaliteitssystemen geïntroduceerd. Aanbieders die bepaalde diensten willen verlenen, dienen gecertificeerd te worden. Die krijgt men op voorwaarde dat de faciliteiten aan bepaalde voorwaarden voldoen en indien de aanbieder aanvullende training heeft gevolgd, door onder supervisie een minimum aantal gevallen te hebben behandeld. Daarnaast dient ook de organisatie aan bepaalde criteria te voldoen. De certificering is niet eenmalig maar dient binnen bepaalde termijnen hernieuwd te worden en te voldoen aan criteria als: tenminste 150 echoscopieën in het vorige jaar.⁵¹

Een nieuwe vorm van kwaliteitsbeleid is het invoeren van *disease management*-programma’s. Waar dit begrip in de VS vooral wordt geassocieerd met het ‘onthouden’ van zorg aan patiënten, voortvloeiend uit het deficit van de *managed care*-benadering, heeft in Duitsland – en ook in het Verenigd Koninkrijk, *disease management*, veeleer de bijklank van zorgverbetering via integrale zorgketens. Dit spoort met bijvoorbeeld aanbevelingen voortvloeiend uit het Europese CARMEN-onderzoek, gericht op integrale zorg voor ouderen.⁵² In de Duitse benadering zijn er dan ook prikkels voor zorgverzekeraars, behandelaars, patiënten. Een van de gevolgen is dat inmiddels een groot deel van de Duitse artsen meedoet aan een disease-management programma rond diabetes.⁵³

Aansprakelijkheid

Eén van de belangrijkste vragen rond het vertrouwen in de medische beroepsgroep is wat er gebeurt ingeval de patiënt geschaad wordt. Zweden heeft daartoe de *Patient injuries Act* in het leven geroepen. Elke institutie die gezondheidszorg levert, heeft de plicht te compenseren voor eventuele schade toegebracht door de dienstverlening. Daartoe dienen instellingen verzekerd te zijn (het is ons niet duidelijk of er ook instellingen zijn die hieraan niet voldoen).⁵⁴ Het proces treedt in werking na melding door de instelling bij de *Socialstyrelsen*, de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn (NRGW). Patiënten kunnen terecht bij de HSAN de Raad voor de Medische Verantwoordelijkheid, welke kan beslissen over disciplinaire maatregelen, waar de NRGW zich richt op analyse van mogelijke fouten. Het systeem is relatief toegankelijk en leidde in 2002, zoals eerder gemeld, bijvoorbeeld tot 3000 klachten.

Een gerelateerd probleem in de civiele relatie met de patiënten is de *malpractice*. Artsen zijn daartegen verzekerd, maar het systeem in de VS is – zoals gezegd – ontploft. Het heeft tot gevolg dat artsen ertoe neigen zich niet meer in sommige medisch specialismen te scholen, of zelfs bepaalde regio's te mijden.⁵⁵ Een van de gevolgen is dat er tekorten ontstaan in het zorgaanbod. Voor sommige medische specialismen kunnen de premies voor de verzekeringen tegen dergelijke aanklachten oplopen tot 20-50% van het inkomen van de medisch specialist.⁵⁶ Zo wordt de helft van de neurochirurgen jaarlijks vervolgd, terwijl zo'n 60% van de cases geen waarde heeft.⁵⁷ Bovendien kennen sommige staten ook 'punitive damages', oftewel financiële straffen voor de arts door de civiele rechter. Ook deze kunnen fors oplopen.⁵⁸ Individuele staten zoeken naar oplossingen. Zo zijn beperkingen van de periode waarbinnen een procedure dient te starten voor- en ingesteld en is in enkele staten voorafgaande arbitrage verplicht gesteld.⁵⁹ In slechts zeven van de Staten van de VS is de situatie enigszins onder controle, waarvan twee, Californië en – vooral – Texas (thuisstaat van President Bush), momenteel als voorbeeld gelden⁶⁰ (zie bijlage 5). De maatregelen in Texas leidden ertoe dat het Texaanse gezondheidszorgsysteem zich in slechts enkele jaren volkomen heeft hersteld van een deplorabele staat van *jackpot justice*, inclusief een hernieuwde toestroom van artsen in deelsectoren en regio's. Inmiddels is er een voorstel om het Texaanse model op federaal niveau in te voeren.

Gezien deze crisis geeft de Amerikaanse literatuur vele voorbeelden van analyses met systemen elders. Meest opvallend is de vergelijking met de 'no fault' systemen, zoals die in onder meer Zweden en Nieuw-Zeeland gelden. Ook in landen als Frankrijk, Japan, Duitsland en België (en impliciet ook: Nederland) zou er overigens feitelijk sprake zijn van 'no fault'-systemen. Immers de gezondheids- en zorgkosten worden gedekt door het publieke stelsel en de inkomens-effecten via werkgevers en sociale verzekeringen worden gedekt.⁶¹ Met andere woorden: de publieke stelsels in deze (Europese) landen, dekken de kosten van risico's af die in het stelsel in de Verenigde Staten via

het civiele recht veroverd moeten worden. En de aansprakelijkheidsstelsels zijn minder op het bestraffen van de betreffende medicus gericht dan op het compenseren van door de patiënt opgelopen schade.⁶²

Conclusies

Evidence-based medicine

Ook in Nederland gaat de ontwikkeling nadrukkelijk richting *evidence based medicine*. Deze ontwikkeling lijkt een goede zaak – ook los van de stelselherziening – maar daarbij dient men een aantal twijfels nadrukkelijk in het oog te houden. De vraag is immers hoe stevig het bewijs is en hoe neutraal. Bovendien is het overgrote deel van de geneeskunst nog beperkt *evidence*-georiënteerd. Tenslotte ligt het voor de hand te veronderstellen dat zorgverzekeraars de richtlijnen zullen gaan hanteren als economische kaders.

Transparantie

Eenzijds lijkt het wenselijk, ook voor de patiënt, om meer transparantie te krijgen. Het is echter de vraag of de via de band van de externe verantwoording naar voren komende gegevens uit de medische praktijk iets toevoegen voor de patiënt, en zo ja, wat dan precies. In de VS bleek dat ook goed opgeleide mensen problemen hebben om hun weg te vinden in het zorgsysteem. Waar men probeert medische informatie te verwerken blijkt men nogal verward te raken of heeft men grote problemen om een ziekenhuisnota te begrijpen (of, naar Nederlandse termen) de indiening van een declaratie bij de zorgverzekeraar.

Ook in Nederland gaat de beleidsontwikkeling steeds verder in de richting van consumentengedrag en –keuzes als mogelijkheid om kwaliteit en kosten te sturen. Dit betekent dat er steeds meer informatie op de schouders van de consumenten wordt gelegd, die keuzes dienen te maken. Vele consumenten / verzekerden / patiënten blijken echter niet in staat om de gewraakte informatie of kennis-producten op waarde te schatten. Waarbij bovendien patiënten met een gezondheidsprobleem niet eerst al die kennis en informatie gaan zeven, maar simpelweg geholpen willen worden. Bovendien is de vraag hoe de data te waarderen. Zijn ze onafhankelijk of gelieerd aan en te manipuleren door de zorgaanbieder, of vertekenen ze simpelweg door specifieke karakteristieken van de zorgaanbieder⁶³? En wat betekent dit voor de keuze-vrijheid van de patiënt en diens relatie met de behandelend arts? En in hoeverre gaat de roep om transparantie ten koste van de professionele autonomie van de arts, die zich mogelijk dient te schikken in de kengetallen en hoe is dit te kwalificeren? Deze en andere vragen zullen antwoord behoeven.

Zorgverbetering

Het lijkt voorstelbaar dat ook in Nederland een benadering als in Duitsland rond zorgverbetering voor chronisch zieken succesvol kan zijn. Naar verwachting zullen daartoe ook hier specifieke prikkels voor artsen en andere partijen moeten worden gevonden, om alle partijen daadwerkelijk

bijeen te brengen. Inmiddels is ZONMW doende een programma te ontwikkelen dat hieraan invulling kan geven. Vooralsnog ontbreekt het echter aan een opdracht vanuit VWS. Ook kwaliteitsmanagement zal in Nederland een steeds grotere rol gaan spelen, hetzij omdat de verzekeraar er om vraagt, hetzij om tegenover de verzekeraar – en patiënt – argumenten te hebben waarom behandelingen en prijzen zijn zoals ze zijn. Ook dit vergt meer transparantie, niet alleen van de organisaties (ziekenhuizen en andere behandel-instellingen) maar ook van de beroepsbeoefenaren daarbinnen.

Aansprakelijkheid

De discussie over Europese versus Amerikaanse aansprakelijkheidssystemen betekent – overigens onafhankelijk van de recente stelselwijziging in Nederland – mogelijk dat afbraak of versobering van de sociale stelsels in Europa er ook hier toe zou kunnen leiden dat de geschade patiënt zich genoodzaakt zal zien om op andere wijze zijn financiële toekomst zeker te stellen, namelijk door de arts – of de instelling – aansprakelijk te stellen. Dit geldt eens te meer indien het ontbreekt aan mogelijkheden voor de patiënt om elders zijn of haar klachten adequaat behandeld te zien worden.

2.5 De relatie met de financiers

De VS: Managed care

De kosten van de gezondheidszorg zijn in de VS onbeheersbaar: ze zijn al de hoogste ter wereld, terwijl de dekking in aandeel van de bevolking slecht is (40% is onverzekerd) en ook de dekking van de verzekeringspakketten steeds beperkter wordt. Daarnaast betalen de verzekeraars steeds zuiniger uit. Dat grote delen van de bevolking niet verzekerd zijn tegen zorgkosten hangt samen met het feit dat zorgverzekeringen een secundaire arbeidsvoorwaarde vormen voor de werkgevers. Deze heeft vooral baat bij een lage premie, waardoor de dekking in de verzekering de neiging heeft af te nemen. Dat betekent voor potentiële patiënten een toename aan eigen betalingen en uitsluitingen, waar boven op dan nog het systeem komt van de verzekeraar zelf, die onder betaling uit tracht te komen. Maar niet alle werkgevers bieden een verzekeringspakket aan en daarnaast hebben zelfstandigen, werklozen en degenen die om andere redenen geen deel uitmaken van het arbeidsproces, grote problemen om zich te verzekeren. De verzekeringskosten zijn voor particulieren zo hoog dat bijna niemand zichzelf (of zijn gezin) kan verzekeren. Gezien de vrijheid van medische professionals om hun cliënten te kiezen, betekent dit dat de medische beroepsgroep deze patiënten – onder de bestaande condities – liever ziet gaan dan komen, omdat geleverde zorg niet betaald wordt. Derhalve zijn deze patiënten aangewezen op noodhulp. De overheid in de VS treedt echter niet, zoals in Nederland, op als regulator van de zorgverzekeringen. Derhalve is risicoselectie mogelijk, ook omdat er geen

basispakket is. Een recent signaal is dat het merendeel van de faillissementen in de VS zou worden uitgesproken over patiënten die de rekeningen van de gezondheidszorg niet meer kunnen betalen.⁶⁴

De *managed-care plans* – in Nederlandse begrippen: zorgverzekeringen – worden dus ingekocht door de werkgevers, die er belang bij hebben zo min mogelijk kwijt te zijn aan de *managed care plan*. Individuele werknemers hebben weinig te zeggen al hebben ze soms een keuze. Want werkgevers willen in toenemende mate informatie van verschillende *managed care plans*, om zo de werknemers keuzemogelijkheden te bieden, zij het binnen de financiële kaders die zij stellen. Deze competitie leidt er echter toe dat het *managed-care plan* zich gedwongen voelt te snijden in de kosten, maar er tegelijkertijd naar te streven de opbrengsten zo hoog mogelijk te krijgen. Dat betekent dat, zo stelt een criticus, met deze premies de ‘business of health care’ betaald wordt, inclusief exorbitante salarissen voor directies, dure gebouwen en ‘kunst’, marketing en sales, en, zoals gezegd wordt, het subsidiëren van de machinerie die gebruikt wordt om de patiënt zijn benodigde zorg te limiteren en onthouden.⁶⁵

Managed care is dan ook in de VS zeer omstreden. Na een aanvankelijke introductie met relatief beperkte effecten, verhoogt *managed care* – door de nadruk op sturing op geld – volgens critici de werkbelasting, leidt het tot neerwaartse substitutie van zorg (geen gediplomeerde verpleegkundigen maar minder geschoolde zorgverleners⁶⁶), en bijvoorbeeld tot tijdlimieten bij artsenbezoek, iets wat we ook in Duitsland terugzien: *Sollzeiten*.⁶⁷ Bovendien suggereert een onderzoek in Connecticut naar de behandeling van longontsteking, dat *managed care* weliswaar de ligduur in ziekenhuizen met bijvoorbeeld 35% af deed nemen, evenals de sterfte in het ziekenhuis (15%) en de ziekenhuiskosten (25%), maar dat tegelijkertijd de sterfte onder de ontslagen patiënten in de eerste 30 dagen met 35% toenam en dat het aantal hernieuwde opnames steeg met 23%. De doorsnee overlevingstijd verkortte zich ook nadrukkelijk.⁶⁸ De onderzoekers pleiten hiermee voor een heroverweging van de *managed-care* benadering. Een uitgebreid overzicht van de belangrijkste kritiek op het *managed care systeem* is te vinden in bijlage 6.

Managed care kan door patiënten worden aangevochten door een claim in te dienen. Dat veronderstelt echter wel dat aangetoond kan worden dat de patiënt een behandeling is geweigerd. Volgens critici zijn de *managed care plans* er meesters in geworden om ‘te weigeren zonder te weigeren’: door beslissingen uit te stellen, alternatieven te bieden; de patiënt geen zorg te bieden en daarmee een claim te voorkomen.⁶⁹ Daarnaast beperkt *managed care* de vrije artskeuze van patiënten, doordat patiënten gedwongen worden om de diensten van ‘goedgekeurde artsen’ af te nemen, tenzij de contracten van de *managed care* organisaties (MCO) op dit punt specifieke regels bevatten.⁷⁰ Omgekeerd is ook de ‘vrije patiëntenkeuze’ van artsen door diens contract met de MCO

veranderd, evenals diens mogelijkheden om vrijuit door te verwijzen, te behandelen naar eigen professioneel inzicht of het bespreken van mogelijke alternatieve behandelingen die niet in het contract met de MCO zijn opgenomen.⁷¹ Met name deze laatste beperking wordt als onethisch beschouwd en is inmiddels in vele staten van de VS als illegaal beoordeeld.

Artsen worden gerangschikt op basis van kengetallen (meest kosten-gelateerd)⁷² en sturing vindt plaats op basis van jaarlijkse budgetten. Dit zou niet alleen ten nadele zijn van de langere-termijn prioriteiten, maar betekent ook dat met sommige artsen wél en met andere artsen geen contracten worden afgesloten. Naar het publiek kan dit gecommuniceerd worden als samenhangend met kwaliteit, ook indien primair kosten-afwegingen een rol spelen.

Een recent voorstel is om de ‘*managed care plans*’ juridisch aansprakelijk te maken voor de consequenties van hun beslissingen. Dat zou er wellicht toe kunnen leiden dat ziekenhuizen met adequate staf en kwaliteit werden gecontracteerd, omdat dit gevolgen heeft voor de resultaten van de medische beslissingen. Het zou er ook toe kunnen leiden dat het thema kwaliteit breder – op instellingsniveau - wordt gezien dan alleen vanuit de individuele arts.

Het benoemen van dit voorstel is in zoverre opmerkelijk dat het nadrukkelijk wijst op het op dit moment ontbreken van deze juridische aansprakelijkheid. Dit betekent weer dat wat in juridische termen een ‘wanpresentie’ is te noemen, momenteel dus niet is aan te vechten (tenzij, zoals elders is gemeld, behandeling expliciet wordt geweigerd). Het benoemen van dit voorstel maakt daarom nog onvoldoende duidelijk wat precies de inhoud is van het voorstel. Het is ons onduidelijk in hoeverre het voorstel ook in gaat op het problematische aspect van de zorgweigerings zonder harde weigering, op de ‘verplichte winkelnering’ van arts en patiënt en op de tendens om goedkope in plaats van goede zorg te financieren.

De *managed care plans* kunnen artsen dus al dan niet insluiten in hun systeem. Dat gebeurt op afwegingen van zowel kwaliteit als kosten. Er zijn gevallen bekend waarin artsen tegen hun *managed care plan* in opstand kwamen omwille van de ‘zachte’ weigering van toestemming voor behandeling van een patiënt en vervolgens monddood werden gemaakt, dan wel in een positie werden gemanoeuvreed waarin ze geen contract meer kregen. Tegenover de verzekerde werd vervolgens het kwaliteitsargument gebruikt. Dat is mogelijk in zoverre terecht waar het een uitvloeisel is van de bij de *managed care plans* aanwezige toenemende datastroom waarmee ze kosten en kwaliteit steeds indringender willen en kunnen beoordelen en hanteren als relevante instrumenten. Het gevolg is wel dat – naast de onafhankelijke toezichthouders – dus ook de verzekeraars in de VS de rol van toezichthouder gaan spelen. Voor zover toezichthouders zich te weinig op het publieke belang richten lijkt dat geen probleem. Echter, de *managed care plans* hebben daarbij een dubbele agenda, en het basale

probleem lijkt te zijn dat daarin niet wordt ingegrepen, c.q. dat er geen onafhankelijke plaats is waar dit probleem kan worden gecoördineerd. Bovendien kunnen Amerikaanse artsen letterlijk klem komen te zitten in de trits tussen

- hun aansprakelijkheidsverzekering die torenhoge premies verlangt,
- hun patiënt die mogelijk sub-optimale zorg vergoed krijgt en
- het *managed care plan* dat stevige druk uitoefent op de tarieven en te vergoeden behandelingen.

Al eerder benoemden we het niet geheel terecht gebruiken van het kwaliteitsargument door de financier.

Peeno ziet echter nog meer gevaren, onder meer voor de professionele autonomie (bijlage 6). Vooral wijst ze op het gebruik van bedrijfsartsen om zorg te weigeren, op het gebruik van behandelend artsen als agenten in de rantsoening en weigering van zorg en op het gesteggel rond een begrip als 'medische noodzaak'.

Ook Nederland kent het systeem van de bedrijfsartsen, maar deze neemt een andere positie in dan die in Amerika, waar de bedrijfsarts de arts is van de inkoper van verzekeringen (de werkgever). Toch is bekend dat soms spanningen optreden tussen bedrijfsartsen en artsen in het behandelend circuit, ten koste van de eenduidigheid voor de patiënt/werknemer. De stelselwijziging in Nederland heeft hier echter geen nadrukkelijke wijziging in gebracht.

Door de regering Bush is impliciet erkend dat het huidige systeem spaak loopt. Daarop is recent een systeem voorgesteld van 'medische spaarrekeningen'. Volgens critici zitten er echter de nodige nadelen aan: het veronderstelt een assertief en geïnformeerd publiek dat onder stress de juiste keuzes kan maken. Gezien het feit dat begrippen als 'health literacy' en 'zelf management' nog in de kinderschoenen staan (ook academisch geschoolde patiënten hebben moeite hun weg te vinden), is het inderdaad de vraag of een soortgelijk stelsel zou kunnen werken. Bovendien is het volgens critici geen kostenbeheersend instrument, dat bovendien preventie ontmoedigt en dat administratief buitengewoon gecompliceerd zal liggen. Een consequentie is ook dat de zieksten gestraft worden.⁷³ Een cynicus zou overigens tegen dit laatste in kunnen brengen dat de situatie in de VS op dit moment weinig anders is.

Zweden

Zoals bekend, is een belangrijk deel (maar niet alle) van de verantwoordelijkheden voor de Zweedse gezondheidszorg in de jaren '90 overgegaan naar de lokale overheden. Niet alleen leidt dit tot problemen op het snijvlak van beide verantwoordelijkheidsterreinen (over de heg gooien), maar ook werden de lokale overheden in diezelfde tijd gedwongen tot belangrijke bezuinigingen, door strakke budgettering van de gezondheidszorg. Dat moest omdat de centrale overheid niet alleen de subsidies aan de

regio's verminderde maar tevens een wet aannam die het de gemeentes onmogelijk maakte de hen toegestane belastingvrijheid te gebruiken voor een verhoging van de lokale belastingen. Het leidde tot forse ontslagolven en tot privatisering, ook in de medische sector. Echter, volgens Diderichsen (1999)⁷⁴ is daarmee de onderliggende problematiek niet aangepakt. Want ondanks een bestuurlijke fusiegolf zijn de lokale autoriteiten niet in staat dit proces te beheersen, met als gevolg problemen in de toegang tot gezondheidszorg (wachtlijsten) en een verschuiving van de medische staf van de publieke naar de private sector. Het reguleren van deze private sector dient daarom ook op nationaal niveau aangepakt te worden. Inmiddels (2005) lijkt deze stroom van beroepsbeoefenaren naar de private sector echter tot staan gebracht.⁷⁵ Wél is een continu probleem volgens de Zweedse Medische Vereniging de voortdurende druk op de kosten in de gezondheidszorg, en – daarmee samenhangend – de vraag over de financiële verantwoordelijkheden van de artsen.⁷⁶

Duitsland

In het Duitse denken rond de medische beroepsgroep speelt nog steeds het Derde Rijk (en de ineenstorting daarvan tijdens de Tweede Wereldoorlog) een belangrijke rol als demarcatielijn in de ontwikkeling van het (puur positivistisch wetenschappelijke) denken binnen en over de beroepsgroep. Pas hierna verliet de medische beroepsgroep in Duitsland het puur natuurwetenschappelijke denken, op grond van de geperverteerde wetenschappelijke beroepsuitoefening door onder meer Joseph Mengele.⁷⁷ De moraliteit van het vak diende nadrukkelijker aan de orde te komen. Tegenwoordig echter treedt er volgens sommigen via de invoering van de DBC-systemen opnieuw een positivisme in, dat evenzeer gevaarlijk is. Men benoemt dit als een 'bedrijfsmatig paradigma'. Niet alleen worden contacttijden tussen arts en patiënt verkort, maar ook wordt de behandelingsvrijheid van de arts beperkt, niet in het minst omdat apparatuur soms ontbreekt, of omdat bijwerkingen van medicijnen of individuele ervaringen van patiënten daarop onbekend zijn.⁷⁸ In het bijzonder bij de Duitse universiteitsklinieken wordt het DBC-systeem als tegenstrijdig ervaren aan de van oudsher op de universiteitsklinieken gerichte patiëntengroepen: degenen met moeilijker of ingewikkelder gezondheidsproblemen zijn binnen het DBC-systeem immers niet winstgevend.⁷⁹

Sinds 2000 heeft Duitsland 14 nieuwe wetten doorgevoerd ten behoeve van de voortdurende hervormingen van de gezondheidszorg.⁸⁰ De maatregelen in Duitsland zijn uiterst divers en trachten alle de (premie) solidariteit te handhaven. Zo werden in 1999 maatregelen genomen om de farmaceutische uitgaven onder controle te krijgen, onder meer door de regionale artsenverenigingen verantwoordelijk te maken voor eventuele kosten die uitkomen boven de 105% van de landelijk vastgestelde budgetten.⁸¹ In 2001 werd dit weer ongedaan gemaakt. Niet elke maatregel blijkt dus even duurzaam. Daarna ontstond een systeem waarin de regionale artsenverenigingen en de verenigingen van ziekenfondsen gezamenlijk

dienden te onderhandelen over een jaarlijks ‘budget’.⁸² Formele sancties bestaan niet meer, maar de onderhandelingspartners kunnen maatregelen overeenkomen.

Een andere maatregel was in 2003 het constant houden van de ziekenhuisbudgetten op het niveau van 2002 behalve voor de ziekenhuizen die al diagnose-behandelingscombinaties gebruikten.⁸³ De maatregel leidde onder meer tot een toename van het aantal ziekenhuizen dat met de DBC werkte, in 2003 van 284 tot meer dan 1035.⁸⁴ Eerder wezen we voorts op de prikkels in het Duitse systeem om als arts of patiënt deel te nemen aan disease management programma’s.

Tot de hervormingen behoort overigens ook wetgeving die de poortwachterspositie van de huisarts tracht te verbeteren, hoewel tegelijkertijd ook de ziekenfondsen deze rol claimen.⁸⁵ Het overheidsstreven is echter nog steeds verder te gaan op de ingeslagen poortwachtersweg, zoals ook bleek uit de *Gesundheitsreform* 2004. Volgens kritieken zijn de hervormingen echter niet als veel anders te zien dan als korte-termijn crisismanagement. Het lijkt onmogelijk langdurende besparingen en kwaliteitsverbetering te realiseren zonder een verreichende structurele hervorming.⁸⁶ Zo beschrijft Kälbe⁸⁷ maatregelen die de afgelopen 25 jaar zijn genomen om de kosten te beperken. En ook Busse et.al. stellen dat sinds de hereniging van Oost- met West-Duitsland de nadruk heeft gelegen op controle van de uitgaven en het bevorderen van technische efficiency door toenemende (gereguleerde) competitie, echter onder garantie van gelijkheid en kwaliteit. Rationalisering kreeg prioriteit boven rantsoenering, en slechts een beperkt aantal aanspraken kwam buiten het pakket. Tegelijkertijd werden nieuwe technologieën en innovatieve medicatie vergoed en verschoof het dienstenprofiel naar langdurende en palliatieve zorg, alsook naar preventie.⁸⁸

Algemeen wordt de invloed van het economische denken op het besluiten en handelen van artsen in Duitsland aan de orde gesteld. Kostenbesparingen en de daaruit voortvloeiende noodzaak om diensten te reguleren worden door de professe gezien als een bedreiging voor de professionele autonomie.⁸⁹ Vooral sinds de *Gesundheitsreform* van 2004 is de relatie tussen artsen en *Krankenkassen* fors veranderd. Zoals we al eerder rapporteerden heeft deze *Reform* ertoe geleid dat besluitvorming door de artsen door de *Medizinische Dienst* van de verzekeraars wordt tegengesproken, bijvoorbeeld inzake voor te schrijven medicijnen. De relatie met de patiënten is sinds deze *Gesundheitsreform* (tot uitdrukking komend in *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung*) evenzeer onder druk komen te staan, omdat de geloofwaardigheid van de behandelend arts door dit soort debatten over het hoofd van de patiënt heen nadrukkelijk in het geding is gekomen.⁹⁰ Anders gezegd, de *Krankenkassen* stellen zich nadrukkelijker als regisseur van de gezondheidszorg, evenals dat in de Verenigde Staten gebeurt, met voor de medische autonomie onverwachte gevolgen.

Zeer recent heeft de nieuwe Grote Coalitie (SPD en CDU) een compromis bereikt over nieuwe hervormingen in het stelsel van de gezondheidszorg. De wijzigingen zullen eerst in 2008/2009 in gaan en betreffen primair het verzekeringspakket. Het voert in dit kader te ver om hier gedetailleerd op in te gaan; daarvoor zijn de voorstellen te complex en te veelomvattend. Wat echter hier wel van belang is, is de rol die vervolgens de *Bundesärztekammer* is gaan spelen. Al bij de *Reform* van 2004 gingen artsen in Duitsland met regelmaat de straat op. Dat lijkt echter nog niets vergeleken met de situatie nu, waar rond de nieuwe (alweer!) *Gesundheitsreform* van de Grote Coalitie een strijd is uitgebroken tussen de *Bundesärztekammer* (BAK) en de Minister van Volksgezondheid. De BAK organiseert en regisseert de nodige acties tegen de plannen van de grote coalitie en heeft een lijvig rapport het licht doen zien waarin de regeringsplannen naar de prullenmand worden verwezen.⁹¹ De Minister verwijt de artsen dat ze de patiënten met hun (stakings-)acties gijzelen; de BAK stelt daarentegen dat het vertrouwen van de bevolking (lees: patiënten) in de beroepsgroep groot is en dat de overheid met dergelijke opmerkingen juist de artsen ongekend beledigt.⁹² Dit is eens temeer van belang omdat – in tegenstelling tot Nederland – in Duitsland de corporatistische beleidsvorming in de gezondheidszorg nog steeds centraal staat. Dat wil zeggen dat de wettelijk verankerd is dat veldpartijen dienen in te stemmen met voorgesteld beleid.⁹³ De aanvaring tussen Minister en BAK heeft dan ook de nadrukkelijke bijbetekenis dat de BAK niet in zal stemmen met de voorgestelde *Reform*.

Enkele conclusies

Een te sterke management-aansturing van het medisch beroep kan ook in Nederland leiden tot *Sollzeiten*: maximale tijdsduur aan direct patiëntencontact in de pre- of post-operatieve fase. Dit suggereert een inperking in de autonome beroepsuitoefening die mogelijk de patiënt schade kan berokkenen. De stelselwijziging via invoering van de Zorgverzekeringswet, met een concentratie aan verzekeraars, kan dit effect versterken.

Een speciale vraag is – aansluitend op de discussies in de VS over de mogelijke juridische aansprakelijkheid van de *managed care plans* - in hoeverre de Nederlandse zorgverzekeraars juridisch aansprakelijk zijn voor door hen niet toegestane of nodeloos uitgestelde zorg. Het ligt in de rede om te verwachten dat, met het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, de verzekeraar geneigd zal zijn om te onderzoeken hoe onder bepaalde aanspraken uit te komen. Niet alleen betekent dit feitelijk een inbreuk op de professionele autonomie van de medicus, het betekent ook een mogelijk schaden van de belangen van de patiënt.

Voor Nederland lijkt het zaak om – na de invoering van de zorgverzekering - het aspect van het Amerikaanse systeem voor ogen te houden, dat artsen hun vrijheid verliezen om naar bepaalde anderen door te verwijzen en mogelijk zelfs onder druk worden gezet om bepaalde zaken niet te communiceren met de patiënt of bij de zorgverzekeraar in twijfel te trekken.

Waar de arts monddood gemaakt wordt, is de kwaliteit van de zorg per definitie in het geding (los van de vraag de arts in casu gelijk heeft of niet). Voorts is het risico dat de zorgverzekeraar met een dubbele pet op de relatie met de arts vorm geeft, zeker niet denkbeeldig. Dat geldt te meer daar de Nederlandse zorgverzekeraars in toenemende mate deel uitmaken van een op winst gericht conglomeraat dan wel zelf (primair) vanuit commerciële belangen worden gedreven.

Voor Nederland belangrijk lijken voorts de constatering, dat de behandelend arts in de VS (ver-)wordt tot agent van rantsoenering, onder meer door bijvoorbeeld verinnerlijking van de verzekeraarsnormen. Gevolg is dat hij of zij het behandelingsbeleid – wellicht onbewust – aanpast aan de normen van de verzekeraar. Het is onbekend of, en zo ja in hoeverre, dit probleem zich ook in Nederland zou kunnen voordoen. De garantie van een basispakket suggereert dat het probleem hier in mindere mate speelt. Een ander probleem is echter dat van de definitie van de 'medische noodzaak'. Er lijkt in Nederland een gedegen bodem onder dit begrip te liggen, maar met de oprukkende commercialisering – en schaalvergroting - van de zorgverzekeraars is het niet denkbeeldig dat de stoel van de behandelend arts voor de verzekeraar ook in dit opzicht interessant wordt en dat deze – meer dan tot nu toe - zich een eigen oordeel over de medische noodzaak zal willen aanmeten. Te verwachten is daarom dat de rol van adviserend geneeskundige in belang zal toenemen.

De vraag is in hoeverre de verzekeraar – aansluitend op ontwikkelingen in Duitsland en de VS - ook in Nederland de regisseursstoel zal opeisen, nu de introductie van de Zorgverzekeringswet per 2006 inmiddels een stevig uitvoeringsfundament heeft gekregen, en de zorgverzekeraars in 2006 stevig door elkaar zijn geschud door de in eerste instantie veel sterkere dan verwachte consumentenbewegingen. Het leidde tot banenverlies bij enkele verzekeraars, tot verdere concentratie en daarmee tot grotere marktkracht van de verzekeraars, marktkracht die enerzijds wankel is (want verzekerden stemmen jaarlijks met de voeten), maar die anderzijds zo groot is dat ze zorgaanbieders, instellingen of beroepsbeoefenaren, in steeds grotere mate kunnen gaan prikkelen tot kostenbesparingen. Dat geldt primair het aanvullend pakket, maar het lijkt slechts een kwestie van tijd voordat interpretatieverschillen over de uitvoering van het basispakket naar voren komen. Ook het Duitse voorbeeld suggereert daarom scherpere zorginkoop en een grotere rol voor de adviserend geneeskundige.

2.6 Vertrouwensrelaties, geld en ethiek

Een fundamenteel aspect in het gehele medisch bedrijf betreft de relatie tussen de middelen en de medische ethiek. Dit raakt alle primaire actoren: de medici, de zorg-organisaties, de burgers, de financiers en de

overheden. Ieders argumentatie voor of tegen een bepaalde beleidsmaatregel raakt niet alleen de zorginhoudelijke kant, maar ook de financiën waarmee de zorg betaald moet worden. Deze eenvoudige regel leidt ertoe dat in vrijwel elk debat het gevaar bestaat dat één of meer van de partijen – al dan niet terecht – ervan beticht wordt het oog meer op de financiën te hebben dan op de zorginhoud. Dat speelt in het bijzonder wanneer de medicus zich tegen bepaalde maatregelen uit omwille van het belang van de patiënt, waar deze maatregelen mogelijk ook voor de medicus negatieve financiële gevolgen hebben. In het voorgaande is deze vermenging van argumenten en betekenissen een constante gebleken. In Duitsland is – in het verwijt door de Minister van Volksgezondheid dat de artsen de patiënten gijzelen in hun oppositie tegen de nieuwe hervormingen – dit aspect momenteel het sterkst zichtbaar. In het navolgende gaan we wat nader in op de wijze waarop dit debat in de VS wordt gevoerd. Daar immers, zo kan men stellen, wordt het debat het scherpst gevoerd, juist vanwege het failliet van het huidige systeem.

Zorgfinanciers

Het Amerikaanse *managed care* systeem is te zien als een antwoord van de inkopers op de problemen in de arts/patiënt/betaler driehoek en in het feilen van de bewaking van kwaliteit en kwantiteit door de beroepsgroep zelf. Maar wil het ten faveure van de patiënt werken, dan zijn hoge ethische standaarden in dit systeem echter absoluut noodzakelijk zowel aan medische zijde (om ongewenste besluiten in concrete casuïstiek aan te vallen) als van de kant van de betaler (om de kwaliteit van zorg te bewaken, onder meer op basis van data over het handelen van medici). In het *managed care* systeem wordt er echter hooguit over patiëntenrechten (en –plichten) gesproken, en niet zozeer over de verplichtingen van zorgverleners. Bovendien is vaak sprake van juridische, contractuele, taal. In deze teksten wordt niet (meer) gesproken over het belang van de patiënt. De vraag is of in een commerciële organisationele context hiermee anders wordt om gegaan dan in een non-profit context. Er zijn indicaties dat in de VS de organisaties met non-profit karakter in ieder geval deels beogen de problemen rond het vertrouwen in asymmetrische relaties (zoals tussen arts en patiënt) op te lossen; er zijn immers geen prikkels die kunnen afleiden van de doelstelling. Het *managed care* systeem kent zowel non-profit als for-profit *health plans* (zeg: zorgverzekeraars). Er lijkt enig bewijs te zijn dat non-profit *health plans* of *Health maintenance organizations (HMOs)* de laagste klachtenpercentages en uitstappers hebben terwijl de commerciële *health plans* bovenaan de lijst staan. Ook in kwaliteits- en leiderschapsgedrag staan de non-profit HMOs bovenaan. Het niet-commerciële karakter van de *health plans* geeft de verzekerde ook de suggestie dat er geen premiegeld over de balk wordt gegooid, maar dat het wordt besteed waarvoor het bedoeld was: zorg.

Om de zakelijke ethiek van de profit-managed care organisaties tegen te gaan zou het voorts wenselijk kunnen zijn dat de medische beroepsgroep

ook een rol kreeg in het management. Gray⁹⁴ haalt eigen onderzoek aan waaruit zou volgen dat een dergelijke constructie ertoe leidt dat de organisatie eerder meer dan minder interfereert met de professionele autonomie van de praktiserende arts. Indien en voorzover gerelateerd aan kwaliteitsoogmerken kan dit passend zijn. Hiervoor lijkt evenzeer enig bewijs daar dergelijke organisaties, eerder dan andere, er ook toe geneigd lijken de belangen van de patiënt tegenover derden te verdedigen. Waar werknemers de keuze hebben, neigen ze te kiezen voor een efficiënt en kwalitatief hoogwaardig *health plan* dat bovendien streeft naar verbetering.

Gray ziet echter vier belangrijke twijfels:

- 1 invloed van perverse prikkels: verzekeraars kunnen risicomijdend aan de slag gaan en tevredenheidscijfers publiceren die maskeren dat men bepaalde potentiële verzekerden uitsluit;
- 2 de (on-)mogelijkheid data te verzamelen: er zijn te weinig data, veel *health plans* kunnen die niet leveren, en ook de kwaliteit van de data laat te wensen over (overigens: dit leidt tot toenemende externe verantwoording; Peeno ziet in de toenemende datastromen een belangrijke veroorzaker van risico-selectie, voorwaardenbeperking en *disease management*⁹⁵);
- 3 toenemende invloed van werkgevers, maar, zeker (maar niet alleen) in Amerika, “*questions can be raised about reliance on employers as agents acting in the interest of workers*” (p. 46);
- 4 de vraag of patiënten zich daadwerkelijk als consumenten (kunnen) opstellen.
 - a. Kunnen consumenten de gegevens over een *health plan* wel interpreteren (zeker gegevens over meerdere *health plans* zijn soms uiterst moeilijk vergelijkbaar. Er wordt in dit kader gepleit voor standaardisatie van termen en ‘spelregels’⁹⁶);
 - b. Wat zijn de *opportunity costs* voor een verzekerde die overstapt naar een ander *health plan* als dit betekent dat hij of zij ook andere artsen zal moeten zoeken?

De verzekerde / patiënt

Een aspect in het vertrouwen tussen arts en patiënt (en samenleving) dat in voorgaande discussies niet is besproken, komt nadrukkelijk aan de orde in de analyse van Gray.⁹⁷ Het betreft de financiële aspecten van de medische zorg en het gegeven dat in de medische praktijk de inhoudelijke afwegingen ook worden gekleurd door afwegingen rond geld. In de eerste plaats speelt de vraag wat voor de arts het meest profijtelijke perspectief is. Hij benoemt in één adem vervolgens exploderende gezondheidszorgkosten, vergezeld door de (Amerikaanse) crisis in de aansprakelijkheid en *malpractice* discussies, fraude en misbruik, onverklaarbare variaties in zorgpatronen en hoge niveaus van niet passende zorg, evenals een toename van medisch commercialisme en opvallende interesse-conflicten.

Een andere vraag betreft vervolgens de eigen betalingen: waar geen relatie bestaat tussen betalingen door de patiënt en de behandeling, neigt de patiënt, zo concluderen Enthoven en Singer⁹⁸, tot vragen, inclusief mogelijk overvragen. Het voorgaande gaat niet in op de patiënt die een onnodige behandeling of test wil. De arts die hem deze behandeling of test weigert (omdat ze medisch gezien niet als noodzakelijk kan worden beschouwd), loopt het risico dat de patiënt bij hem of haar weg loopt en verhalen gaat rondstrooien over diens slechte kwaliteit. We hebben in ons materiaal weinig gevonden dat op dit punt, in relatie te brengen tot de stelselherziening in Nederland, nadere kennis verschaft.

Zoals het debat in Nederland ook verloopt, stellen Enthoven en Singer, dat als burgers en verzekerden, mensen in Amerika vinden dat de kosten van de gezondheidszorg omlaag moeten, maar als patiënt willen ze de beste zorg beschikbaar, ongeacht de kosten. En gezien de positie van de werkgevers in de VS is het gevolg, zoals gezegd, steeds meer eigen betalingen, beperkingen in pakketten (in de VS is er geen basispakket) en dat patiënten – ook indien ze verzekerd zijn – zelf voor de kosten van hun zorg moeten opdraaien.

Dit leidt als vanzelf tot de vraag naar de solidariteit en de toegang tot zorg. In Zweden, maar ook In Duitsland staat de (premie-)solidariteit en daarmee inkomensonafhankelijke toegang tot gezondheidszorg nog steeds voorop, ondanks de (zoveelste) *Gesundheitsreform*. Slechts beoogt men de concurrentie tussen verzekeraars te vergroten.

Overweging en conclusie

Het Nederlandse systeem van de zorgverzekering vereist inmiddels steeds nadrukkelijker dat men verzekerd moet zijn. Het heeft geleid tot nieuw beleid van ziekenhuizen, die zeker willen weten dat de te maken zorgkosten vergoed zullen worden. Ook leidde het tot een door de BAVO-RNO-groep aangespannen rechtszaak tegen de overheid om vergoeding van de kosten van zorg voor niet verzekerden. De rechter stelde de eiser in het gelijk, maar tot een vereveningsfonds is het tot dusverre niet gekomen, waarmee het Nederlandse stelsel inmiddels licht Amerikaanse trekken begint te vertonen. De gevolgen voor de professionele autonomie worden zichtbaar in zoverre artsen gebruik maken van hun recht patiënten te weigeren die niet kunnen betalen. Daarmee komt echter deze vrijheid wel op gespannen voet te staan met de hippocratische eed.

2.7 De stand van zaken in het debat en de nabije toekomst van het medisch beroep

Verkenning

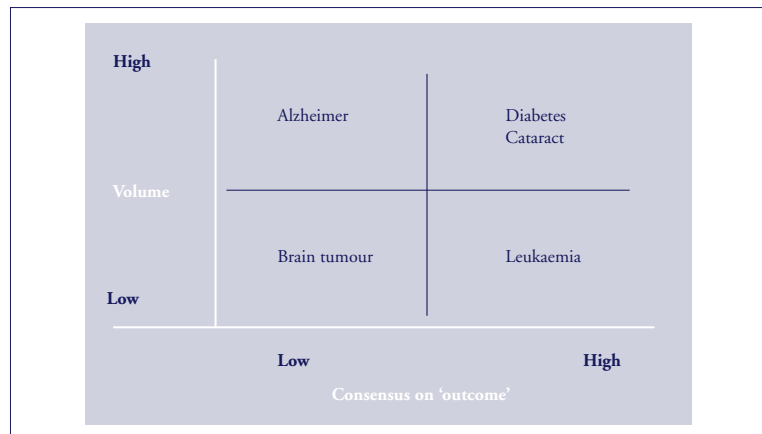
Kälble⁹⁹ concludeert dat de discussie tussen medische en economische oriëntatie in de nabije toekomst alleen maar zal toenemen. Een defensieve houding van de beroepsgroep volstaat daarin niet. Integendeel, men zal toe moeten naar een ander beeld van de medische professional. Deze nieuwe professional zal goede kennis moeten hebben van economie en management, zal een teamspeler moeten zijn en moeten kunnen samenwerken en communiceren met andere professionals. Bovendien, zou 'reflexieve competentie' moeten worden opgebouwd, waarmee medische professionals constructief kunnen omgaan met ambivalenties en innovatieve antwoorden kunnen leveren op de problemen van de moderne gezondheidszorg. Want, zo impliceert Kälble, het economische denken over de gezondheidszorg zal niet meer weggaan. De beroepsgroep kan er maar beter mee leren omgaan.

Kijkend naar de toekomst is het vervolgens interessant te bezien is hoe zich het medisch bedrijf gaat ontwikkelen. Jaap Maljers, directeur van de Plexus groep, onderscheidt in dit kader twee dimensies:

- patiëntenvolume
- mate van consensus over de behandeling

Op basis van deze twee dimensies ontwikkelt Maljers vier deelmarkten van het medisch bedrijf en komt hij tot een inschatting van de ontwikkelingen in de organisatie en vormgeving van de gezondheidszorg.¹⁰⁰

Figuur 1 Indeling van gezondheidsproblemen op twee dimensies (Maljers)



Bron: Maljers, 2006

Tabel 2 Uitwerking model Maljers voor beroepssetting en –praktijk medische professionals

Cel in model Maljers	Betekenis	Aanbieders	Professioneel profiel
Laag patiëntenvolume, lage consensus:	Er is (nog) geen medische behandeling mogelijk, derhalve ligt hier de kern van het wetenschappelijk onderzoekswerk, zoals uitgevoerd in de context van academische centra	Centraal gefinancierde 'academische zorg'; Geen competitie	Academisch (gerichte financiering)
Hoog patiëntenvolume, lage consensus:	Er is (nog) geen medische behandeling mogelijk. Ook hier wordt wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. In de praktijk ligt de focus op verzorging en verpleging ('dienstenfocus')	Veel verschillende, competitie op diensten	"TLC" (tender loving care) (allianties, ook buiten de gezondheidszorg)
Laag patiëntenvolume, hoge consensus	Hier ontstaan in de visie van Maljers de professionele netwerken en strategische allianties	Levering binnen professionele netwerken Gecontroleerde competitie	Superspecialist, netwerker (nieuwkomer-aanbieders)
Hoog patiëntenvolume, hoge consensus	Gezien de ontwikkelingen in de wetenschap is dit de cel in het model die neigt tot groei. Hier ontstaat standaardisering van de behandeling (er is veel consensus over de beste methode) en ontstaat er de mogelijkheid van efficiency- en effectiviteits-optimale behandelingen. De redenatie van Maljers verder doorvoerende, is hier een relatief hoge competitie tussen medische zorgaanbieders te verwachten en zullen zorgverzekeraars trachten hier bijvoorbeeld bulk-kortingen van de leveranciers te bedingen.	Veel verschillende leveringssystemen; competitie op uitkomsten, zeer economisch	Gedisciplineerde professional; taakdelegatie, terugkoppeling en verbetering (gerichte financiering)

Hoe hoger de consensus over de behandeling en hoe groter het volume, hoe hoger de kans dat het medisch handelen steeds verder gestuurd kan worden door economische wetten. Onderstaand beschrijven we het model van Maljers nader. Het model van Maljers roept – soms heftige - discussie op. Het prikkelt dan ook tot nadenken over de ontwikkelingen in de medische zorgverlening, de financiering daarvan en het denken over kwaliteit van zorg. Het is de cel met hoge patiëntenvolumes en hoge wetenschappelijke consensus waar de bedrijfsmatige medische zorg verleend kan worden en waar veel competitie kan ontstaan. Zijn model sluit echter wel aan bij de eerder is 3.3.1 beschreven mogelijke afnemende onderlinge eenheid binnen de medische beroepsgroep.

Maljers is bekend met de uitdaging die zijn ideeën betekenen voor de medische wereld. Daar, zo stelt hij, is rekening te houden met verlies aan status, professionele autonomie en inkomen. Belangrijk is het daarom volgens hem om goede oplossingen te bedenken. In zijn lezing, in Budapest,

ging hij helaas niet in op de vraag welke oplossingen hij heeft om het ook voor de medisch professional aantrekkelijk te maken.

Overwegingen en conclusie

De vraag is wat dit alles voor de autonomie van de medische professional betekent, indien de randvoorwaarden waaronder hij of zij werkt en de klantengroepen voor wie hij of zij werkt, zich naar deze of een andere cel bewegen. Met name in het hoog-consensus / hoog volume deel zal de invulling van de autonomie strakker door een organisatorisch verband worden aangestuurd dan elders omdat hier de mogelijkheid van arbeidsdeling het best aanwezig is. De arts verwordt hier tot een Tayloriaanse schakel in de productiviteit. Maljers hint hier ook op, daar waar hij het professionele profiel beschrijft. Dat suggereert dat, ongeacht de vraag of dit model het enige of juiste is, wél dat rekening gehouden moet worden met verschillende 'deelmarkten' waarbinnen de beroepsuitoefening een eigen inkleuring krijgt. In het ene deel zal samenwerking meer voorop staan als cruciaal aspect van de autonomie, in een ander gaat het vooral om het tijdgebonden handelen, in een derde gaat het vooral om de expliciet verkenning van de wetenschapsgrenzen.

3 Betekenis voor de professionele autonomie van de Nederlandse arts

3.1 Inleiding

Keren we terug naar de titel van dit rapport: *Medisch professionele autonomie tussen markt en staat: artsen op een tweekoppig of in spagaat?* Te constateren is dat – ongeacht het stelsel waarbinnen we voorbeelden zochten over de omgang met en door de medische professional en diens autonomie – de professionaliteit aan verandering onderhevig is. Ongebreideld marktdenken is ook in de Amerikaanse gezondheidszorg niet terug te vinden. Ook daar worden modellen en methodieken ontwikkeld om de kostenontwikkeling in bedwang te houden, zoals het veel besproken *managed care* systeem met zijn *Health plans*, *Health maintenance organizations* en dergelijke. Tegelijk doet dit alles de druk op de arts toenemen. Ook in Duitsland leidt de economisering van de zorg tot een toenemende druk, evenals in Zweden.

Te verwachten is dat ook in Nederland, onder meer na de introductie van de DBCs en de toenemende verzekeraars-interesse, druk op de medici niet zal verminderen, maar eerder zal vermeerderen. Daarnaast spelen uiteraard ook andere – meer autonome – ontwikkelingen een rol als:

1. verdergaande specialisatie;
2. toename van diagnostische en behandelingsmogelijkheden als gevolg van toenemende wetenschappelijke kennis en technische mogelijkheden;
3. toenemende complexiteit van de zorgvraag;
4. de door 1-3 toenemende noodzaak van werk in multidisciplinaire medische, paramedische en verplegende/verzorgende teamverbanden;
5. mondiger patiënten die steeds meer kennis hebben (internet en algemeen scholingsniveau), en meer eisen en verwachtingen hebben.

Dit alles leidt ertoe dat de medische beroepsgroep op een tweekoppig staat of, zo u wilt, in toenemende mate zichzelf beleeft als in een spagaat. Aan de ene kant de lang gekoesterde en door instituties gesanctioneerde autonomie, en aan de andere kant de moderne samenleving die ook aan artsen steeds hogere – verantwoordings - eisen stelt en het medisch bedrijf het liefst volgens standaarden, protocollen en richtlijnen ziet handelen, want dat is relatief eenvoudig beheersbaar, geeft kwaliteitsgaranties en suggereert transparantie. Het probleem is echter dat patiënten complexe eenheden zijn waarop niet altijd eenheidsworst van toepassing is, ook al is die nog zo goed. Andersom is ook het medisch bedrijf geen eenheidsworst en ontbeert het overgrote deel van het medisch bedrijf protocollen.

Het medisch bedrijf is in zekere zin slachtoffer van zijn eigen succes, in ieder geval het succes van de medische wetenschap. Niet alleen creëert dit nieuwe vormen van aanbod voor oude problemen, daarnaast leidt elk nieuw aanbod ook tot eigen vraag en bovendien wordt er speciaal aanbod ontwikkeld voor vragen die eerder niet konden worden beantwoord. Dat heeft echter zijn prijs, zowel letterlijk als figuurlijk. Maar wat betekent dit voor de spreekkamer. Welke invloeden dringen daar door in de professionele omgang van de arts met zijn patiënt?

De letterlijke prijs zien we in de kostenpost die wordt gecreëerd door nieuwe vormen van zorgaanbod. Geweldig en fijn dat het kan, maar het is soms wel erg duur. En moet alles wat kan (op elk moment voor iedereen)?

Datzelfde geldt als we een nieuw aanbod creëren in aansluiting op vragen die we eerder niet konden beantwoorden. Soms is dat aanbod wel erg duur (zoals nieuwe medicatie die nog niet het stadium heeft bereikt van veel toepasbaar of me-too), soms vergt het superspecialismen, waar de – de-gehele-patiënt – benadering allang uit het oog is verloren en steeds meer de verbinding ontstaat met biomedische, neuro- en andere wetenschappen en samenwerking met andere medische specialismen cruciaal is.

Onze studie richtte zich niet op een consequente serie ijkpunten op basis van een analyse van de nieuwe Nederlandse situatie. Desalniettemin kunnen we wel iets zeggen, natuurlijk, al was het maar omdat de auteur als Nederlander binnen de Nederlandse context schrijft en kennis en noties over het eigen zorgsysteem heeft.

In het onderstaande geven we enkele algemene observaties en de daaraan gekoppelde conclusies. Deze zijn grotendeels een antwoord op de onderzoeksvragen 3, 4 en 5. Daarbij zullen mogelijk enkele wagenwijd openstaande deuren opnieuw worden in getrapt. Het lijkt echter wenselijk om dit te doen, juist omdat soms wordt vergeten dat deze deuren open staan. Sommige noties in het onderstaande zijn derhalve uiterst basaal. Ten slotte zullen we enige aparte aandacht besteden aan de beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen, omdat we ten aanzien van deze vragen nog enige specifieke ontwikkelingen menen te zien, anders dan al behandeld bij de observaties.

Voor de helderheid, uitgaand van de kernvraag van de RVZ, welke ontwikkelingen in het kader van de stelselherziening relevant zijn, richten wij onze aandacht op de volgende vragen:

- 1 Hoe wordt professionaliteit geborgd?
- 2 Hoe staat het met het vertrouwen van de bevolking in de gezondheidszorg in het algemeen en artsen (huisartsen en medisch specialisten) in het bijzonder?
- 3 Doen zich specifieke problemen voor in de verhouding met patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen?

Duidelijk werd dat vele ontwikkelingen tegelijk op de beroepsbeoefenaar en beroepsgroep af komen, ten dele mede gevoed door de stelselherziening, maar ten dele ook door bredere ontwikkelingen.

3.2 Borging professionaliteit en kwaliteit.

1 Ongelimeerde autonomie bestaat niet

Ongelimeerde professionele autonomie bestaat niet en, als ze bestaat, werkt niet. Ook de KNMG erkent dit. De autonomie – en dus het handelen in spreek- en behandelkamer - wordt beïnvloed door ontwikkelingen in het kennisdomein, in de organisatie van de zorg en door belonende of straffende prikkels (gericht op de medische beroepsgroep, organisaties, verzekeraars of verzekeringsplichtigen). Een concreet voorbeeld is het Duitse Disease Management Programma, dat alleen werkt omdat er directe prikkels voor alle partijen aanwezig zijn. Ons onderzoek richtte zich uiteindelijk op twee zaken: de kwaliteit en kwantiteit van zorg zoals geleverd door de medisch professional en de prijs daarvan. Immers, alle partijen rond de zorg, van patiënt tot arts tot organisatie tot verzekeraar of industrie, alle hebben niet alleen inhoudelijke maar ook financiële belangen.

In alle omstandigheden spelen er echter onontkoombaar ‘perverse’ prikkels. Waar deze de autonome professional uitdagen om anders dan optimaal en integer in het patiëntenbelang te handelen, betekenen ze in principe een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van die patiënt, en een noch publiek noch privaat te verantwoorden kostenpost. Al deze ‘blikken van buiten’ lopen het risico bewust of onbewust meegenomen te worden naar de operatietafel of naar de spreekkamer.

Waar de professioneel autonome beroepsbeoefenaar derhalve altijd stelt dat ze per definitie in het belang van de patiënt werkt, zal ook altijd kritisch naar de bestaande prikkels moeten worden gekeken, los van het gegeven dat het overgrote merendeel van de beroepsbeoefenaren dit adagium met recht voert en het beroep integer beoefent.

2 Professionele autonomie zonder effectieve interne en externe controle werkt niet

Overbehandeling, onnodige behandeling (het Kroatische bevallingssysteem waarbij ten principale de arts het voortouw heeft, alle bevallingen in het ziekenhuis plaatsvinden met hooguit basale assisterende taken voor de ‘verloskundigen’, en volstrekt gepland dus zonder natuurlijk baringsproces) en wanbehandeling (Shipman in het VK; cijfers uit de VS) liggen in het medisch handelen op de loer. Met niet alleen gevolgen voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de kosten.

De professionele autonomie – toegekend door de overheid - stelt daarom, omwille van de patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg, hoge eisen aan de beroepsgroep in de interne controle. Waar die zich eerder op de

eigen collega dan op het publieke belang richt, schiet ze echter niet alleen naast haar doel maar verlaagt ze ook het vertrouwen vanuit de samenleving en het beleid. Dit is onder meer in het Verenigd Koninkrijk gebleken.

Een continue interne en externe – soms stevige – dialoog met de samenleving en met andere beroepsbeoefenaren inzake de noodzaak tot en kwaliteit van medisch handelen dan wel handelen door andere beroepsgroepen zal daarom altijd aangewezen zijn en blijven. Ook de Nederlandse beroepsgroep onderschrijft dit punt tot op zekere hoogte, waar ze stelt dat er altijd andere en grotere belangen in het spel kunnen zijn (de organisatie, de samenleving) aan wie men zich horig weet. Tegelijkertijd lijkt men nog huiverig om zich toetsbaar op te stellen.

Maar waar verzekeraars zich meer als marktpartijen gaan opstellen in onderhandeling met artsen, zullen ze mogelijk meer willen weten van de behandelende artsen. Zijn deze wel gekwalificeerd, volgen ze hun bij- en nascholing wel afdoende? En wellicht worden ook vragen rond eventuele criminaliteit of het privé-leven van belang. De Nederlandse registers geven hierop geen antwoord omdat de gegevens niet zijn of worden opgenomen, dan wel niet extern beschikbaar zijn.

Maar ook vanuit het oogpunt van de arts-patiëntrelatie is dit relevant want ook het publiek heeft geen toegang tot dergelijke gegevens. Dit pleit er voor om periodieke herregistratie – ook in Nederland - in te voeren. Daarnaast is het aan te bevelen om additionele gegevens in het register op te nemen, die burger en verzekeraar meer inzicht geven in de (professionele) status van de behandelend arts. Daarmee samenhangend verdient de vraag wat uit de registers wel en wat niet (naar wie en hoe) geopenbaard mag worden, vanuit het oogpunt van publieke bescherming wellicht heroverweging. Het is evident dat dergelijke voorstellen grondige overdenking vergen, daar ze zouden kunnen breken met bestaande Nederlandse tradities, waarin bijvoorbeeld een boete wegens dronken rijden absoluut niet relevant geacht wordt voor de medische beroepsuitoefening.

Een en ander veronderstelt dus dat toezicht, externe controle en borging mogelijk is. De opmars van de – virtuele – mobiliteit van de medische dienst leidt echter tot nieuwe problemen omdat toezicht- en registerhouders slechts met grote moeite de medische beroepsuitoefening kunnen bewaken. Zowel Europa als de VS trachten hiervoor modellen te ontwikkelen die recht doen aan de in toenemende mate grensoverschrijdende medicus, dan wel de grensoverschrijdende medische behandeling (e-health). De – juridische - kaders lopen noodzakelijkerwijs achter bij de praktische mogelijkheden en feiten, waardoor er vele mazen zijn om door controlerende netten heen te vissen. E-diagnose, Internetbehandeling, behandeling op afstand, prescriptie op afstand vragen om bijzondere antwoorden. Nederland zou beleid moeten ontwikkelen om de ‘ongebreedeld autonome’ en op (mogelijk grote) afstand werkende behandelaar te kunnen toetsen aan relevante criteria.

3.3 Vertrouwen

3 Het gevoel van de KNMG in het defensief te zijn, wordt breed gedeeld

De KNMG voelt zich in het defensief en spreekt in een concept over 'wantrouwen'. Ontwikkelingen als in Duitsland, Zweden en de Verenigde Staten geven weinig aanleiding om te veronderstellen dat er snel een ommekeer zal komen. Integendeel, het lijkt eerder logisch de observaties te verbreden en te veronderstellen dat de medische beroepsbeoefenaren in vele landen zich in hun handelen beperkt, en in hun argumenteren in het defensief gedrongen voelen. De vraag is echter of er wel ooit een 'golden age' van professionele autonomie was, in ieder geval lijkt ze niet zo 'golden' te zijn geweest als wordt verondersteld. Wél werd de autoriteit van de arts minder ter discussie gesteld. De positie van de medicus was eenduidiger. De vraag is echter of dit daadwerkelijk een 'golden' situatie was. Want als niemand autoriteit in twijfel trekt, ontstaat de neiging van deze autoriteit zichzelf niet meer te valideren en de eigen autoriteit als vanzelfsprekend te ervaren. Dit leidt makkelijk tot ontspoorde autoriteit. Daarnaast is vertrouwen niet absoluut, maar relatief. Incidenten kunnen, zoals gezegd, snel relaties verslechteren.

Toenemende invloed van de arts, meer partijen die zich met de arts bemoeien
Toch lijkt dit slechts één kant van de medaille. In de discussies rond dit rapport kwam op enig moment ter sprake dat steeds meer partijen belang hebben bij hetgeen de medicus doet. Dat betekent omgekeerd dat de invloed van het werk van de arts steeds verder uitstijgt boven de individuele patiënt, en dat diens invloed dus groter wordt. Het betekent echter ook dat hij met de belangen van steeds meer partijen rekening heeft te houden. Binnen de beroepsgroep, tussen beroepsgroepen, de organisatie, de financiers en de overheid. En al deze partijen kijken in toenemende mate kritisch naar de beroepsuitoefening. De Leidschendam-conferenties kwamen bijvoorbeeld voort uit dit debat en vormden toen één van de weinige onderwerpen waarover beroepsgroep en anderen veilig konden communiceren: kwaliteit. Het was een modus om de kanalen open te houden.

Hoe dit ook zij, de als zodanig ervaren inbreuk door andere professionals en overheden en financiers in het medisch autonome handelen blijft. Daarom is het voor de beroepsgroep aan te bevelen nieuwe modaliteiten te zoeken, waarin woorden als 'wantrouwen' simpelweg genegeerd worden, daar ze polariseren en daarom vermoedelijk weinig productief zijn. Hetgeen onverlet laat dat ook het gebruik van een dergelijke term voor de beroepsgroep strategisch van belang kan zijn.

Veranderende taken, taakopvatting, veranderende autonomie

Echter, niet alleen als het gaat om de inbreng van controlerende (en sturende) externe partijen, maar ook op andere manieren krijgt het begrip

medische autonomie een andere inkleuring. Dit zien we bijvoorbeeld bij de tandheelkunde waar, veel meer dan vroeger, werk nu wordt uitgevoerd door de mondhygiëniste. De invoering van nieuwe beroepsbeoefenaren waaronder ook de diabetesverpleegkundige, praktijk-assistent en dergelijke betekenen uiteindelijk dat de professionele medische autonomie verandert, omdat het begrip ‘medisch’ een andere invulling krijgt. Primair zou men kunnen stellen dat een dergelijke ontwikkeling de status van de arts (die delegeert, dus leiding geeft) verhoogt, tegelijkertijd komt de arts op grotere afstand van de patiënt te staan. Deze zal eerst een additionele ‘poortwachter’ moeten passeren alvorens de medicus te zien en spreken te krijgen. Dat doet zich temeer gelden in segmenten waar veel kennis is en hoge patiëntenvolumes te verwachten zijn.

Veranderende patiënten, veranderende invulling van autonomie

Tenslotte vormt de beter geïnformeerde patiënt evenzeer een uitdaging voor de medische professionele autonomie. In toenemende mate breed beschikbare kennis over de eigen aandoening (internet, tijdschriften, boeken), maar tegelijkertijd soms een groot gebrek aan ‘health literacy’ vormen hier een belangrijke uitdaging aan de medicus. Ook nu kunnen we niet eenzijdig stellen dat sprake is van een afname van de professionele autonomie. Wél dat ze kwalitatief verandert. Dit lijkt ook in lijn met een signaal dat we uit Zweden op pikten. De patiënten daar zijn van mening dat ze de meeste invloed hebben op het goed verloop van de behandeling, constateren tegelijkertijd het vaakst dat er iets fout gaat, maar hebben het meeste vertrouwen in de gezondheidszorg van de door ons onderzochte landen. Openheid, een partnerschap met de patiënt, leidt derhalve niet altijd tot een verminderd vertrouwen en onzekerheid, maar eerder tot meer vertrouwen in de gezondheidszorg. Klaarblijkelijk gaan de Zweden zo ver dat ze het daardoor ook minder erg vinden dat er wel eens wat fout gaat in de gezondheidszorg. Hieraan zal overigens ook het Zweedse vergoedingsmodel debet zijn, een model dat het de patiënt relatief makkelijk maakt om klachten in te dienen. Maar het signaal is krachtig: openheid en een patiënt in partnerschap nemen en diens signalen, vragen en commentaren serieus nemen, kunnen een positieve invloed uitoefenen.

4 Argumentaties rond het professioneel handelen van medici zijn vrijwel altijd zowel inhoudelijk als financieel gekleurd

Het is een waarheid als een koe dat veel argumentaties in het publieke debat rond het medisch handelen gekleurd worden door het financieel belang dat de medicus, de beroepsgroep, de overheid en nagenoeg alle andere betrokken partijen hebben. Helaas wordt dit niet altijd helder verwoord waardoor de ene of andere partij makkelijk de verdenking op zich kan laden met onzuivere motieven te spreken. Het komt bijvoorbeeld weinig voor dat de medische beroepsgroep instemt met geldbesparende kwaliteitsmaatregelen indien deze ingrijpen in de portemonnee van de medicus. Dergelijke verwijten zijn moeilijk weerlegbaar, anders dan met

complete openheid. Maar zulke openheid maakt niet alleen kwetsbaar, voor de beroepsgroep is het ook een deels tegennatuurlijke ontwikkeling, daar de gilde-achtige structuur juist gebaat is bij een eigen intern gezicht en enige geslotenheid naar buiten.

Natuurlijk is een dergelijk standpunt niet onlogisch, maar onethisch in hippocratische zin kan het wel zijn. Hoe dit ook zij, het is voor alle partijen uiterst moeilijk om een stelsel te ontwikkelen dat leidt tot een zuiver debat, evenals het moeilijk is om inhoudelijke en financiële belangen steeds op zuivere wijze expliciet te maken in het debat. De wanvertoning in Duitsland is een stevig voorbeeld van hoe het in ieder geval niet zou moeten.

3.4 Verhouding met patiënten, verzekeraars/financiers of directies van instellingen

Naarmate de inbreng of de belangen van anderen toenemen, ontstaat meer conflictstof rond de medische beroepsuitoefening. Transparantie lijkt een toverwoord.

5 Transparantie: tweesnijdend zwaard

Medici zijn er om te (be-)handelen, eerder dan om niet te behandelen en te praten. Het eerste kost de samenleving geld, het tweede de arts want de samenleving is er niet op ingericht artsen te betalen voor iets anders dan (be-)handelen. Dat betekent dat er een principiële tendens is voor medici om te handelen. Maar ook los van eventuele financiële argumenten, bestaat deze tendens, simpelweg omdat de arts daartoe wordt opgeleid. Hiermee wordt overigens absoluut niet beoogd op dit moment het medisch handelen ter discussie te stellen. Het is echter wel zo dat – wederom - al dit handelen geld kost: een aangepast formulier kan er al toe leiden dat de medicus gemakshalve wat meer onderzoeken door het laboratorium laat doen, wat de kosten verhoogt.

De zorgverzekeraar als regisseur

De nieuwe zorgverzekeringscontext laat al zien dat verzekeraars zich langzaam maar zeker meer gaan bemoeien met de kwaliteit van de medische zorg. Dat gebeurt in Nederland tot dusverre vooral op basis van protocollen, en daarmee samenhangende criteria die ook door de toezichthouder worden gehanteerd, maar kan zich in de toekomst ook uitstrekken tot bijvoorbeeld het medicatiebeleid¹⁰¹ of op individuele behandelingspatronen. Ze hebben daartoe belangrijke instrumenten: de data van declaraties.

De data die verzekeraars verzamelen zullen vrijwel zeker ook gebruikt worden voor analytische doeleinden. Dat is echter een tweesnijdend zwaard. Aan de ene kant is er de mogelijkheid om de gegevens te gebruiken om de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg te verhogen. Hier

lijkt het gebruik van deze data wenselijk en is het eerder verbazingwekkend dat de vele beschikbare gegevens tot dusverre ogenschijnlijk nog beperkt daartoe worden ingezet.

Een en ander kan alleen wél gaan betekenen dat de medische autonomie beperkt wordt op basis van macro-gegevens. Er komt dan mogelijk een proces van protocollisering op gang op basis van actuarische gegevens in plaats van op expliciet ingericht onderzoek. Hiermee zal uiterst voorzichtig moeten worden om gesprongen.

In Duitsland en de VS zagen we voorbeelden dat de verzekeraar zich een plek op de medische stoel naast de behandelend arts gaat toe-eigenen, wat op zijn minst tot onduidelijkheid bij de patiënt kan leiden. Het is evident dat dergelijk gedrag een inbreuk is op de autonomie van de professional.

Het lijkt bovendien slechts een kwestie van tijd voordat verzekeraars, al dan niet gedwongen door slechte financiële resultaten op de premies, de neiging zullen vertonen om, net als in Duitsland en de VS, ook de kwantiteit van de zorg te gaan beïnvloeden, ondanks de in het Nederlandse stelsel, zeker in het basispakket, bestaande checks en balances. De onduidelijkheid die dan makkelijk kan ontstaan is dat kwantiteitsgegevens worden gebruikt om kwaliteitsargumenten te hanteren.

Voorts komt dan de persoonlijke professionele integriteit van de arts in het geding. Het is bekend dat er grote variatie bestaat tussen artsen wat betreft hun behandelpatronen. Het zal voor de verzekeraar verleidelijk worden om data over deze patronen (nog) nadrukkelijker (dan nu) aan de orde te stellen in het gesprek met de arts(-en). Daarmee loopt de praktiserend medicus, net als in de VS, het risico dat de verzekeraar ook in Nederland ook op de stoel van de toezichthouder komt te zitten¹⁰². De kans bestaat dat sommige artsen buitengesloten raken op grond van de gegevens van hun ingediende declaraties. En de verzekeraar kan bureaucratische hindernissen opwerpen richting verzekerde indien deze van de diensten van bepaalde artsen gebruik wenst te maken, artsen waarmee de verzekeraar geen contract (meer) wil(de) sluiten. Het zal voor individuele artsen buitengewoon moeilijk zijn om hiertegen in het geweer te komen, omdat mogelijk de achtergronden van de beslissingen onduidelijk blijven.

Omgekeerd zal het voor de individuele patiënt evenzo onduidelijk zijn waarom dees wel en gene niet gecontracteerd is. De enige optie hier is openheid, maar ook deze openheid kan tot veel ellende aanleiding geven. Want: wordt datgene geopenbaard wat de medicus geopenbaard wil zien? Is hij/zij het ermee eens? Wordt diens privacy geen geweld aan gedaan? Prevaleert het publieke belang boven diens individuele belang? En: beschikt de zorgverzekeraar eigenlijk wel over de goede data? Met de toenemende competitie tussen zorgverzekeraars, is de kans groot dat deze op enig moment geen compleet beeld meer zullen hebben van “hun” verzekerden en behandelaars. Gevolgen kunnen zijn een restrictief

toelatingsbeleid van beide. Risicoselectie is echter vooralsnog verboden in Nederland, de vraag is of zoiets ook gaat gelden voor de toelating van artsen tot het behandelaarsbestand, en zo ja, onder welke voorwaarden?

De vraag is voorts hoe verzekeraars omgaan met verzekerden met ‘wisselende contacten’? Strikt juridisch zullen ze worden geaccepteerd, omdat dit moet. Maar: welke data gaan er tussen verzekeraars heen en weer en: welke coulance betracht een verzekeraar die zijn verzekerde mogelijk weer ziet vertrekken? Of worden de blijvers juist gezien als verzekerden waar men niets bijzonders voor hoeft te doen (ze lopen toch niet weg...). Wat betekent dit voor de verhouding tussen verzekerde en verzekeraar, en daaruit volgend, voor de financiering van een eventuele zorgvraag die zich in het grijze gebied van de kleine lettertjes bevindt?

Een aangehaakte vraag is vervolgens welke mate van transparantie van de verzekeraars gevraagd gaat worden. Waar de behandelaar steeds opener zal worden, lijkt het slechts een kwestie van tijd voordat we ook de zorgverzekeraars zullen moeten vragen expliciet te maken hoe ze hun regisseursfunctie waar maken. Dat veronderstelt meer dan alleen een jaarverslag.

Een volgende vraag is of het Nederlandse klachtrecht (civiel) richting zorgverzekeraars adequaat is ontwikkeld.

Het is niet mogelijk adequate antwoorden te geven op deze en andere vragen. Het voorgaande leidt in ieder geval tot de conclusie dat er aan de nieuwe marktsituatie van het regime van de zorgverzekering grote vragen hangen, die nadere analyse behoeven, die echter in de nabije toekomst de relatie tussen zorgfinancier en behandelaar ingrijpend kunnen wijzigen. Het is zelfs de vraag of de behandelend arts – diens maatschap of ander overkoepelende organisatie – hierop adequate antwoorden zal kunnen formuleren.

6 Wat is ‘medisch noodzakelijk’, wat is ‘dekking’?

De vraag wat medisch noodzakelijk is, komt steeds indringender op de voorgrond. De voorbeelden in Duitsland en de VS laten zien dat de financier zich – zoals in Nederland ook door de overheid nagestreefd – steeds meer als regisseur van zowel kwantiteit als kwaliteit zal laten kennen. Op macro-niveau speelt in Nederland de vraag nog niet in hoeverre de zorgverzekeraar daarmee op de stoel van de toezichthouders gaat zitten, maar dat deze tendens zich ook in Nederland zal laten zien, lijkt slechts een kwestie van tijd. Daarmee zal de medicus in Nederland steeds meer te maken krijgen met een nieuwe externe toezichthouder, maar dan één met gemengde belangen, welke bovendien niet geneigd is het eigen handelen aan nadere ethische, praktische en/of juridische normen te onderwerpen. Dat in de VS pas na 20 jaar voorstellen worden gedaan om de *managed care plans* juridisch aansprakelijk te kunnen maken voor hun besluiten, suggereert dat men het al die tijd maar heeft laten gebeuren.

Tegelijkertijd hebben de *outsourcing* en de invloed van herverzekeraars in de VS er toe geleid dat vele partijen invloed hebben op een begrip als ‘medisch noodzakelijk’ of ‘dekking’, dat bovendien per verzekeraar kan wisselen én al naar gelang de aard van het tot het publiek gerichte document een onderscheiden invulling kan krijgen.

Dit alles leidt ertoe dat we de suggestie willen meegeven om in overleg met alle partijen te onderzoeken of is te komen tot bindende afspraken omtrent begrippen als ‘dekking’ en ‘medische noodzaak’. Deze en andere begrippen worden in de nabije toekomst dusdanig belangrijk dat verwacht mag worden dat, zonder ingrijpen, ze tot mogelijke pervertering van de gezondheidszorg aanleiding kunnen geven.

Een speciale vraag is vervolgens in hoeverre de Nederlandse zorgverzekeraars juridisch aansprakelijk zijn voor door hen niet toegestane of nodeloos uitgestelde zorg. Het ligt in de rede om te verwachten dat, met het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, de verzekeraar geneigd zal zijn om te onderzoeken hoe onder bepaalde aanspraken uit te komen. Niet alleen betekent dit feitelijk een inbreuk op de professionele autonomie van de medicus, het betekent ook een mogelijk schaden van de belangen van de patiënt.

Voor Nederland lijkt het bovendien zaak om een ongewenst aspect van het Amerikaanse systeem voor ogen te houden. Waar de arts monddood gemaakt wordt in het overleg met de patiënt over te prefereren behandelmethoden, is de kwaliteit van de zorg per definitie in het geding. Voorts is het risico dat de zorgverzekeraar met een dubbele pet op de relatie met de arts vorm geeft, zeker niet denkbeeldig. Dat geldt temeer daar de Nederlandse zorgverzekeraars in toenemende mate deel uitmaken van een op winst gericht conglomeraat dan wel zelf primair vanuit commerciële belangen worden gedreven.

Voor Nederland belangrijker lijken daarom de andere constatering, waar de behandelend arts (ver-)wordt tot agent van rantsoenering, onder meer door bijvoorbeeld verinnerlijking van de verzekeraarsnormen. Gevolg is dat hij of zij het behandelingsbeleid – wellicht onbewust – aanpast aan de normen van de verzekeraar. Het is onbekend of, en zo ja in hoeverre, dit probleem zich ook in Nederland zou kunnen voordoen. De garantie van een basispakket suggereert dat het probleem hier in mindere mate speelt.

Een ander probleem is echter dat van de definitie van de ‘medische noodzaak’. Hier lijkt in Nederland eveneens een bodem te liggen, maar met de oprukkende commercialisering van de zorgverzekeraars is het niet denkbeeldig dat de stoel van de behandelend arts ook voor de verzekeraar interessant wordt en dat deze zich een eigen oordeel over de medische noodzaak zal willen aanmeten.

3.5 Overige bevindingen

7 Medische aansprakelijkheid en het sociale stelsel

Een belangrijke constatering voor het project betreft het ontspoorde aansprakelijkheidsmodel in de VS, vooral op het terrein van de ‘immateriële schades’. De innovaties in Texas en Californië lijken te leiden tot mogelijk federale wetgeving die althans de immateriële schadecompensatie via het gerechtelijke systeem aan banden legt. Dat laat onverlet dat de economische schadevergoedingen nog steeds groot kunnen zijn. Een en ander hangt, aldus een analyse, nadrukkelijk samen met de wijze waarop het sociale stelsel is ingericht. In de discussies over het ‘tort’-systeem komt veelal de verwijzing naar het Zweedse, en in mindere mate het West-Europese, model naar voren. De exacte waarde van de vergelijking is hier niet echt aan de orde. Maar waar het om gaat is dat Nederland langzaam maar zeker de welvaartsstaat opnieuw aan het ijken is. Zeer recent verscheen bijvoorbeeld nog een advies van de WRR¹⁰³ dat de ontslagvergoeding ter discussie stelt. Waar deze trend zich doorzet en tot andere onderdelen van het sociale stelsel doordringt (wao, werkloosheid, verschraling vergoedingen bij ziekte), ligt het in de rede dat bij aantoonbare medische missers hogere schadevergoedingen gevraagd zullen worden. In zekere zin is hier sprake van communicerende vaten. Dit zal zich mogelijk ook vertalen in hogere verzekeringspremies voor (verschillende categorieën) artsen en ziekenhuizen.

8 Complexe zorg vergt complexe samenwerking, daarop gericht toezicht en een tolerantie voor ambiguïteit

De zorg wordt, door veranderingen aan de vraagzijde zowel als aan de aanbodzijde, complexer. De arts die als enige verantwoordelijk is voor een patiënt wordt steeds meer een uitzondering in een complex behandelings-traject, waar vaak meerdere medici en andere professionals zich over een casus buigen. Dit vergt grote communicatieve vaardigheden van de arts, niet alleen in zijn gesprek met de patiënt, maar ook met zijn collegae. Tegelijk kan de ICT er voor zorgen dat deze communicatie zich steeds meer virtueel afspeelt. Dit leidt tot fundamenteel andere werkwijzen en kan onverwachte consequenties met zich mee brengen. Protocolisering is één van de oplossingen, maar geen alomvattende.

Zoals ook de IGZ stelt, vergt een dergelijk complexe zorg een andere vorm van toezicht dan zoals die tot op heden is ingericht. Ook de VS worstelt met deze materie en ook in Duitsland hebben we enige signalen op dit punt waargenomen. Het lijkt wenselijk om en te verwachten dat toezichthouders elkaar gaan opzoeken om ervaringen uit te wisselen, om te onderzoeken hoe dit is te realiseren. Echter ook de samenleving als geheel heeft hier natuurlijk een taak. Het is aan de overheid om te onderzoeken hoe dit is vorm te geven.

De in toenemende mate complexe handelingswereld van de medicus vraagt echter ook om andere vaardigheden en competenties. Zoals al gezegd zijn communicatieve vaardigheden van steeds groter belang. Tegelijk zal de arts zich echter in een complexe leefwereld staande moeten houden, wat ook extra inhoud vergt. Niet alleen meer de medisch-inhoudelijke zaken vragen om aandacht, men zal ook een serieuze gesprekspartner moeten zijn waar het gaat om bijvoorbeeld management en de discussies met stakeholders. Op macro-niveau zien we dat de KNMG deze rol vervult. Maar op micro-niveau zal er, onder dwang van de veranderende omstandigheden, het nodige moeten gaan gebeuren. Want, zoals al eerder gezegd, de interactie met andere partijen en groepen is een blijvertje.

Een probleem daarbij is dat deze complexiteit tot vaagheid en ambigue situaties kan leiden waar mogelijk eerder een veel eenduidiger wereld bestond. Zoals vele mensen, zullen ook de meeste medici niet blij zijn met deze vaagheid. Want in vaagheid is het zoeken naar de eigen situatie, het doel en de weg er naar toe. En de weg die de vorige keer werkte, hoeft een andere keer helemaal niet productief te zijn omdat er weer andere omstandigheden zijn. Dat leidt tot een voortdurend zoeken en afwegen. Dat is tijdrovend, maakt onzeker en vergroot de kans dat verkeerde beslissingen worden genomen. Het is daarom zaak te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om – gegeven de toenemend complexere leefwereld van de medicus – deze kans te verkleinen.

9 Richtlijnen en protocollen: houvast voor velen, maar niet zo stevig

Richtlijnen en protocollen kunnen enige duidelijkheid creëren in de complexe handelings-context, maar voorlopig moeten we niet vergeten dat een concrete patiënt vrijwel altijd anders is dan in de richtlijn aangegeven, en daarenboven moeten we ons ook realiseren dat enige kritische afstand ten opzichte van de (wording van) de richtlijnen en protocollen gewenst lijkt. In dit kader is het volgens sommigen dan ook domweg fnuikend dat de richtlijnen – vaak door vakgenoten opgesteld - veelal uitgroeien tot door managers gehanteerde economische beheersmechanismen, die de medicus vastleggen. Dat heeft ontegenzeggelijk forse nadelen, veelal gekoppeld aan het bovenstaande. De andere zijde is echter dat hier handreikingen van artsen inzake medische kwaliteit van zorg als basis worden gebruikt voor de financiering van de zorg. Ten principale lijkt dit een acceptabele basis. Er is immers vooralsnog geen beter instrument. Wél dient het instrument flexibiliteit te kennen, juist vanwege de diversiteit in de patiënten, en daarnaast ook vanuit de noodzaak tot innovatie. De helft van de Nederlandse artsen stelt echter dat protocollen en richtlijnen innovatie belemmeren, wat overigens volgens dezelfde artsen, in nog veel sterkere mate, voor de DBC-stelsels geldt. (TNS NIPO 2007)

Tegelijkertijd dienen we ons ook te realiseren dat een belangrijk deel van de medische beroepsuitoefening nog lang niet aan protocollisering toe is. De mogelijke segmentatie van medische markten, zoals door Maljers geconstateerd, zien we ook hier.

10 Voortgaande ontwikkelingen suggereren een gesegmenteerd medisch bedrijf

De ontwikkelingen in de medische wetenschap lijken daarom ook te suggereren dat 'de medicus' niet veel langer meer zal bestaan, evenmin als 'het ziekenhuis'. Ook nu al is een ziekenhuis veeleer een verzameling van totaal verschillende medische diensten, variërend van – om uiterst economische productietermen te hanteren - massaproductie tot unieke producten. Het lijkt in de rede te liggen dat niet alleen de medisch beroepsbeoefenaren zich achter hun hoofd gaan krabben om hun positie te heroverwegen, maar dat ook de financiers hiertoe geneigd zullen zijn. Een segmentering zoals die door Maljers in beeld wordt gebracht, zou een ontwikkelingsmodel kunnen zijn. Ook andere varianten zijn denkbaar. Wat de uiteindelijke modaliteit wordt (en vermoedelijk wordt het een combinatie van verschillende modellen die dwars door elkaar heen opereren), het lijkt wel evident te veronderstellen dat er steeds minder een 'standaard-medicus' zal zijn. De professionele autonomie van de medicus in de spreekkamer en aan de operatietafel zal sterker gekleurd worden door de vraag waar deze locaties zich bevinden, in welk onderdeel van de medische markt. De segmentatie is al gaande, en wordt sterk beïnvloed door marktprikkels.

Het is aan de overheid en de bewakers van de gezondheidszorg niet meer om te bepalen óf er segmentatie optreedt, maar veeleer onder welke voorwaarden welke segmentatie kan gaan optreden. Ook de toezichthouders zullen hierop antwoorden moeten ontwikkelen. Daarbij gaat het onder meer om de vraag of bijvoorbeeld een bedrijfsmatige aanpak niet in de weg staat van een professioneel autonome arts.

Een bijzonder aspect daarbij is dat een samenleving soms kan kreunen onder het werk van de medicus. Het voorbeeld betreft de VS, waar in de jaren tachtig bleek dat 35% van het high tech ziekenhuiszorg onnodig was, en waar – vermoedelijk mede op grond van dit soort wanprestaties – een jackpot justice is ontstaan en ontploft om het medisch handelen in banen te leiden. Dergelijke gegevens zijn nauwelijks af te zetten tegen de Europese data over het medisch tuchtrecht. Dat suggereert dat het medisch beroep in Europa op geheel andere wijze zou worden uitgeoefend. Waar de VS echter ook als het Mekka van de medische beroeps-groep wordt gezien, zijn er enige twijfels over dit soort noties. De vraag is dan of er Europese – of zelfs Nederlandse - data zijn die iets zeggen over het aandeel onnodige ziekenhuisbehandelingen, en hoe niet alleen de toezichthouder zich hiermee bezig houdt, maar ook hoe dergelijke uitkomsten bij de patiënt terecht komen en hoe deze daar vervolgens mee om gaat in de sfeer van juridische procedures.

Voorlopige signalen zijn dat – ook vanwege de aansprakelijkheidsverzekeraar van de artsen en instellingen, welke bang is voor claims en welke dus de verzekerden terughoudendheid aanraadt – de medische sector uiterst terughoudend is, ondanks de publieke perceptie dat de openheid

in de gezondheidszorg in Nederland hoger zou zijn dan in bijvoorbeeld Zweden.

De vraag is natuurlijk wat dit alles voor de autonomie van de professional betekent, indien de randvoorwaarden waaronder hij of zij werkt en de klantengroepen voor wie hij of zij werkt, zich naar deze of een andere richting bewegen. Met name in het hoog-consensus / hoog volume deel zal de invulling van de autonomie strakker door een organisatorisch verband worden aangestuurd dan in de andere. Maljers hint hier ook op waar hij het professionele profiel beschrijft. Dat suggereert dat, ongeacht de vraag of dit model het enige of juiste is, rekening gehouden moet worden met verschillende 'deelmarkten' waarbinnen de beroepsuitoefening een eigen inkleuring krijgt. In het ene deel zal samenwerking meer voorop staan als cruciaal aspect van de autonomie, in een ander gaat het vooral om het tijdgebonden handelen, in een derde gaat het vooral om de expliciete verkenning van de wetenschapsgrenzen.

11 Prikkel voor disease management

Het lijkt voorstelbaar dat ook in Nederland een dergelijke benadering van zorgverbetering voor chronisch zieken succesvol kan zijn. Naar verwachting zullen daartoe ook hier specifieke prikkels voor artsen en andere partijen moeten worden gevonden, om alle partijen daadwerkelijk bijeen te brengen. Inmiddels is ZONMW doende een programma te ontwikkelen dat hieraan invulling kan geven. Vooralsnog ontbreekt het echter aan een opdracht vanuit VWS.

Literatuur

American Academy of Orthopaedic Surgeons/American Association of Orthopaedic surgeons. *The orthopaedic surgeon in the managed care setting*. American Academy of orthopaedic surgeons, October 1994, revised May 2002.

Anderson, R.E. Defending the practice of medicine. *Archives of international medicine*, June 14, 2004, zoals gemeld in: HCLA. Overview. Why America needs liability reform., p. 3. http://www.hcla.org/pdf/HCLA_Binders_3.pdf.

Banks, P. *Policy framework for integrated care for older people*. Developed by the carmen network. London: King's Fund/Ehma, 2004,

Bergdolt, K. Selbstverständnis und rolle des Arztes im Wandel. In: Nationaler Ethikrat. *Tagungsdokumentation. Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag Heute. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004*. Berlin: Nationaler Ethikrat, 2006.

Bergdolt, K. *Selbstverständnis und rolle des Arztes im Wandel*. Nationaler Ethikrat 2004, p. 22.

Bundesärztekammer. *Stellungnahme der Bundesärztekammer. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV/WSG) [BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006]*. Berlin: Bundesärztekammer, 2006.

Busse, R.; & A. Riesberg. *Health care systems in Transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 210.

Carroll, J. Consumers don't know what they don't know. All the state-of-the-art health care literacy tools go for naught when faced with such ignorance. *Managed Care Magazine*, December 2005.

Cuperus-Bosma, J.M. et.al. *Evaluatie Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMW, oktober 2002.

Davies, C. Heroes of health care? Replacing the medical profession in the policy process in the UK. In: Duyvendak, J.W.; Knijn, T.; & M. Kremer (eds.). *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, pp 137-151.

Diderichsen, F. Devolution in Swedish health care. Local government isn't powerful enough to control costs or stop privatisation. *BMJ*, Vol 318, 1999, 1156-1157.

Engelen, E. Boekbespreking. In: *Tijdschrift voor de sociale sector*, 2006, 10.

Enthoven, A. C.; & S.J. Singer. The managed care backlash and the task force in California. *Health affairs*, 1998, July/August, 95 -110.

European Commission. *Communication from the Commission. Consultation regarding Community action on health services*. Brussels, 26 September 2006. SEC (2006) 1195/4

Evetts, J. *Regulation of professions in global economies: dimensions of acquired regulation*. SASE, Madison, Wisconsin, USA. Joint session of Professions and knowledge, economy and society networks.

Federation of State Medical Boards. *Report of the Special Committee on License Portability. A Policy Document of the Federation of State Medical Boards of the United States*, Inc. 2006

Federation of State Medical Boards. *Trends in physician Regulation 2006*. Federation of State Medical Boards, April 2006.

Foekema, H. *Innovaties in de gezondheidszorg. Trend- en draagvlakonderzoek*. Amsterdam, TNS NIPO, 4 januari 2007.

France, M. How to fix the tort system. *Business week*, March 14, 2006.

Glenngård; A.H.; Hjalte, F.; et.al. *Health systems in transition*. Sweden. WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health systems, 2005; p. 35

Grafe, S. Vorschlag der Arbeitsgruppe Ökonomie und Ethik der Dt. Arbeitsgem. Osteosynthese (DAO). In: *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Arbeitskreis "Ärzte und Juristen". Referate der Sitzung des Arbeitskreises "Ärzte und Juristen"*, am 26. und 27. November 2004 in Göttingen.

Gray, B.H. Trust and trustworthy care in the managed care era. Can managed care organizations take on the mantle of trust that traditionally has belonged to physicians? *Health affairs*, 1997, 16, 1, 34 – 49.

Grinten, T.E.D. van der. Zorgen om beleid. *Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidsrede. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 17 november 2006, p. 18.

Health talk: break down of health care, hosted by Abigail Trafford, Washington Post Columnist. Tuesday 21 May at 2 p.m. EDT.

Heynman, J.; Lember, M.; Rusovich, V.; & A. Dixon. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman, R.B.; Rico, A.; & W. Boerma (eds.) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press, 2005

Hubbard, C. Culpability and compensation in Canadian health care: much ado about no-fault? Crossroads: where medicine and the humanities meet. *McGill Journal of medicine*, 2000, 5, 111-116.

Hulst, E.H. en H.E.G.M. Hermans. *Report quality physicians EU* (versie 28 februari 2001), p. 29.

Kälble, K. *Between professional autonomy and economic orientation – The medical profession in a changing health care system*. (geen datum maar na 2003, geen plaats).

Lane, C., Potton, M. & W. Littek. *The professions between state and market. A cross-national study of convergence and divergence*. ESRC Centre for Business Research, University of Cambridge Working paper No. 189

Magnus, U.; & Micklitz, H.W. *Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part C: The specific part- medical services, leisure, tourism and public utilities*. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.

Magnus, U.; & Micklitz, H.W. *Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part D: The comparative part*. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.

Maljers, J. *How do entrepreneurs fit in? Presentation during conference: Entrepreneurial behaviour: opportunities and threats to health*. Budapest, 28-29 June 2006

Medical errors. Special Eurobarometer. Eurostat. Special Eurobarometer 241 / wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion and Social. January 2006

Millenson, M. *Beyond the managed care backlash. Medicine in the information age. Health priorities Project*. Policy Report No. 1. Washington: Progressive Policy Institute, 1997, p.7.

Müller de Cornejo, G. *Disease management in European context. DMP's for persons with type II Diabetes. Bonn, 11 January 2007. Disease management in the European context. Concepts, conditions, financing and quality of Disease Management Programmes in Europe. Bonn, 11-12 January 2007.*

Nies, H. *A European research agenda on integrated care for older people.* Dublin, EHMA, 2004.

OECD Health Data 2006 - *Frequently Requested Data*

“*Noch nie hat ein führender Politiker uns Ärzte derart beleidigt*”. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in einem Interview mit der Nachrichtenagentur “AP” (24.12.2006) zu den Folgen der Gesundheitsreform und der beleidigenden Kritik von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt..

Or, Z. *Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries).* Labour market and social policy – Occasional papers No. 57. Paris: OECD, 25 January 2002, DEELSA/ELSA/WD(2002)1, p. 21.

Peeno, L. *Presentation to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada.* Louisville, Kentucky USA; May 31, 2002. Zie

Peeno, L. *The second coming of managed care.* TRIAL, May 2004, 40, No 5.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. *De eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Plan van aanpak.* Zoetermeer: RVZ, 12 juni 2006.

Richtlijn 2005/36/EC van het Europees Parlement en van de Raad van 7 september 2005 inzake de erkenning van professionele kwalificaties. *OJ L 255, 30.9.2005, p. 22.*

Rowe, A. & García-Barbero, M. *Regulation and licensing of physicians in the WHO Euro region.* Copenhagen: WHO regional office for Europe, 2005..

Singer, S.J.; & L.A. Bergthold. *Prospects for improved decision making about medical necessity. A group-process approach to demystifying decisions of medical necessity in managed care plans.* Health affairs, 2001, Vol 20, 1, p. 200-206.

Stoddard, J.J.; Hargraves, J.L.; Reed, M.; & A. Vratil. *Managed care, professional autonomy and income effects on physician career satisfaction.* *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16, October, 675 – 684.

The shipman Enquiry. http://10.10.200.34/669481500/670756256T070214161316.txt.binXMysM0dapplication/pdfX-sysM0dhttp://www.the-shipman-inquiry.org.uk/images/fifthreport/SHIP05_COMPLETE_NO_APPS.pdf

Tjadens, F. *Registration and supervision of five groups of health care professionals in eea-countries. Preliminary outcomes of a EEA-wide survey on the occasion of the Netherlands EU-presidency conference: Health care professionals crossing borders Amsterdam, 9-10 December 2004*. Utrecht: NIZW, 2004

Tjadens, F.; et. al. *Langdurige zorg in het buitenland. Lessen voor Nederland?* Utrecht: NIZW, 2005. Ook uitgegeven als deel van: De AWBZ Internationaal bekeken. Langdurige zorg in het buitenland. Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Mensen met een beperking in Nederland aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vogd, W. Tension in medical work between patients' interests and administrative and organisational constraints. In: Duyvendak, J.W.; Knijn, T.; & M. Kremer (eds.). *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, pp 152 - 163.

When things go wrong: responding to adverse events. A Consensus statement of the Harvard hospitals. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, March 2006.

Wijlick, E.H.J.; Th. J.A.M. Meerman; & A.P.N. van Rooijen. KNMG discussienotitie: *Op weg naar een standpunt over medische professionaliteit (concept)*. Utrecht: KNMG, 30 oktober 2006.

Woopen, C. Einführung: Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag Heute. In: Nationaler Ethikrat. Tagungsdokumentation. *Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag Heute. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004*. Berlin: Nationaler Ethikrat, 2006.

Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? De staat van de gezondheidszorg 2006. Den Haag: Staatstoezicht op de volksgezondheid / Inspectie voor de gezondheidszorg, september 2006.

WRR: *Investeren in werkgelegenheid*. (januari 2007, tekst-exemplaar) <http://www.wrr.nl/dsc?c=getobject&cs=obj&!sessionid=1yp7M0aGBJhXOqKEX@IWdpDcXH5WfcxG1nmb5WBRDaKa19bs1WzcV!js3tW8jh b&objectid=3897&ldsname=default&isapidir=/gvisapi/>

Zorgverzekeraars Nederland / Kenniscentrum DBC. *Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007.*

Bijlage 1

OECD-data

Enkele kerndata over de onderzochte landen (Nederland als referentiekader)

	Nederland	Verenigde Staten	Zweden	Duitsland
bevolking*	16,2 mln	298 mln	9 mln	82 mln
% 65+*	14,2%	12,5%	17,6%	19,4%
levensverwachting bij geboorte*	79,0 jr	77,8 jr.	80,5 jr.	78,8 jr.
BBP per capita*	\$ 30.300	\$ 41.600,-	\$ 29.800	\$ 30.100
Publieke schuld (in % BBP)*	52,7%	64,7%	50,4%	67,3%
jaarlijkse groei*	1,5% (2005, geschat)	3,2% (2005)	2,7% (2005, geschat)	0,9% (2005)
% BBP aan gezondheidszorg (2001)**	8,9%	13,9%	10,9%	10,7%
acute zorgbedden per 1.000 (2004)****	2,8 (2002)	2,8	2,2	6,4
Aantal MRI's per 1.000.000 bevolking***	geen data	8,6	7,9	6,0
praktiserende verpleegkundigen per 1.000 in de bevolking (2004)****	14,2	7,9 (2002)	10,3 (2003)	9,7
praktiserende artsen per 1.000 in bevolking (2004)****	3,1	2,3	3,3	3,4
verpleegkundigen per arts:	4,6	3,4	3,1	2,8
Bijdrage in % aan de totale toegevoegde waarde van de economie door onderwijs, gezondheid, sociaal werk en andere diensten (2003) ¹⁰⁴ ****	17,2%	15,8%	20,3% (2002)	15,7%
Aandeel werkende bevolking in de sector onderwijs, gezondheid, sociaal werk en andere diensten (2003)***	26,8%	27,5%	32,3%	22,4%

Bronnen:

* CIA Factbook (<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>, december 2006)

** OECD: Towards high performing health systems. Paris: OECD, 2004, p. 78.

*** OECD: OECD In figures, 2004

**** OECD: <http://www.oecd.org/dataoecd/20/51/37622205.xls>, Data afkomstig uit OECD Health data 2006. Paris: OECD, Juni 2006.

Zweden en Duitsland zijn het meest vergrijsd, de Verenigde Staten hebben het hoogste Bruto Binnenlands Product per hoofd van de bevolking en de hoogste economische groei en geven het allerhoogste percentage BBP uit aan gezondheidszorg (dat betekent dat de uitgaven aan gezondheidszorg

per capita een nog veel schever beeld geven, zeker als we in de redenering meenemen dat een belangrijk deel van de bevolking in de VS niet verzekerd is tegen de kosten van gezondheidszorg).

Het aantal bedden voor acute zorg is in Duitsland veel hoger (6,6 per 1.000 van de bevolking) dan elders en ook het aantal artsen is hier het hoogst, zij het dat hier de verschillen met de andere hier centrale landen niet zo hoog zijn. Overigens is de tendens in het aantal acute zorgbedden (ook in Duitsland een dalende, in 1993 ging het nog om 7,7 per 1.000 van de bevolking. De OECD-data¹⁰⁵ gaan voor Duitsland terug tot 1991, het jaar van de Duitse hereniging. Sindsdien daalt het aantal acute bedden constant. Naar verwachting hangt dan ook een belangrijk deel van deze bed-dichtheid samen met de structuur van de gezondheidszorg in de voormalige DDR. In een – enigszins – vergelijkbaar land als Frankrijk zette de (in veel landen zichtbare) daling (vanaf een overigens wat lager niveau) in acute bedden al veel eerder in (1978).

De bijdrage van de (sociale) dienstensector, met inbegrip van de gezondheidszorg, aan de economie is in alle onderzochte landen groot is, in het bijzonder in Zweden, waar een vijfde van de economie draait op deze sector. Hier zien we een indicator voor de grote overheidsbemoeyenis met deze sector in Zweden terug. Dit komt ook terug indien we bekijken welk aandeel de sector heeft in de werkgelegenheid. In Zweden wordt bijna een derde van de werkgelegenheid vormgegeven door deze vormen van (sociale en gezondheids-)diensten. In de andere onderzochte landen gaat het om iets meer (Nederland, VS) of iets minder (Duitsland) dan een kwart van de werkgelegenheid. Echter, deze data geven weinig extra inzicht als het gaat om de in dit rapport centrale vragen.

In vergelijking met de andere landen laat Nederland geen hoge artsendichtheid zien (slechts lijkt de artsendichtheid in de VS lager te zijn), maar wel een zeer hoge dichtheid aan verpleegkundigen en dus een hoog aantal verpleegkundigen per arts.

De gegevens in tabel 1 geven weinig reden om op grond van kengetallen nadrukkelijke verschillen in de onderzochte landen waar te nemen, of om aan te nemen dat de medicus een substantieel andere positie inneemt (in vergelijking met Nederland). Slechts kunnen we zien dat in Zweden de sociale en gezondheidssector uitgebreider is dan elders, vermoedelijk vanwege de relatief grote overheidsbemoeyenis en mogelijk ook vanwege de in Zweden al relatief gevorderde vergrijzing. Echter in Duitsland is de vergrijzing nog verder gevorderd. Men zou op grond van deze data eerder verwachten dat Nederland en de VS de hoogste dichtheid in acute-bedden zouden hebben (immers: vergrijzing gaat eerder samen met chronische aandoeningen dan met acute opnamen en deze landen zijn van de vier onderzochte de minst vergrijsde) en Duitsland en Zweden de laagste acute-bedden dichtheid. Dat beeld gaat echter niet compleet op. Vraag is natuurlijk in hoeverre de ‘onnatuurlijke’ ontwikkelingen in Duitsland hierin een rol spelen.

Ook de samengevoegde gegevens over de artsendichtheid en de dichtheid aan verpleegkundigen geven geen informatie die we wellicht zouden willen hebben: de verhouding tussen beide (actieve) beroepsbeoefenaren zou een indicatie kunnen vormen over de skill-mix zoals die in enig land wordt gehanteerd en daarmee indirect voor de invulling van het medisch beroep en vervolgens voor de in de onderscheiden landen gehanteerde uitwerkingen van het begrip ‘medische professionaliteit’. De eigen doorberekening van de beschikbare OECD-cijfers leidt weliswaar tot de uitkomst dat er enige verschillen zijn tussen de hier centrale landen, maar deze verschillen zijn niet zodanig dat we op voorhand kunnen stellen dat de landen voor wat betreft de hier centrale vragen sterk van elkaar verschillen. Hoe overigens de afwijkende data – met een hoge verpleegkundigen/artsen ratio - voor Nederland te interpreteren zijn, is in dit kader evenmin helder.

De OECD-data geven echter te weinig materiaal om iets te kunnen zeggen over een specifieke invulling van het medisch beroep. Locale culturen lijken overheersend, al was het maar rond de vraag hoe gezondheidszorg – en daarvan afgeleid: de functie van de arts en dus diens professionele autonomie - is te definiëren. Zo wordt de Duitse ‘kuur’-cultuur veelal als rationeel gezien en zal deze door de arts worden voorgeschreven maar is dit in de Verenigde Staten binnen de verzekeringspakketten ondenkbaar. In Nederland zijn we doende om een deel van de gezondheidszorg volstrekt te herdefiniëren: met het scheiden van de woon- en zorgfunctie in de AWBZ en met vervolgens het naar de WMO brengen van de huishoudelijke schoonmaaktaken, valt dit deel van wat we tot voor kort als onderdeel van ‘langdurende zorg’ definieerden, nu in volstrekt andere domeinen onder gebracht. Ook de ‘trechter van Dunning’ was een poging hiertoe, evenals de herziening van de WAO. Kortom: het door de overheid gesanctioneerde pakket oefent in elk systeem cruciale invloed uit op de beroepsuitoefening van de arts. Dergelijke ontwikkelingen worden veeleer lokaal bepaald en lijken derhalve eerder onderdeel van een gezondheidszorgcultureel debat, dan van een puur inhoudelijk zuiver medisch-rationele afweging (welke in onderscheiden culturen tot identieke uitkomsten zou kunnen leiden).

Bijlage 2

Arkansas Medical Board: registerdata

Alle onderstaande informatie is afkomstig van:
<https://www.armedicalboard.org/support/sub-definitions.asp> (Arkansas State Medical Board)

License Status and Category

Status

Active:	The license is Active
Inactive:	The license is Not Active due to non-payment of renewal fees or license has a category of 'Revoked' or 'Suspended'

Categories Assigned by the Arkansas State Medical Board

Deceased:	Physician has expired
Denied:	Physician was not issued a medical license
Dissolved:	The dissolving of a Medical Corporation
Exam:	To specify that a licensing exam was taken in that state
Expired:	License no longer current and/or valid. Also indicates not-renewed, lapsed and delinquent
Incomplete:	Pending Application, no license
Merged:	Merging of multiple Medical Corporations
Pending:	License application is Pending
Probation:	License sanctioned as result of disciplinary action
Revoked:	License has been removed
Revoked/Stayed:	The revocation is stayed (will not go into effect) as long as the practitioner complies with any other condition the Board has placed on them
Surrendered:	Physician has voluntarily relinquished his license
Suspended:	License has been removed for a certain period of time due to disciplinary action
Suspended/Stayed:	The suspension is stayed (will not go into effect) as long as the practitioner complies with any other condition the Board has placed on them
Temporary:	Temporary Permit issued until license can be issued
Unlimited:	License is Active with no restrictions
Withdrawn:	Physician withdrew license application, no license was issued

Categories Assigned by Other State Licensing Boards

Consulting:	License issued for a short time as he consults with another physician
-------------	---

Limited:	License has restrictions
Locum Tenens:	License issued for Locum Tenens work
Military Exempt:	Military Personnel
Not Specified:	Category is not specified, only license status
Retired:	Physician no longer participates in professional activities
Student:	A licensed resident currently in training
Terminated:	Equivalent to lapsed or non-renewal
Unknown:	The category of the license is not available, not specified or not used
Voluntary Probation:	Physician voluntarily allows his license to be put on Probation to avoid further disciplinary actions

Beschikbare en opvraagbare informatie:

Free License Verifications (no charges)

Name
License Number
Date of Birth
License Status
License Category
Date of Issuance and Expiration
Primary Specialty
Address Information

Detailed License Verifications (charges \$15, for in-state organizations, \$20.00 for out-of-state organizations)

Includes all information contained in the Free License Verification plus:
Status Year
Board History with excerpt of Board Minutes

For Detailed License Verifications, you can do one of the following:

- You can apply online to use this service by clicking on Sign Up at the top of this page
- or -
- You can make an appointment to view the professionals file in the Medical Board's office. View the contacts page
- or -
- You can send a written request along with your check or money order to:
Arkansas State Medical Board
ATTN: Detailed License Verification
2100 Riverfront Drive
Little Rock, AR 72202

Credentialing Services provided by the State of Arkansas Centralized Credentials Verification Service

If you are an organization which credentials doctors for privileges at any Arkansas organization, you **MAY BE REQUIRED** to use credentialing services by the ARCCVS. This service Includes Access to the Arkansas State Medical Board's Detailed License Verification plus:

Initial Credentialing reports include	Recredentialing includes
Education ECFMG Exam Licensure History Professional History Other Activities Regulation 7 Exemption Specialties Dispensing Physicians Malpractice Liability Coverage Physician Health Committee Medicare and Medicaid Sanctions Military Service Federation of State Medical Boards AMA Profile Verification Criminal Law Convictions Federal and State DEA Information UPIN Medicare and Medicaid Numbers Special Conditions: Mental/Emotional Conditions Physical Conditions Drug/Alcohol Conditions	Information equivalent to that of an Initial Credentialing, except that the data is limited to the previous two years. This information is used for physicians who are applying for reappointment for medical and staff membership and/or privileges.
Fees associated with Initial Credentialing	Fees Associated with Recredentialing
Cost per Initial Credentialing report: \$60.00	Cost per Recredentialing report: \$40.00

There are two methods available to determine whether a practitioner has ever had disciplinary action taken against his license by the Arkansas State Medical Board.

1. You can send a written request to our office for a detailed verification of the practitioner's Arkansas license. You need to include the practitioner's full name in your request.
2. You can contact our office to schedule an appointment to view the practitioner's licensure file.

Our address and telephone number are:
 Arkansas State Medical Board
 2100 Riverfront Drive
 Little Rock, AR 72202
 (501) 296-1802

Maar: onder de link 'board notices' volgt een hele lijst van artsen waartegen maatregelen zijn genomen, bijvoorbeeld (naam is gewijzigd):

Greenwald, Denis Roger , M.D. (E-01356)

Little Rock, AR

- Revoked/Stayed, 1/17/2006
- Emergency Order of Suspension, 12/12/2005
- Revoked/Stayed, 10/6/2005
- Emergency Order of Suspension, 9/2/2005

Bijlage 3

Vrij verkeer van artsen binnen de EU en de rol van registerhouders

Op 9 en 10 december 2004 heeft het Ministerie van VWS in het kader van het EU-voorzitterschap, een conferentie gewijd aan de situatie van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg over de grens. De conferentie was gericht op de Europese Economische Ruimte en Zwitserland en richtte zich met name op de rol van de toezicht- en registerhouders voor de (medische) beroepsbeoefenaren en de communicatie daartussen om de kwaliteit en veiligheid van grensoverschrijdende beroepsuitoefening te agenderen. De uitkomsten zijn indertijd door het Engelse Voorzitterschap overgenomen en leidden tot een zogeheten *Edinburgh declaration*. Deze richtte zich met name op het – flexibeler – omgaan met grensoverschrijdende beroepsbeoefenaren, ook binnen het raamwerk van de zogeheten sectorale richtlijnen (waarvan die voor artsen – zie boven – er één is).

Ook anderszins is deze materie momenteel actueel. De Europese Commissie heeft – tot eind januari 2007 – een consultatieproces uitgeschreven inzake de gezondheidsdiensten¹⁰⁶. Daarbij gaat het om de vraag of Europa regels en/of beleid zou moeten ontwikkelen vanwege de grensoverschrijdende patiënten, materialen, productiemiddelen en ook om grensoverschrijdende beroepsbeoefenaren, in navolging van jurisprudentie zoals ontwikkeld door het Europees Hof op basis van de Verdrags tekst. De rechterlijke uitspraken spreken in het voordeel van de gezondheidszorg als een dienst op de interne markt (en dus ten nadele van de nationale soevereiniteit ten opzichte van de gezondheidszorgstelsels). De consultatie vindt plaats in het kader van de naweeën van de wording van de Dienstenrichtlijn (oorspronkelijk: de Bolkesteinrichtlijn) en heeft als doel te achterhalen of en zo ja welk specifiek Europees beleid dient te worden vormgegeven op dit terrein van uit de vraag of, en zo ja, hoe, Europa om dient te gaan met grensoverschrijdende aspecten van zorg, heen en weer geslingerd tussen de interne markt (en de jurisprudentie van het Europees Hof inzake grensoverschrijdende zorg als dienst op die interne markt) en de ‘traditionele’ soevereiniteit van de lidstaten op het terrein van de gezondheidszorg, hetwelk op grond van het subsidiariteitsbeginsel inzake de sociale stelsels, buiten de interne markt wordt gehouden.

Bijlage 4

Medische aansprakelijkheid in de drie onderzochte landen

MEDICAL MALPRACTICE	GERMANY	SWEDEN	UNITED STATES
Contract Liability			
Contract tort distinction relevant	No	No	No
Contracting party incl. Bystanders	No	No	No
Vicarious liability without excuse	Yes	Yes	yes
Injury	Yes	Yes	Yes
Death	Yes	Yes	Yes
Immaterial harm	Yes	Yes	Yes
Fault	Fault	Fault	Fault
Objective liability	No	No	No
Presumed liability	No	No	No
Average/high standard	Average	Partly above average	Average
Professional treatment	Yes	Yes	Yes
Information	Yes	Yes	Yes
Documentation	Yes	No	No
Proof of negligence	Patient	Patient	Patient
Presumption	No	No	No
Reversal	Partly	No	Partly
Specific and frequent fields of professional liability	Surgery, births	Almost no cases	Surgery, births
Causation			
Full proof	Yes	Yes	Yes
General reversal	No	No	No
Specific instruments to ease the burden of proof	Yes In case of grave fault	No	Yes Res ipsa loquitur

MEDICAL MALPRACTICE	GERMANY	SWEDEN	UNITED STATES
Compensation			
Full	Yes	Yes	Yes
Pain and suffering	Yes	Yes	Yes
Caps	No	No	Yes
Contributory Negligence	Yes	Yes	Yes
Restrictions Children, type of negligence	No	Only intent or gross negligence	No
Limitation	3 years	10 years	2-5 years
Tortious liability			
Parties	Only patient	Only patient	Only patient
Differentiation between service customer and non-customer	+ family members		
Vicarious liability	No	Yes	Yes
MALPRACTICE			
Bodily injury			
Death	Yes	Yes	Yes
Immaterial harm	Yes	Yes	Yes
Wrongful conduct Violation of professional duties	Yes	Yes	Yes
Fault	Fault	Fault	Fault
Objective liability	No	No	No
Presumed liability	No	No	No
Causation			
Full proof	Yes	Yes	Yes
General reversal	No	No	No
Specific instruments to ease proof	Causation of grave fault presumed	No	Yes Res ipsa loquitur

MEDICAL MALPRACTICE	GERMANY	SWEDEN	UNITED STATES
Damage and compensation			
Full	Yes	Yes	Yes
Pain and suffering	Yes	Yes	Yes
Caps	No	No	Yes
Contributory Negligence	Yes	Yes	Yes
Restrictions Children and type of negligence	No	Only intent and gross negligence	No
Limitation	3 years	10 years, 3 years after the victim became aware	Generally shorter than in contract law
Exclusions			
Waiver	No	No	No
Admissable			
Procedural questions			
Specific institutions	Yes	Yes	Yes

Bron: Magnus & Wickitz, 2004¹⁰⁷

Bijlage 5

Proposition 12: Texas verovert de VS.

Hét voorbeeld inzake de omwenteling in de aansprakelijkheidsdiscussie in de VS is Texas, dat in 2003 een nieuw systeem invoerde – *Proposition 12* - en waar de aansprakelijkheidsverzekeraars, zoals blijkt uit documentatie afkomstig van de *Texas Alliance for Patient Access*, volgens de *Texas Medical Association*, sindsdien een aantal kortingen op de verzekeringspremies heeft doorgevoerd. Eén van de belangrijkste verzekeraars, de *Texas Medical Liability Trust (TMLT)*, verlaagde sinds 2004 de premies vier maal, achtereenvolgens met 12%, 5%, 5% en 7,5%.¹⁰⁸ Inmiddels is recent in de federale Senaat ook een – door de AMA ondersteund – voorstel gedaan, dat sterk gebaseerd is op het Texaanse model. Het aantal juridische procedures daalde dramatisch waardoor ziekenhuizen en artsen forse besparingen kenden. Gevolg is dat de toegang tot zorg verbetert, doordat artsen meer willen werken (of zelfs het beroep weer opnemen), en doordat meer artsen zorg willen leveren.¹⁰⁹ Formele documentatie toont aan dat – na jaren van afname van het aantal praktiserende artsen – er sinds 2003 een – forse – toename in het aantal praktiserende artsen is te constateren, ook in meer rurale gebieden en ook in de eerder als zeer risicovol bekendstaande medisch specialismen. Schommelde het aantal orthopedische chirurgen in Texas al een aantal jaren rond de 1780, sinds juli 2003 (de invoering van *Proposition 12*) is een toename te constateren tot 1880 in 2005.

Vóór invoering van de wet was de ontwikkeling in Texas evenzeer een voorbeeld in de VS, maar dan van hoe het *niet* moest. Documentatie wijst uit dat tussen 1996 en 2000 het aantal rechtszaken tegen artsen in Texas verdubbelde: van 16 tot 31 per 100 artsen, waarvan 86% niet tot uitkering aan de patiënt leidde.¹¹⁰ Het systeem werd zelfs *Jackpot justice* genoemd. Gedurende de jaren negentig verviervoudigde de gemiddelde toekenning tot \$ 1,4 miljoen. Ondanks fors toenemende premies verloren de verzekeraars jaarlijks geld aan de vele procedures. Verzekeraars stapten zelfs de markt uit.

In 2003 werd dus *Proposition 12* ingevoerd. Dit plaatste limieten aan de - volgens velen juist misbruikte - vergoedingen voor de non-economische schades ten bedrage van \$ 750,000 (\$ 250.000 voor artsen, dito voor het eerste ziekenhuis of gezondheidszorgfaciliteit en dito voor elke aanvullende faciliteiten), vergoedingen voor ‘pijn en lijden’. Economische schades blijven volstrekt onveranderd, inclusief compensatie voor al het verloren inkomen en medische en revalidatiekosten.

De uiterst positieve gevolgen zijn, zoals beschreven, dramatisch. Ziekenhuizen melden dat ze van het uitgespaarde geld onder meer hun apparatuur

moderniseren, de EHBO-afdelingen uitbreiden, ambulante zorg verbeteren, het aantal actieve artsen verhogen, de salarissen van verpleegkundigen verhogen en programma's ter verbetering van de patiëntenveiligheid lanceren. Het succes van de Texaanse hervorming is zo groot dat het momenteel model voor de Amerikaanse overheid als geheel wordt.

Ook het Californische model, waar in 1975 al beperkingen aan de vergoedingen voor non-economische schades werden ingevoerd, heeft soortgelijke conclusies opgeleverd: meer artsen per capita, premies die sindsdien 'slechts' 285% toenamen, tegenover bijna een vertienvoudiging elders, terwijl bovendien juridische procedures veel sneller (2 jaar korter dan de elders bestaande 5 jaar) afgerond worden.¹¹¹

Bijlage 6

De kritiek van Peeno op Managed Care

Linda Peeno is in de afgelopen jaren een van de belangrijkste kritikasters van het Amerikaanse *managed care* model geworden. In haar getuigenis voor de Canadese Romanov-Commissie¹¹² stelt ze simpelweg dat het *managed care* model een vorm van zakendoen is waarbij het marktmodel op zijn kop wordt gezet:

We have relinquished the delivery of care in this country to companies who [turned] the market model on its head: in the usual market setting, businesses succeed to the extent that they make a product available. In the managed care business, companies succeed financially to the extent that they withhold a product.

Concreet, zo stelt ze, is de gedachte van de *Health Maintenance Organization*, zoals bij wet in 1973 verordonneerd, veranderd van een non-profit zorg-organisatie met oog voor de lange-termijn belangen van populatie en organisatie, tot een marktgerichte hijgerige managed-care benadering die gericht is op korte-termijn winsten voor de aandeelhouders. Daarom, zo stelt ze,

every aspect of managed care relies predominantly on the reduction of treatments and services in order to achieve savings or profits, and plans have to grind through more and more labor intensive and costly processes to achieve their initial savings or profits. Whether it comes from limitation of networks, gatekeeping to limit tests and referrals, authorization (and denial) of hospitalizations and other treatments, limitation of benefits, "medical necessity" determination there is no lower limit to the reduction. (p.4)

Daartoe ziet ze drie mechanismen:

- 1 het gebruik van bedrijfsartsen en –verpleegkundigen om klinische zorg te weigeren, volgens haar in directe tegenstelling met elke professionele eed;
- 2 het gebruik van behandelend artsen als agenten in de rantsoenering en weigering van zorg;
- 3 weigering op het niveau van de economische rantsoenering ten behoeve van de bedrijfswinst.

Elders beschrijft ze enkele van de manieren waarop de Amerikaanse (zorg-)verzekeraars de vergoedingen aan verzekerden beperken, soms op manieren die slechts zelden door de potentiële verzekerden worden begrepen:¹¹³

- Zo zijn voor patiënten de gevolgen van bepaalde restricties vaak onduidelijk totdat een beroep moet worden gedaan op bepaalde aspecten van de polis; dan blijkt dekking te ontbreken;
- In andere situaties blijken door de verzekeraar geïmpliceerde vergoedingen gebonden aan zeer nauwe autorisatie-procedures. Misrepresentatie

en zelfs deceptie worden door sommige organisaties gebruikt om marktvoordeel te krijgen, met mogelijk serieuze consequenties voor de patiënten;

- Het begrip ‘medische noodzaak’ kan honderden verschillende betekenissen, interpretaties en toepassingen kennen, zelfs binnen dezelfde verzekeraar. En naarmate meer fragmentatie en outsourcing van diensten optreedt, neemt de verwarring alleen maar toe, inclusief strengere definities dan formeel aan de verzekerden gemeld. De introductie van gedelegeerde besluitvorming (inclusief niet aan verzekerden gemelde besluitvorming door herverzekeraars) kan introductie betekenen van partijen die strakkere definities van ‘medische noodzaak’ hanteren’ en die financiële prikkels hebben bij het limiteren, weigeren of substitueren van zorg.
- Medische richtlijnen zijn niet altijd onafhankelijk. Steeds vaker zijn ze (in de VS) niet gebaseerd op klinisch onderzoek en peer reviews, maar op overwegingen van commerciële organisaties die gebruik maken van pseudo-wetenschappelijke vooruitgang.
- Uitsluitingen van “experimentele en onderzoeksmatige” behandelingen worden steeds belangrijker en evenals bij ‘medische noodzaak’ kunnen patiënten merken dat de verzekeraars (health plans) verschillende definities hanteren. Dat kan niet alleen per verzekeraar wisselen, ook kan een verzekeraar in verschillende omstandigheden verschillende definities hanteren, zoals in de pr naar de verzekerde een eenvoudige tweeregelige definitie, en in de ‘kleine lettertjes’ een bijzonder uitgebreide definitie. We zien dan ook in de literatuur analyses verschijnen gericht op verbeterde besluitvorming inzake medisch noodzakelijk handelen.¹¹⁴ Daarbij speelt de analyse van weigeringen een grote rol. Echter, de procedures van veel health plans zijn er op gericht om zo lang mogelijk niet expliciet zorg te weigeren.

Voor Peeno leidt de verschuiving van kostenreductie naar winst tot onder meer de volgende – voor haar niet verrassende – gevolgen:

- 1 *restricted access for vulnerable and expensive patients for testing, referrals to specialists, treatments, hospitalizations, emergency care, rehabilitation, home health, medical equipment – anything that costs money;*
- 2 *reduced spending for clinical services as money is shifted from clinical care to administration, marketing, public relations, executive salaries and bonuses;*
- 3 *shifting costs to patients themselves introduces barriers and obstacles that cause the patients to limit their care; and*
- 4 *shifting costs to public sectors as private companies use a variety of methods to limit or deny care, e.g. shifting to Medicaid and other social services; shifting back to regular Medicare.*

Notes

- ¹ Hierbij gaat het zowel om wettelijke kaders als om de borging door bijvoorbeeld de beroepsgroep zelf, door opleidingen, enzovoorts.
- ² De algemene vraagstelling hier heeft op zich beperkte relevantie voor de beantwoording van de centrale vraag over de relatie tussen patiënt en arts. Het is daarom zaak om gaande het traject ook nadere informatie te zoeken rond vragen als samenlevingsperspectief op de professionaliteit, verantwoordingsgeneigdheid (accountability) en integriteit van medici.
- ³ Raad voor Volksgezondheid en Zorg. De eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Plan van aanpak. Zoetermeer: RVZ, 12 juni 2006.
- ⁴ De algemene vraagstelling hier heeft op zich beperkte relevantie voor de beantwoording van de centrale vraag over de relatie tussen patiënt en arts. Het is daarom zaak om gaande het traject ook nadere informatie te zoeken rond vragen als samenlevingsperspectief op de professionaliteit, accountability en integriteit van medici.
- ⁵ Wijlick, E.H.J.; Th. J.A.M. Meerman; & A.P.N. van Rooijen. KNMG discussienotitie: Op weg naar een standpunt over medische professionaliteit (concept). Utrecht: KNMG, 30 oktober 2006.
- ⁶ Stoddard, J.J.; Hargraves, J.L.; Reed, M.; & A. Vratil. Managed care, professional autonomy and income effects on physician career satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16, October, 675 – 684.
- ⁷ Zie bijvoorbeeld: Zorgverzekeraars Nederland / Kenniscentrum DBC. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007.
- ⁸ Zie bijvoorbeeld: Davies, C. Heroes of health care? Replacing the medical profession in the policy process in the UK. In: Duyvendak, J.W.; Knijn, T.; & M. Kremer (eds.). *Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, pp 137-151.
- ⁹ Deze wordt overigens per oktober 2007 vervangen door Richtlijn 2005/36/EC van het Europees Parlement en van de Raad van 7 september 2005 inzake de erkenning van professionele qualificaties. OJ L 255, 30.9.2005, p. 22. De inhoud van het deel met betrekking tot artsen is overigens identiek aan de 1993-richtlijn.
- ¹⁰ Iet soortgelijks gaat overigens niet op voor medici werkzaam bij / eigenaar van particuliere oogklinieken, zoals bij optical express, care vision, of bij eyescan. De locatie van de organisatie, binnen of buiten het publieke zorgstelsel, heeft geen relatie met de vraag of de behandelaars BIG-geregistreerd zijn. Bij de eerste heeft de IGZ bijvoorbeeld onderzoek naar de kwaliteit van zorg verricht en geen ongerechtigheden gevonden.
- ¹¹ Dit laat zich evenzeer als “waarschuwing” vertalen.

- ¹² Bron: Rowe, A. & García-Barbero, M. Regulation and licensing of physicians in the WHO Euro region. Copenhagen: WHO regional office for Europe, 2005..
- ¹³ Hulst, E.H. en H.E.G.M. Hermans. Report quality physicians EU (versie 28 februari 2001), p. 29.
- ¹⁴ Federation of State Medical Boards. Report of the Special Committee on License Portability A Policy Document of the Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. http://www.fsmb.org/pdf/2002_grpol_License_Portability.pdf
- ¹⁵ Federation of State Medical Boards. Trends in physician Regulation 2006. Federation of State Medical Boards, April 2006. http://www.fsmb.org/pdf/PUB_FSMB_Trends_in_Physician_Regulation_2006.pdf
- ¹⁶ Zie noot 14, p. 10
- ¹⁷ Tjadens, F. Registration and supervision of five groups of health care professionals in eea-countries. Preliminary outcomes of a EEA-wide survey on the occasion of the Netherlands EU-presidency conference: Health care professionals crossing borders Amsterdam, 9-10 December 2004. Utrecht: NIZW, 2004
- ¹⁸ Heyrman, J.; Lember, M.; Rusovich, V.; & A. Dixon. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman, R.B.; Rico, A.; & W. Boerma (eds.) Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press, 2005
- ¹⁹ Evetts, J. Regulation of professions in global economies: dimensions of acquired regulation. SASE, Madison, Wisconsin, USA. Joint session of Professions and knowledge, economy and society networks.
- ²⁰ J.M. Cuperus-Bosma, et.al. Evaluatie Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg. Den Haag: ZonMW, oktober 2002.
- ²¹ Kälble, K. Between professional autonomy and economic orientation – The medical profession in a changing health care system. (geen datum maar na 2003, geen plaats).
- ²² Voor veel Nederlandse artsen gaat dit niet op: zij zijn zelf ook werkgever.
- ²³ Zie met name het vijfde rapport van het 'Shipman onderzoek', zoals gerapporteerd door Dame Janet Smith, december 2004. <http://10.10.200.34/669481500/670756256T070214161316.txt>. http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/images/fifthreport/SHIP05_COMPLETE_NO_APPS.pdf
- ²⁴ Zie ook: Or, Z. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries). Labour market and social policy – Occasional papers No. 57. Paris: OECD, 25 January 2002, DEELSA/ELSA/WD(2002)1, p. 21.
- ²⁵ Het onderstaande is gebaseerd op: Woopen, C. Einführung: Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag

Heute. In: Nationaler Ethikrat. Tagungsdokumentation. Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag Heute.. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004. Berlin: Nationaler Ethikrat, 2006.

De lijn van redenerie is ook terug te vinden in: http://www.ethikrat.org/texte/pdf/Jahrestagung_2004_Wortprotokoll.pdf

- 26 De vraag over de regie en verantwoordelijkheden in zorgketens en het daarmee samenhangend momenteel ontoereikende toezicht, is recent ook opgeworpen het rapport Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? De staat van de gezondheidszorg 2006. Den Haag: Staatstoezicht op de volksgezondheid / Inspectie voor de gezondheidszorg, september 2006.
- 27 Busse, R.; & A. Riesberg. Health care systems in Transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 210.
- 28 When things go wrong; responding to adverse events. A Consensus statement of the Harvard hospitals. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, March 2006.
- 29 Millenson, M. Beyond the managed care backlash. Medicine in the information age. Health priorities Project. Policy Report No. 1. Washington: Progressive Policy Institute, 1997, p.7.
- 30 Maar ook: Hafferty and Light (1995), aangehaald in: Vogd, W. Tension in medical work between patients' interests and administrative and organisational constraints. In: Duyvendak, J.W.; Knijn, T.; & M. Kremer (eds.). Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, pp 152 - 163.
- 31 Foster and Wilding (2000), aangehaald in: Davies, C. Heroes of health care? Replacing the medical profession in the policy process in the UK. In: Duyvendak, J.W.; Knijn, T.; & M. Kremer (eds.). Policy, people, and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006, pp 137-151.
- 32 Het Engelse model is stevig geschokt geraakt door meerdere incidenten, waaronder de 'Shipman-case', een huisarts die een groot aantal moorden onder zijn patiënten had gepleegd en deze in zijn tuin had begraven.
- 33 Hubbard, C. Culpability and compensation in Canadian health care: much ado about no-fault? Crossroads: where medicine and the humanities meet. McGill Journal of medicine, 2000, 5, 111-116.
- 34 Tegelijk is er op EU-terrein toenemende aandacht voor patient-safety. Daarmee samenhangend zien we ook het ontstaan van zelf-organisaties van iatrogene patiënten (zie bijv. www.ieu-alliance.org en de concurrerende www.ieu-alliance.eu).
- 35 Zie noot 8, p. 148.
- 36 Zie noot 30.

- 37 Peeno, L. The second coming of managed care. TRIAL, May 2004, 40, No 5. Ook beschikbaar op internet:: <http://www.harp.org/2dcoming.htm>
- 38 Foekema, H. Innovaties in de gezondheidszorg. Trend- en draagvlakonderzoek. Amsterdam, TNS NIPO, 4 januari 2007.
- 39 Engelen, E. Boekbespreking. In: Tijdschrift voor de sociale sector, 2006, 10.
- 40 Zie noot 15
- 41 Bron: Medical errors. Special Eurobarometer. Eurostat. Special Eurobarometer 241 / wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion and Social. January 2006
- 42 Inmiddels EU27.
- 43 Bron: email van dhr. Lönnquist; Zweedse Medische Vereniging (Sve-
riges läkarförbund), d.d. 14 november 2006 aan de auteur.
- 44 Lane, C., Potton, M. & W. Littek. The professions between state and market. A cross-national study of convergence and divergence. ESRC Centre for Business Research, University of Cambridge Working paper No. 189
- 45 Or, Z. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries). Labour market and social policy – Occasional papers No. 57. Paris: OECD, 25 January 2002, DEELSA/ELSA/WD(2002)1, p. 21; p. 23. N.B: de meest recente publicatie op basis waarvan de auteur over Nederland rapporteert is uit 2000.
- 46 Zie vorige noot..
- 47 Zie noot 13.
- 48 Zie een uitgebreide studie recentelijk verricht.
Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part C: The specific part- medical services, leisure, tourism and public utilities. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.
http://europa.eu/comm/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportabc_en.pdf .
De vergelijkende rapportage is te vinden via de link:
Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part D: The comparative part. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.
http://ec.europa.eu/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportd_en.pdf.
Met name gaat het hier om Magnus & Wicklitz, 2004 a; Magnus & Wicklitz, 2004 b,

- ⁴⁹ Zie noot 25 (Wooopen), p. 13. De vraag stellen lijkt hem overigens ook te beantwoorden. Het lijkt juist de taak van de arts hierin, op basis van diens kennis en ervaring, de juiste weg te zoeken.
- ⁵⁰ Zie noot 27, p. 175-176
- ⁵¹ Noot 27, p. 180-181. Terzijde: het is denkbaar dat dit systeem tot enigszins perverse prikkels leidt. Daarom zit er in het systeem ook een controle op overgebruik en valse claims. Dat geschiedt op basis van verantwoording door de arts, bijvoorbeeld tijdens visitaties.
- ⁵² Nies, H. A European research agenda on integrated care for older people. Dublin, EHMA, 2004. http://www.ehma.org/_fileupload/Publications/EuropeanResearchAgenda.pdf
Banks, P. policy framework for integrated care for older people. Developed by the carmen network. London: King's Fund/Ehma, 2004, http://www.ehma.org/_fileupload/Publications/PolicyFrameworkforIntegratedCareforOlderPeople.pdf
- ⁵³ Recent gerapporteerd door G. Müller de Cornejo. Disease management in European context. DMP's for persons with type II Diabetes. Bonn, 11 January 2007. Disease management in the European context. Concepts, conditions, financing and quality of Disease Management Programmes in Europe. Bonn, 11-12 January 2007.
- ⁵⁴ Zie noot 13, p. 35.
- ⁵⁵ Anderson, R.E. Defending the practice of medicine. Archives of international medicine, June 14, 2004, zoals gemeld in: HCLA. Overview. Why America needs liability reform., p. 3. http://www.hcla.org/pdf/HCLA_Binders_3.pdf.
- ⁵⁶ Zie noot 55.
- ⁵⁷ Zie noot 55.
- ⁵⁸ Zie een uitgebreide studie recentelijk verricht. Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part C: The specific part- medical services, leisure, tourism and public utilities. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004. http://europa.eu/comm/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportabc_en.pdf .
De vergelijkende rapportage is te vinden via de link:
Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part D: The comparative part. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004. http://ec.europa.eu/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportd_en.pdf.
Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national

liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part C: The specific part- medical services, leisure, tourism and public utilities. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.

http://europa.eu/comm/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportabc_en.pdf .

De vergelijkende rapportage is te vinden via de link:

Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part D: The comparative part. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004.

http://ec.europa.eu/consumers/cons_safe/serv_safe/liability/reportd_en.pdf.

Met name gaat het hier om Magnus & Wicklitz, 2004 a; Magnus & Wicklitz, 2004 a; p. 313.

- ⁵⁹ Magnus & Wicklitz, Magnus & Wicklitz (noot 58), 2004 b.
- ⁶⁰ Gegevens American Medical Association, januari 2006, zoals gemeld in: http://www.hcla.org/pdf/HCLA_Binders_3.pdf
- ⁶¹ France (2006); zie noot 56.
- ⁶² Zie ook: Magnus & Wicklitz (noot 58), 2004 b.
- ⁶³ Een bespreking van deze materie is onder meer te vinden in: Carroll, J. Consumers don't know what they don't know. All the state-of-the-art health care literacy tools go for naught when faced with such ignorance. *Managed Care Magazine*, December 2005.
- ⁶⁴ http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/from_our_own_correspondent/6302043.stm, 28-1-2007.
- ⁶⁵ Bron: France, M. How to fix the tort system. *Business week*, March 14, 2006. Gedownload van: http://www.businessweek.com/magazine/content/05_11/b3924601.htm (29 november 2006).
- ⁶⁶ Iets soortgelijks zien we overigens in Nederland na de introductie van de WMO, waarbij huishoudelijke zorg deels wordt vervangen door schoonmaakdiensten.
- ⁶⁷ Health talk: break down of health care, hosted by Abigail Trafford, *Washington Post Columnist*. Tuesday 21 May at 2 p.m. EDT; <http://discuss.washingtonpost.com/wp-srv/zforum/02/health052102.htm>. Deze link verwijst naar een gesprek met één van de grootste critici van het 'managed care' systeem, Dr. Linda Peeno. Het gesprek vindt plaats naar aanleiding van het verschijnen van een film over haar leven, getiteld *Damaged care*.
Het Duitse voorbeeld: Bergdolt, K. Selbstverständnis und rolle des Arztes im Wandel. *Nationaler Ethikrat* 2004, p. 22.

- ⁶⁸ Gemeld in: Bergdolt, K. Selbstverständnis und rolle des Arztes im Wandel. Nationaler Ethikrat 2004, p. 22.
- ⁶⁹ Zie noot 65.
- ⁷⁰ American Academy of Orthopaedic Surgeons/American Association of Orthopaedic surgeons. The orthopaedic surgeon in the managed care setting. American Academy or orthopaedic surgeons, October 1994, revised May 2002.
- ⁷¹ Zie noot 65.
- ⁷² Zie noot 65.
- ⁷³ Health talk: break down of health care, hosted by Abigail Trafford, Washington Post Columnist. Tuesday 21 May at 2 p.m. EDT; <http://discuss.washingtonpost.com/wp-srv/zforum/02/health052102.htm>. Deze link verwijst naar een gesprek met één van de grootste critici van het 'managed care' systeem, Dr. Linda Peeno. Het gesprek vindt plaats naar aanleiding van het verschijnen van een film over haar leven, getiteld Damaged care..
- ⁷⁴ Diderichsen, F. Devolution in Swedish health care. Local government isn't powerful enough to control costs or stop privatisation. *BMJ*, Vol 318, 1999, 1156-1157.
- ⁷⁵ Zie Anna H. Glenngård; Frida Hjalte; Marianne Svensson; Anders Anell; Vaida Bankauskaite. Health systems in transition. Sweden. WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health systems, 2005; p. 35
- ⁷⁶ Zie noot 75.
- ⁷⁷ Zie onder meer: Bergdolt, K. Selbstverständnis und rolle des Arztes im Wandel. In: Nationaler Ethikrat. Tagungsdokumentation. Welche Ärzte will unsere Gesellschaft? Der ärztliche Behandlungsauftrag Heute. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2004. Berlin: Nationaler Ethikrat, 2006.
- ⁷⁸ Grafe, S. Vorschlag der Arbeitsgruppe Ökonomie und Ethiek der Dt. Arbeitsgem. Osteosynthese (DAO). In: Aribbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Arbeitskreis "Ärzte und Juristen". Referate der Sitzung des Arbeitskreises "Ärzte und juristen", am 26. und 27. November 2004 in Göttingen. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/aej/aej04-2.htm> (29-11-2006)
- ⁷⁹ Noot 77, p. 22.
- ⁸⁰ Noot 27, p. 190.
- ⁸¹ Noot 27, p. 149.
- ⁸² Aanhalingstekens overgenomen van de auteurs, Busse en Riesberg, p. 149.
- ⁸³ Noot 27, p. 168
- ⁸⁴ Noot 27, p. 174.
- ⁸⁵ Noot 27, p. 211.
- ⁸⁶ Noot 21.
- ⁸⁷ Noot 21
- ⁸⁸ Noot 21, p. 26

- ⁸⁹ Noot 21.
- ⁹⁰ Tjadens, F.; et. Al. Langdurige zorg in het buitenland. Lessen voor Nederland? Utrecht: NIZW, 2005. Ook uitgegeven als deel van: De AWBZ Internationaal bekeken. Langdurige zorg in het buitenland. Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Mensen met een beperking in Nederland aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- ⁹¹ Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Euntwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV/WSG) [BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006]. Berlin: Bundesärztekammer, 2006.
- ⁹² “Noch nie hat ein führender Politiker uns Ärzte derart beleidigt”. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in einem Interview mit der Nachrichtenagentur “AP” (24.12.2006) zu den Folgen der Gesundheitsreform und der beleidigenden Kritik von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt.. <http://www.bundesaerztekammer.de/10/0008Gesundheitsreform.html>
- ⁹³ Grinten, T.E.D. van der. Zorgen om beleid. Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg. Afscheidsrede. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 17 november 2006, p. 18.
Van der Grinten stelt dit tegenover het Engelse model, alwaar de NHS een van revoluties heeft doorgemaakt.. We kunnen constateren dat het wellicht extremer is in het VK dan in Duitsland, maar ook Duitsland kent sinds de negentiger jaren een opeenvolging van kleinere en grootscheepse en voortdurende herordeningen van de gezondheidszorg, ondanks het corporatistische karakter van de besluitvorming aldaar.
- ⁹⁴ Gray, B.H. Trust and trustworthy care in the managed care era. Can managed care organizations take on the mantle of trust that traditionally has belonged to physicians? Health affairs, 1997, 16, 1, 34 – 49.
- ⁹⁵ Zie noot 37.
- ⁹⁶ Enthoven, A. C.; & S.J. Singer. The managed care backlash and the task force in California. Health affairs, 1998, July/August, 95 -110.
- ⁹⁷ Zie noot 94.
- ⁹⁸ Zie noot 96.
- ⁹⁹ Zie noot 21.
- ¹⁰⁰ Maljers, J. How do entrepreneurs fit in? Presentation during conference: Entrepreneurial behaviour: opportunities and threats to health. Budapest, 28-29 June 2006
- ¹⁰¹ Dat is op zich in Nederland niet nieuw. Bekend is dat in ziekenhuizen een rem staat op het gebruik van dure medicijnen omdat dit kan drukken op het financieel resultaat.

- ¹⁰² Bekend is dat in 2006 Zilveren Kruis naar de Nma stapte vanwege het gedrag van thuiszorgorganisaties. Eind februari 2007 bleek dat de Nma niet verder gaat met de klacht van Zilveren Kruis.
- ¹⁰³ Zie bijvoorbeeld het recente WRR-advies: Investeren in werkgelegenheid. (januari 2007, tekst-exemplaar).
<http://www.wrr.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1yp7M0aGBJhXOqKEX@lWdpDcXH5WfcxG1nmb5WBRDacKa19bs1WzcV!js3tW8jhb&objectid=3897&!dsname=default&isapidir=/gvisapi/>
- ¹⁰⁴ Een gerichte uitsplitsing van de data naar alleen de gezondheidssector is niet mogelijk.
- ¹⁰⁵ OECD Health Data 2006 - Frequently Requested Data, een downloadable Excel-bestand met vele interessante gegevens. Bron: http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- ¹⁰⁶ European Commission. Communication from the Commission. Consultation regarding Community action on health services. Brussels, 26 September 2006. SEC (2006) 1195/4
- ¹⁰⁷ Magnus, U.; & Micklitz, H.W. Comparative analysis of national liability systems for remedying damage caused by defective consumer services. Final report. Part D. The comparative part. Contract No. B5-1000/02/000382, A Study Commissioned by the European Commission. Institut für Europäisches Wirtschafts- und Verbraucherrecht e.V., april 2004, pp. 34-38.
- ¹⁰⁸ <http://www.texmed.org/Template.aspx?id=4753>
- ¹⁰⁹ Bron: http://www.governor.state.tx.us/divisions/press/initiatives/malpractice/med_mal/fact_sheet
- ¹¹⁰ http://www.protectpatientsnow.org/site/c.8oIDJLNnHIE/b.2267659/k.4872/A_Miracle_in_the_Making.htm
- ¹¹¹ http://www.hcla.org/pdf/HCLA_Binders_3.pdf
- ¹¹² Peeno, L. Presentation to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada. Louisville, Kentucky USA; May 31, 2002. Zie <http://www.healthcoalition.ca/peeno.pdf>
- ¹¹³ Peeno, L The second coming of managed care. *Trial*, May 2004, Vol 40, 5.
- ¹¹⁴ Singer, S.J.; & L.A. Bergthold. Prospects for improved decision making about medical necessity. A group-process approach to demystifying decisions of medical necessity in managed care plans. *Health affairs*, 2001, Vol 20, 1, p. 200-206.

Interne hygiëne

Mw. dr. W.G.M. van der Kraan
RVZ

Inhoudsopgave

1	Inleiding	163
2	De discussie over zelfregulering	164
3	Kwaliteitssystemen binnen de beroepsgroep	166
3.1	Kwaliteitsinstrumenten	168
3.2	Conclusie	171
4	Het functioneren van zelfregulering	172
4.1	Punten ter verbetering	172
4.2	Aanbevelingen	174
4.3	Conclusie	177
5	Conclusie	179

1 Inleiding

Het werk van de medisch specialist behoort tot de kern van de gezondheidszorg. Het werk is complex, er is sprake van een grote variëteit aan zorgvragen en de zorgvrager bevindt zich in een afhankelijke positie ten opzichte van zijn behandelend arts. Deze aspecten hebben er toe geleid, dat er altijd sprake is geweest van een groot vertrouwen in het handelen van de medisch specialisten. Enerzijds omdat de gemiddelde burger te weinig kennis en inzicht heeft om de arts te controleren en daarom wel moet vertrouwen op zijn kunde. Anderzijds omdat burgers in een situatie van zorgbehoefte graag willen vertrouwen op de arts. De (autonome) positie van de medisch specialist staat echter steeds meer ter discussie. Door verontrustende krantenberichten over ruziënde maatschapsleden en artsen die jarenlang onbekwaam gehandeld blijken te hebben. Maar ook door het feit dat er steeds meer informatie breed beschikbaar komt over aandoeningen en over mogelijke behandelingen.

Het vertrouwen is niet langer vanzelfsprekend en van artsen wordt gevraagd om zich steeds meer te verantwoorden. Daarbij staan twee elementen centraal:

Enerzijds de relatie van de medisch specialisten en hun professie en de andere partijen in de organisatie en levering van de gezondheidszorg. Anderzijds de interne organisatie van een beroepsgroep. Hoe gaan specialisten intern met elkaar om en nog veel belangrijker hoe wordt de kwaliteit van het handelen van medisch specialisten gewaarborgd?

In deze bijdrage zal het zelfregulerend vermogen van medisch specialisten worden verkend. Allereerst zal de discussie over de autonomie en het vermogen tot zelfregulering van de medisch specialisten worden besproken. Daarna zullen de activiteiten die de medische beroepsgroep ontplooit om zelf de kwaliteit van het handelen van medisch specialisten te waarborgen, worden besproken. Daarnaast zal ook worden besproken wat er wordt gedaan bij disfunctioneren van een medisch specialist. Hierna worden knelpunten besproken bij de zelfregulering door de medische beroepsgroep en een aantal mogelijkheden tot verbetering van het zelfregulerend vermogen. Tot slot zal in de conclusie de interne hygiëne van de medisch specialisten worden geplaatst in het bredere kader van het advies.

2 De discussie over zelfregulering

De arts heeft altijd een sterk autonome positie genoten in de gezondheidszorg. De complexe aard van de zorg als dienstverlening en de zeer specifieke en kwetsbare situatie van elk individuele zorgvraag zorgt er voor dat de arts altijd een grote mate van zelfstandigheid genoot. De claim van zelfstandigheid door artsen is gebaseerd op drie aspecten:

1. Ten eerste het feit dat een grote mate van kennis en vaardigheden verbonden zijn aan het werk, waardoor niet-professionals het werk niet kunnen uitoefenen;
2. Artsen zijn verantwoordelijke mensen, ze werken secuur en hebben geen supervisie nodig;
3. Er kan op worden vertrouwd dat de professie zelf de juiste maatregelen neemt wanneer individuen niet naar behoren functioneren (Irvine, 1997).

Deze autonomie wordt door de artsen altijd gepresenteerd als noodzakelijke randvoorwaarde voor het uitvoeren van hun vak, maar hun positie en hun professionaliteit wordt ook voor een groot deel bepaald door de context waarin artsen hun werk verrichten (Irvine, 1997). Deze context is aan verandering onderhevig. In toenemende mate is er een vraag naar inzicht in de kwaliteit van geleverde zorg. 'Ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten worden gevraagd hun kwaliteit, toegankelijkheid en prijskaartje te tonen, zodat verzekeraars en burgers kunnen kiezen voor een optimaal product', aldus Westert (2006). De gezondheidszorg als sector wordt organisatorisch ook steeds complexer. De vraag naar verantwoording en transparantie groeit. Er worden budgetten opgelegd en zorg wordt gerantsoeneerd. Daarnaast zijn de medische kennis en vaardigheden sterk toegenomen, waarbij er ook steeds meer sprake is van subspecialisaties.

Mensen zijn ook steeds meer op de hoogte van medische kennis omdat ze door internet steeds meer toegang hebben tot informatie. Patiënten willen ook steeds beter geïnformeerd worden door hun arts en betrokken worden bij besluitvorming. Daarnaast wordt medische zorg steeds meer teamwork. Was de arts vroeger alleen verantwoordelijk voor de behandeling van hun patiënten, maar deze verantwoordelijkheid wordt steeds meer gedeeld.

Tot slot is de houding van artsen ten opzichte van hun werk ook veranderd. Artsen hechten meer waarden aan een privé-leven naast het werk en parttime werken wordt steeds meer gewoon (Irvine, 1997). Er zijn dus sprake van factoren vanuit de professie zelf (endogene factoren) en factoren van buiten de professie (exogene factoren) die de positie en de professionaliteit van de artsen beïnvloeden. (Internationale) exogene factoren dragen bij aan meer vraag om transparantie. Zo heeft het 'World health report (2000) van de Wereld gezondheidsorganisatie (WHO) veel aandacht getrokken omdat de prestaties van bijna 200 nationale zorgstelsels in een rangorde werden geplaatst. Nederland eindigde daarbij op de 17e

plaats. Door dit rapport werd er meer aandacht gericht op performance in de zorg. Daarnaast kan worden beredeneerd dat de economische dip in de Nederlandse samenleving de discussie over value-for-money op de voorgrond heeft gebracht in de gezondheidszorg (Westert, 2006).

Daarnaast is er echter ook sprake van groeiende kritiek van binnenuit. Zo verschenen er in het midden van de negentiger jaren kritische geluiden in de wetenschappelijke pers. In een nummer van het gezaghebbende British medical journal riepen de arts Sackett en zijn collega's in 1996 artsen op tot een soort van reveil in de medische wetenschap door het toepassen van evidence based medicine. [...]. Ze betwijfelden niet zozeer de klinische expertise van de moderne arts, maar ze vroegen zich af of artsen hun klinische expertise in individuele gevallen wel baseerden op het beste voor handen zijnde bewijs (Westert, 2006). Ook wordt er binnen de beroepsgroep onderkend dat artsen zich met betrekking tot het aanspreken van een collega zich nogal eens terughoudend opstellen (KNMG, 2005).

De veranderingen zorgen er voor dat enerzijds de inhoud van professionaliteit verandert en dat anderzijds de zelfstandigheid in het waarborgen van de professionaliteit vermindert. Door de gehele westerse wereld is een trend waar te nemen waarbij medische expertise en klinische besluitvorming slechts als aspecten worden gezien van de kundigheid van de arts. Communicatievaardigheden, interpersoonlijke vaardigheden, collegialiteit, professionaliteit en het vermogen om continu te verbeteren worden steeds belangrijker gevonden bij het evalueren van het handelen artsen (Violato, et al. 2003). Daarnaast kan er een wereldwijde trend worden ontwaard, waarbij medische regulering zich steeds minder bevindt op het terrein van zelfregulering, maar steeds meer onderwerp is van externe verantwoording. Niet-deskundigen worden steeds meer betrokken bij de regulering van de dienstverlening en geschillen worden steeds meer onderwerp van meer onafhankelijke processen (Chief medical officer, ?).

Deze ontwikkelingen leiden er toe dat de autonome positie van de arts niet langer vanzelfsprekend is. De waarborging van medische professionaliteit en het bewaken van de kwaliteit van het medisch handelen is een expliciet aandachtspunt geworden in (het beleid van) de Nederlandse gezondheidszorg. Deze opdracht wordt enerzijds neergelegd bij de partijen aan de vraagzijde (overheid, zorgverzekeraars en burgers). Deze partijen worden geacht kritisch naar de geboden zorg te kijken en deze te toetsen aan allerlei criteria. Anderzijds erkennen wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen dat zij actief vorm moeten geven aan deze activiteiten om hun zelfstandigheid te bewaren. Activiteiten om de kwaliteit van de geboden zorg te waarborgen bestaan al langer binnen de verschillende beroepsgroepen, maar de noodzaak van deze activiteiten om in de huidige gezondheidszorg de 'waarde' van de medische professionaliteit en de daaraan gekoppelde autonomie te behouden neemt toe.

3 Kwaliteitssystemen binnen de beroepsgroep

Verenigingen binnen de medische professie ondernemen al langer kwaliteitsactiviteiten. Aanvankelijk lag bij kwaliteitsactiviteiten de nadruk op het vakmanschap van de medisch specialist, verkregen door een goede opleiding, het op peil houden door klinische ervaring en gerichte nascholing. Sinds de zeventiger jaren zijn daar andere kwaliteitsbevorderende en –bewakende activiteiten bijgekomen, zoals intercollegiale toetsing (1973); richtlijnontwikkeling (1982), visitatie van niet-opleidingspraktijken (1988) en herregistratie (1992). Veel van deze activiteiten komen voort uit door de beroepsgroep genomen initiatieven (Van Herk, et al. 1995 In: Bennema et al. 2000).

Beroepsbeoefenaren zetten om verschillende redenen kwaliteitssystemen op: vanwege strategische doelen, zorginhoudelijke doelen en patiëntgerichte doelen. Voorbeelden van deze doelen zijn:

- Strategische doelen: de professionalisering van de beroepsgroep of zichtbaar maken van de beroepsuitoefening voor derden;
- Zorginhoudelijk doel: meer wetenschappelijk onderbouwde beroepsuitoefening of meer uniforme beroepsuitoefening;
- Patiëntgerichte doel: kwaliteit gedefinieerd in termen van tevredenheid van patiënten (NIVEL, 1990-2000; 11).

De verschillende kwaliteitsactiviteiten die in de praktijk worden ondernomen zullen veelal niet eenduidig toe te schrijven zijn aan een van de bovenstaande doelen. Veelal is er sprake van een verzameling aan doelstellingen. Wel kan beredeneerd worden dat de strategische en patiëntgerichte doelen steeds belangrijker worden voor de beroepsverenigingen.

De kwaliteitssystemen worden op verschillende niveaus vormgegeven. Daarbij kan een continuüm van zelfregulering worden onderscheiden van individuele standaarden (self assesment) via local collective standards (local peer review) naar national professional standards (external review) (Irvine, 1997). De eerder geschetste ontwikkeling van de kwaliteitsactiviteiten laat zien dat de activiteiten op meer collectief niveau steeds prominenter worden. Daarbij kunnen twee categorieën van kwaliteitsactiviteiten worden onderscheiden: 1) normering van kwaliteit; 2) kwaliteit bewaken en bevorderen (NIVEL, 1990-2000; 11). Een voorbeeld van kwaliteitsnormerende activiteiten kan men denken aan protocollen en richtlijnen. Er komt bijna dagelijks wel kennis bij op het gebied van het toepassen van allerlei behandeltechnieken in de zorg. Echter al deze gegevens baten de patiënt niet als zijn of haar dokter de resultaten van de studies niet kent (of toepast). Daarom zijn in de negentiger jaren richtlijnen en professionele standaarden ontwikkeld door vakgenoten in consensusbijeenkomsten. Het CBO heeft veel bereikt wat betreft de ontwikkeling van richtlijnen voor het specialistisch handelen; inmiddels zijn er zo'n 100 richtlijnen ontwikkeld. De huisartsen hebben met het NHG zo'n 80 standaarden opgesteld voor het huisartsengeneeskundig handelen. (Westert, 2006).

Wat betreft de kwaliteitsbewakende activiteiten kan onderscheid worden gemaakt tussen:

- Intercollegiale toetsing waarbij collega's elkaar beoordelen.
- Visitatie waarbij er een beoordeling door externe plaatsvindt.
- Bij- en nascholing en
- herregistratiesystemen (Bennema et al. 2000; 12).

Bij kwaliteitsbewakende en -bevorderende instrumenten en bij beroepsbeoefenaren kan een onderscheid worden gemaakt tussen instrumenten op koepelniveau, gebruikt voor selectie en screening, waarborging van deskundigheid en instrumenten op individueel of praktijkniveau gebruikt voor verbetering en kwaliteitsmanagement. De eerste categorie heeft betrekking op systemen van registratie en herregistratie, tuchtrecht en accreditatie van bij- en nascholing. Bij de instrumenten op individueel niveau die betrekking hebben op verbetering of educatie kan men denken aan: Intercollegiale toetsing; bij- en nascholing; patiëntenraadpleging en klachtbehandeling; werkafspraken; kwaliteits- en verbeterprojecten; praktijk/maatschap visitatie. Bij instrumenten met betrekking tot besturing of bewaking moet men denken aan: informatiesystemen/signaleringsystemen, kwaliteitssystemen op basis van de ISO-systematiek (Sluijs et al., 1994).

De kwaliteitsactiviteiten die hierboven zijn geschetst hebben hun basis in zelfregulering. Het zijn de beroepsgroepen die deze activiteiten hebben opgestart om de kwaliteit van de zorg, geleverd door de bij hun aangesloten beroepsbeoefenaren te waarborgen en te verbeteren. Toch is op een gegeven moment een wettelijke verankering van deze zelfregulering noodzakelijk geacht. De wet BIG (1993) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) hebben de zelfregulering in de medisch wereld een wettelijke basis gegeven en geëxpliciteerd (Palmen, 2006). De kwaliteitswet zorginstellingen heeft betrekking op de kwaliteit van de zorgverlening die door de instelling als geheel wordt geleverd. Hierbij is het functioneren van de individuele zorgverlener dus ingebed in de situatie van de zorginstelling. De wet BIG daarentegen beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken.

Eén van de centrale elementen van de wet BIG is de (her)registratie van beroepsbeoefenaren. Per 1 januari 2005 is de herregistratie van medisch specialisten gebaseerd op drie zaken waarover verantwoording moet worden afgelegd: ten minste 16 uur per week patiëntenzorg, ten minste 40 uur per jaar bij- en nascholing en deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke vereniging (www.orde.artsennet.nl).

Onderdeel van het behouden en bevorderen van de kwaliteit van het medisch handelen is ook de berisping van artsen die niet goed functioneren. Wanneer een arts niet naar behoren functioneert dan wordt een melding bij de Raad van Bestuur of het stafbestuur neergelegd. Wanneer

er onvoldoende verbetering optreedt dan wordt er een afspraak gemaakt voor een disciplinerend gesprek in aanwezigheid van het VMS-bestuur. Doel hiervan is het opleggen van een maatregel waarvan de Raad van Bestuur en het stafbestuur gezamenlijk de inhoud bepalen. De Raad van Bestuur is hiertoe gemachtigd op grond van de kwaliteitswet zorginstellingen en het toelatingsovereenkomst. Het VMS-bestuur is hiertoe gemachtigd op grond van de statuten van de VMS (Palmen, 2006). Daarnaast is ook het tuchtrecht van toepassing (sinds 1997 geregeld in de wet BIG). Naast patiënten en familieleden kunnen ook collega beroepsbeoefenaren een klacht indienen bij het tuchtcollege (VWS, 1997).

Bij de bespreking van de kwaliteitsactiviteiten die als vorm van zelfregulering worden geïnitieerd door de beroepsgroep wordt echter benadrukt dat met name het bevorderen en behouden van de kwaliteit van zorg centraal staat en niet zozeer het opsporen en bestraffen van niet functionerende collega's. In het hiernavolgende zullen een aantal centrale kwaliteitsinstrumenten worden besproken, namelijk visitatie en functioneringsgesprekken. Deze beschrijvingen dienen om een inzicht te geven in de wijze waarop zelfregulering feitelijk vorm krijgt binnen de beroepsgroepen.

3.1 Kwaliteitsinstrumenten

Visitatie

Over de gehele wereld bestaan verschillende benaderingen om de kwaliteit van de zorgprofessional te waarborgen. In Engeland vindt er hervaldatie van artsen plaats, in Amerika staat patiëntveiligheid voorop, in Australië worden klinische indicatoren gebruikt en in Nederland wordt visitatie als instrument gebruikt (Lombarts & Van Wijmen, 2003). De professie als geheel, en de wetenschappelijke verenigingen in het bijzonder, is verantwoordelijk voor het toezicht op het professioneel handelen van beroepsgenoten en het bieden van ondersteuning bij de continue professionele ontwikkeling van collega's. De afgelopen tien jaar hebben de wetenschappelijke verenigingen aan deze verantwoordelijkheden onder meer invulling gegeven door kwaliteitsvisitaties te ontwikkelen (Lombarts et al., 2004). Visitatie is een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces binnen een zorgpraktijk. Daartoe gaan een aantal beroepsgenoten bij elkaar op 'visite' om te zien hoe de zorgverlening in de betreffende praktijk is georganiseerd. Een visitatie bestaat uit een rondleiding en enkele gesprekken. Deze gesprekken vinden in vertrouwelijke sfeer plaats. De gesprekspartners zijn personen die nauw betrokken met de gevisiteerden samenwerken. Ter afsluiting geven de visiteurs hun feedback en doen zij suggesties ter verbetering. De visitatiecommissie beoordeelt vooral de wijze waarop en de omstandigheden waaronder de zorg door de beroepsgenoten wordt geleverd. De visiteurs beoordelen niet hoe hun collega's functioneren (www.cbo.nl, 1-8-2006).

Visitatie kent een aantal specifieke kenmerken, waarmee het zich van andere auditvormen onderscheidt:

- Een visitatie wordt altijd voor en door beroepsgenoten uitgevoerd.
- Het gaat om een educatieve activiteit, waarbij geldt 'every defect is a treasure'.
- De nadruk ligt op feedback van de organisatie van het zorgverleningsproces.
- Visitatie vindt meestal plaats op basis van vrijwilligheid. Doch steeds meer verenigingen hanteren het als een voorwaarde voor herregistratie.
- Tijdens een visitatie wordt de geboden zorg meestal aan bepaalde normen getoetst. Soms stelt men deze normen pas achteraf op.
- Het betreft een gestructureerde activiteit: documenten en regels bieden houvast.
- Visitatie is geen eenmalige maar een cyclische activiteit.
- Het visitatierapport is vertrouwelijk (www.cbo.nl 1-8-2006).

Sinds 1 januari 2006 is deelname aan de kwaliteitsvisitatie een kwalitatieve eis voor de individuele herregistratie (Lombarts, 2006).

Visitatie is een model dat door en voor medisch specialisten is ontworpen. Lombarts (2003) geeft zelfs aan dat het cruciaal voor visitatie is dat het eigenaarschap bij de medisch specialisten ligt. De gevisiteerde praktijk is er zelf voor verantwoordelijk wat er met de aanbevelingen gebeurt. Met een visitatie op zich verbetert de kwaliteit van de zorgverlening niet. Visitatie stelt als het ware een diagnose. Het 'beter maken' zal de gevisiteerde praktijk zelf op zich moeten nemen. Het bestuur van de beroepsvereniging kan echter ondersteuning bieden, indien men bepaalde knelpunten bij meerdere praktijken heeft gesignaleerd. Op de website van het CBO wordt aangegeven dat het visitatierapport gewoonlijk alleen voor de gevisiteerden en het bestuur van de wetenschappelijke vereniging bestemd is, maar dat in de praktijk ook de directie van het ziekenhuis en/of het stafbestuur vaak ook een exemplaar krijgt. Daarmee probeert de gevisiteerde maatschap/afdeling zich van hun steun bij de implementatie van de aanbevelingen te verzekeren.

In 2002 is afgesproken het visitatiemodel aan te passen door het meer te richten op de evaluatie van de zorg en het professioneel functioneren (Lombarts, 2004). De nieuwe domeinen zijn: Evaluatie van zorg; Het maatschapsfunctioneren, professionele ontwikkeling en het patiëntenperspectief (Lombarts, 2004). Daarbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De visitatie blijft maatschapgericht.
- Toetsing van individueel functioneren is niet opportuun (geen goede instrumenten beschikbaar; draagvlak).
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het handelen van individuele maatschapsleden wordt benadrukt.
- Evaluatie van het maatschapsfunctioneren (presentatie Lombarts et al.).

In een gesprek licht Lombarts toe dat de visitaties teveel gericht waren op het systeemniveau. Evaluaties op dit niveau zijn nu, na tien jaar, geaccepteerd en er ontstaat steeds meer behoefte aan evaluaties van het dagelijks werk. Er was daarbij ook discussie over de vraag of de visitaties door collega's uitgevoerd moesten blijven of ook door andere beroepsgroepen. Uiteindelijk is er voor gekozen om de visitaties wel binnen de eigen beroepsgroep te laten. Een visitatie beperkt zich tot uitspraken over de organisatie van de zorgverlening. Deze toetsing heeft zelden verstreckende gevolgen. Wanneer een visitatiecommissie alarmerende zaken constateert dan zijn er verschillende opties:

- De praktijk/afdeling na één of twee jaar herbezoeken.
- De gevisiteerde praktijk verplichten over de effectivering van de aanbevelingen terug te laten rapporteren.

Functioneringsgesprekken

Eén van de kenmerken van de visitatie is dat deze niet naar het individueel functioneren van de beroepsbeoefenaar kijkt. Een instrument dat dit expliciet wel doet, is het functioneringsgesprek. Sinds 2001 zijn in Engeland functioneringsgesprekken voor medisch specialisten verplicht. Ook in Nederland vinden er op dit terrein steeds meer initiatieven plaats. Zo is men in Sittard met functioneringsgesprekken gestart en ook de KNMG staat achter dit initiatief. In het functioneringsgesprek heeft de arts een gesprek met zijn beoordelaar. Daarin lopen ze eerst samen een aantal punten langs aan de hand van een formulier dat de specialist heeft ingevuld. Onderwerpen die daarbij aan de orde komen zijn: dagelijks werk; werkdruk; congresbezoek; complicaties; MIP-meldingen; omgang met collega's; het toepassen van de WGBO; een klacht die weer werd ingetrokken; ambities voor de toekomst; wetenschappelijke artikelen; het onderhoud aan protocollen; de thuissituatie. Vervolgens geeft de specialist zelf een oordeel over zijn eigen functioneren. Daarna geeft de beoordelaar een samenvatting van wat anderen (maatschapsleden, aio's, verpleegkundigen en managers) goed vinden gaan. Deze informatie heeft de beoordelaar vooraf aan de hand van telefoongesprekken bevestigd.

Vervolgens geeft de specialist aan waar hij zelf verbeterpunten ziet. Vervolgens geeft de beoordelaar aan waar zijn collega's de verbeterpunten zagen (Visser, 2005). De functioneringsgesprekken kunnen niet door de Raad van Bestuur worden opgelegd, omdat de meerderheid van de specialisten niet in dienst is van het ziekenhuis (Gibbels, 2005). Lombarts et al. (2006) geven aan dat een systeem van persoonlijke evaluatie ook alleen kan werken als de specialisten het zelf moeten ontwikkelen en het ook steunen. Daarnaast moet er sprake zijn van een veilige setting, wat onder andere betekent dat de resultaten vertrouwelijk zijn.

3.2 Conclusie

Beroepsgroepen in de (Nederlandse) gezondheidszorg geven in belangrijke mate zelf vorm aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Hiermee geven ze ook invulling aan het zelfregulerend vermogen. Dit doen de beroepsgroepen enerzijds vanuit strategisch oogpunt om zo hun (autonome) status te legitimeren, maar anderzijds ook vanuit zorginhoudelijk en patiëntgericht perspectief om het zorgaanbod te verbeteren. De ondernomen kwaliteitsactiviteiten zijn zowel gericht op de individuele beroepsbeoefenaren als op het collectieve niveau van de beroepsgroep. De activiteiten hebben betrekking op het normeren, bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de geleverde zorg.

De meeste kwaliteitsactiviteiten zijn vormen van zelfregulering maar de wet BIG en de kwaliteitwet zorginstellingen vormen daarbij de wettelijke kaders. Wanneer wordt ingezoomd op de visitatie en het beoordelingsgesprek als instrumenten van kwaliteitsbevordering en –bewaking komt het sterke zelfregulerende karakter duidelijk naar voren. Het wordt zelfs als noodzakelijke voorwaarde voor het functioneren van de instrumenten gezien dat de regie bij de beroepsgroep ligt. Daarnaast wordt ook de vertrouwelijkheid van de processen als belangrijk aspect gezien. Dit betekent onder andere dat de resultaten niet openbaar zijn.

Tot slot leiden beide instrumenten tot aanbevelingen voor verbetering, maar is er nog sprake van een grote mate van vrijblijvendheid in de wijze waarop en de mate waarin professionals deze aanbevelingen over nemen. In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op de knelpunten rondom de zelfregulerende kwaliteitssystemen.

4 Het functioneren van zelfregulering

4.1 Punten ter verbetering

Sluijs et al (1994) onderscheiden de volgende bevorderende elementen bij het invoeren van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren:

- Omdat professionals vaak vanuit beroepsinhoudelijke interesse aan kwaliteit werken spreken systemen met het accent op de inhoud van het beroep meer aan;
- Doordat de medewerking op vrijwilligheid is gebaseerd ontstaat een positieve selectie van gemotiveerde deelnemers;
- Externe ondersteuning en externe aandacht en waardering, bijvoorbeeld van de koepelorganisatie, werken stimulerend.

Daarnaast onderscheiden ze echter ook belemmerende factoren:

- De hoge werkdruk. Kwaliteitszorg is nog niet ingebouwd in de routines en komt er bovenop;
- De relatief grote inspanning (o.a. tijdsinvestering) die men moet leveren vergeleken met de effecten die daar tegenover staan;
- Het ontbreken van een duidelijk doel en een overkoepelend referentiekader bij de beroepsbeoefenaren bemoeilijkt de invoering van deelsystemen. Kwaliteitszorg lijkt daardoor een ad-hoc en fragmentarisch karakter te hebben (Sluijs et al., 1994).

Daarbij komt dat de kwaliteitsgelden zijn gestopt wat betekent dat er geen geld meer beschikbaar is om visitaties uit te voeren. Dit maakt het moeilijk om het instrument in de lucht te houden of in ieder geval verder te ontwikkelen (Lombarts).

Een ander discussiepunt wat naar voren kan worden gebracht is de relatie tussen kwaliteitsbevorderende activiteiten en het disfunctioneren van de individuele arts. Bij de bespreking van de bovenstaande kwaliteitsinstrumenten wordt vaak benadrukt dat de instrumenten niet bedoeld zijn om disfunctionerende collega's aan te pakken. Kooij (in Carbo, 2003) verwoordt het als volgt: 'de eisen die we nu stellen aan deskundigheidsbevordering worden breed gedragen door de beroepsgroep en dat is belangrijk. De bedoeling ervan is, niet om het klein aantal disfunctionerende collega's op te sporen, dat is slechts een bijproduct, maar om de kwaliteit van het huisarts-geneeskundig handelen in den brede te bevorderen (Kooij In: Carbo, 2003). Daarnaast blijken er ook weinig harde gegevens beschikbaar te zijn over het feitelijke aantal disfunctionerende artsen. Harry van Hulsteijn, voorzitter van de Raad voor Wetenschap, opleiding en kwaliteit van de orde van medisch specialisten geeft daarover aan: '[...] waarbij ik wil benadrukken dat het aantal disfunctionerende medisch specialisten mijns inziens beperkt is. Wanneer de 'gouden standaard' is vastgesteld, kunnen we aangeven hoe groot het aantal medisch specialisten is dat onder de maat functioneert. Daar hebben we nu geen objectieve criteria voor.' (Van Hulsteijn In: artsennet.nl)

De KNMG (2005) geeft aan voor collegiale terughoudendheid met betrekking tot het signaleren en bespreekbaar maken van disfunctioneren is geen plaats. Enerzijds moet het pleidooi om artsen te laten deelnemen aan reguliere evaluatiegesprekken los worden gezien van de problematiek van disfunctioneren, anderzijds bestaan daartussen relaties: hetzij omdat door een periodieke bespreking van het functioneren disfunctioneren wordt voorkomen, hetzij omdat in die bespreking aanwijzingen voor disfunctioneren aan het licht kunnen komen, artsen die disfunctioneren behoren medewerking te geven aan een verbetertraject. Situaties waarin er sprake is van (serieuze aanwijzingen voor) disfunctioneren dienen door middel van een zorgvuldige procedure te worden behandeld. (KNMG, 2005)

Lombarts en Van Wijmen (2003) geven aan dat op basis van de resultaten van een visitatie een ziekenhuis/maatschap kan worden gedwongen om bepaalde maatregelen te nemen, om protocollen te ontwikkelen, om onderwijsactiviteiten voor artsen te organiseren en/of om professionele ondersteuning te organiseren. De individuele arts kan echter pas worden 'gestraft' als de resultaten van de visitatie onomstotelijk kunnen worden toegeschreven aan de individuele arts. In een gesprek geeft Lombarts aan dat de wetenschappelijke vereniging in een situatie van een 'rotte appel' als ultieme stap de persoon in kwestie kan royeren. Dit moet als maatregel echter niet worden onderschat. 'peer pressure' is een belangrijk instrument. Het lidmaatschap van de wetenschappelijke vereniging is belangrijk voor een individuele beroepsbeoefenaar. Daarnaast is het zo dat beroepsbeoefenaren problemen krijgen met hun herregistratie wanneer er geen visitaties meer bij hun worden uitgevoerd.

Een volgend discussiepunt is de vrijblijvendheid en vertrouwelijkheid van (de resultaten van de) kwaliteitsinstrumenten. Bij de verschillende methodieken om de kwaliteit van de geleverde zorg door individuele artsen te beoordelen, wordt benadrukt dat de resultaten van deze evaluaties vertrouwelijk zijn. Ook wordt aangegeven dat de uitkomsten van de evaluatie niet bepalend moeten zijn of een arts een herregistratie krijgt of niet. Alleen de participatie telt (Lombarts et al. 2006). Ook over visitatie wordt aangegeven dat dat een vorm van interne kwaliteitsbevordering is en dat vormt een argument om de gegevens niet openbaar te maken. De gegevens zijn in principe vertrouwelijk, maar er is steeds meer vraag naar het openbaar maken van de uitkomsten en recente ontwikkelingen stellen de vertrouwelijke status ter discussie (Lombarts & Van wijmen, 2003). Enerzijds kan worden beredeneerd dat het openbaar maken van de gegevens er toe leidt dat de kwaliteit wordt verbeterd en dat patiënten beter geïnformeerde keuzes kunnen maken. Aan de andere kant kan echter worden beredeneerd dat het openbaar maken van de gegevens er toe kan leiden dat artsen fouten gaan maskeren (Lombarts & Van Wijmen, 2003). Lombarts geeft in een gesprek aan dat er op lokaal niveau over het algemeen wel afspraken worden gemaakt over de inzage van de visita-

tierapporten. Zo wordt er bijvoorbeeld in het toelatingsovereenkomst aangegeven dat de Raad van Bestuur inzicht moet hebben in de resultaten. De vertrouwelijkheid wordt dus al verminderd in de praktijk. Bij de implementatie van kwaliteitssystemen is men in eerste instantie huiverig, maar later wordt men daar wel meer open in.

4.2 Aanbevelingen

Om de zelfregulering van de beroepsgroep te waarborgen moeten patiënten het gevoel hebben dat ze hun arts kunnen vertrouwen en de samenleving moet het gevoel hebben dat ze de collectieve medische professie kan vertrouwen. Om dit te waarborgen zegt Irive (1997) het volgende We must become more transparently accountable for our performance and show, in ways that the public can understand and relate to, that self regulation really works.

[..] We are beginning to see professional self regulation as a dynamic continuum starting with the individual doctor and extending through the clinical team and local peer networks to the professional standards bodies.'

Kirk en Blank (2005) verwijzen op hun beurt naar William Sullivan van The Carnegie Foundation for the advancement of teaching, die aangeeft dat de toenemende vraag naar verantwoording ook kan leiden tot een versterking van de positie van de arts. Om hun professionaliteit te versterken moeten artsen dan wel een leidende rol innemen in het introduceren van hoge standaarden waarbij het publiek gevraagd wordt om te reageren en betrokken te zijn bij de totstandkoming.

Om zelfregulering te verbeteren stelt Johnson (1998) in algemene zin de volgende maatregelen voor:

Benchmarking. Door het beschikbaar stellen van uitkomstgegevens van individuele behandelingen worden artsen in staat gesteld om hun eigen resultaten te vergelijken met de resultaten van collega's.

Peer review. Door artsen te beoordelen in de context van de medische dienstverlening door de instelling/afdeling kan de professionele rol van de arts worden vergroot en de patiënt worden beschermd. Het werk van artsen kan moeilijk beoordeeld wordt door managers of specialisten van een andere discipline. Daarom moet de beoordeling de vorm krijgen van een peer review. Mede door de toenemende subspecialisatie is het het beste als de peer review door een onafhankelijke, externe beoordelaar plaatsvindt. Aanpakken van gedragsproblemen. Omdat artsen niet in een leidinggevende relatie met hun collega's functioneren, is het moeilijk om maatregelen te nemen ten aanzien van hun collega's. Artsen met een managementtaak hebben echter een verantwoordelijkheid ten aanzien van gedragsproblemen. Er moeten daarom methoden worden gecreëerd en trainingen worden gegeven waarmee medische managers om kunnen gaan met deze problemen (Johnson, 1998).

Irvine (1997) op zijn beurt onderscheidt de volgende elementen:

- Purpose and values: well defined values, functions, responsibilities and strategic direction;
- Performance: evidence of competent management, good leadership, operational criteria and standards, good systems and data, effective performance monitoring and feedback;
- Consistency: evidence of thoroughness, fairness, and a systematic approach;
- Effectiveness or efficiency: evaluation of the impact of procedures; evidence that the organisation is efficient and achieves good value for money;
- Accountability: responsibilities and lines of accountability well defined and understood; wherever possible the process of regulation made visible and results published; evidence of external audit;
- Overall acceptability: evidence that the overall performance and results of self regulation inspire the trust and confidence of the public, the medical profession, and doctors' employers.'(Irvine, 1997).

Beroepsgroepen beseffen ook wel dat ze zelf actief met kwaliteit aan de gang moeten gaan, omdat ze anders vanuit andere partijen, zoals de inspectie, indicatoren opgelegd zullen gaan krijgen. Er is ook steeds meer een collectief verantwoordelijkheidsgevoel ontstaan bij de wetenschappelijke verenigingen dat kwaliteit moet worden ontwikkeld. De beroepsgroepen moeten steeds meer laten zien dat ze het vertrouwen waard zijn (Lombarts).

Meer specifiek wordt voor het verbeteren van de implementatie van de aanbevelingen die voortkomen uit een visitatie onder andere voorgesteld om kwaliteitsconsultatie (Quality Consultation, QC) toe te passen. Dit omvat het volgende:

- QC start met praktische en specifieke aanbevelingen ter verbetering zoals geformuleerd door de 'peers'.
- Om de implementatie van de aanbevelingen te ondersteunen krijgen de medisch specialisten management consulting.
- Alle aanbevelingen komen in aanmerking. De specialisten besluiten samen met de consultant welke aanbevelingen geïmplementeerd worden.
- Er is sprake van een QC-toolkit met allerlei instrumenten. De keuze voor de inzet van een bepaald instrument hangt af van de te implementeren aanbeveling.
- Participatie aan het QC-project is vrijwillig en kosteloos. De wetenschappelijke vereniging stimuleert hun leden om deel te nemen.
- De resultaten van QC zijn vertrouwelijk. (Lombarts, 2003)

Lombarts en Van Wijmen geven echter ook aan dat de juridische consequenties van visitatie verder onderzocht moeten worden (2003). Daarbij beargumenteren zij dat de specialistische beroepsgroepen de ruimte moeten krijgen om het visitatiesysteem verder te ontwikkelen.

Daarnaast geeft Lombarts ook aan dat het ziekenhuis faciliterend kan

optreden richting een maatschap. Een maatschap is immers een van de belangrijkste aspecten van een ziekenhuisorganisatie. Het ziekenhuis is dus gebaat bij een (kwalitatief) goed functionerende maatschap (Lombarts).

Wat betreft het disfunctioneren van de individuele arts geeft de KNMG (2005) aan dat collega's van een arts die onverantwoorde zorg biedt en daardoor (mogelijke) risico's of schade voor patiënten veroorzaakt, een verantwoordelijkheid hebben om daar op te reageren. Een huisartsengroep, maatschap, vakgroep of samenwerkingsverband heeft een collectieve verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van elk individueel lid. Aanwijzingen dat er sprake is van disfunctioneren (of van ontwikkelingen die daar toe kunnen leiden) vragen zoals gezegd om actie. De manier waarop is afhankelijk van de omstandigheden. Naast de verantwoordelijkheid van elke arts om zo nodig aan de bel te trekken, moet zijn voorzien in een procedure die erop gericht is mogelijke situaties van disfunctioneren te beoordelen, op een wijze die de belangen van alle betrokkenen respecteert. In die procedure kan blijken dat er een serieus probleem is dat aandacht verdient, maar ook dat bij nader inzien van disfunctioneren geen sprake is. Het gaat niet om de uitkomst, maar om een zorgvuldige weging en beoordeling van de op tafel gelegde feiten en omstandigheden.

Een (niet tijdig opgeloste) situatie van disfunctioneren kan leiden tot de betrokkenheid van externe partijen, zoals de zorgverzekeraar, de Inspectie of het tuchtcollege. Deze partijen kunnen op de situatie worden geattendeerd, door personen uit de collegiale omgeving van de arts, maar ook door anderen (zoals de patiënt of zijn familie en patiëntenorganisaties). Het inschakelen van externe partijen door de collegiale omgeving van de arts, is aan de orde in gevallen waarin evident van disfunctioneren sprake is en de eigen mogelijkheden niet tot verbetering hebben geleid. In dat geval kan bijvoorbeeld een melding aan de inspectie worden overwogen.

Wat betreft de relatie tussen visitatie en individueel (dis)functioneren geeft de KNMG aan dat het niet voor de hand ligt dat de visitatiecommissie aanbevelingen doet die direct betrekking hebben op de (rechts)positie van individuele artsen. De commissie kan in het visitatierapport wel ingaan op de wijze waarop de gevisiteerde groep met de tekortkomingen van individuele leden omgaat c.q. behoort om te gaan (KNMG, 2005).

De orde van medisch specialisten wil een 'gouden standaard' opstellen voor het op termijn individueel beoordelen van het professioneel functioneren en het certificeren van maatschappen/vakgroepen. 'De 'gouden standaard' is een steun in de rug voor de goed functionerende medisch specialist. Die kan zo bepalen of hij aan de gestelde voorwaarden voldoet en zwakke punten zo nodig kan bijspijkeren. Het verdient de voorkeur prioriteit te geven aan het voorkomen van minder goed functioneren. Als preventieve acties (een verbetertraject met herkansing, onder strikte

criteria als tijdslimiet en herbeoordeling) geen effect hebben, moet uiteindelijk wel worden overgegaan tot sancties (www.artsennet.nl)

Wat betreft de openheid van gegevens, benadrukt Lombarts (2003) bij de bespreking van QC wederom de vertrouwelijkheid van het proces als noodzakelijke slagingsfactor. Toch wordt er ook gepleit voor meer transparantie. Enerzijds richting collega's in de vorm van benchmarking en peer review, maar ook in de vorm van publieke verantwoording. Door het instellen van duidelijke en stringente publieke verantwoording van de resultaten van het gezondheidszorgsysteem wordt goede dienstverlening gestimuleerd en verzekerd en worden patiënten beschermd tegen slechte zorgpraktijken (Chief medical officer).

Tot slot wordt er ook gesproken over regulering. Enerzijds in de vorm van standaarden en protocollen en anderzijds in de vorm van wet- en regelgeving

4.3 Conclusie

De bespreking van de knelpunten rondom de kwaliteitssystemen die de beroepsgroepen ondernemen komen een aantal zaken naar voren. Allereerst het inpassen van de activiteiten in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. Het wordt veelal erg tijdsintensief bevonden. Daarnaast is het zo dat financiële middelen zijn weggevallen wat het moeilijker maakt om de activiteiten op peil te houden.

Daarnaast kan de gebrekkige relatie tussen de kwaliteitsactiviteiten en het disfunctioneren van individuele artsen als een discussiepunt naar voren worden geschoven. De beroepsgroepen lijken niet geneigd om de 'rotte' appels formeel aan te pakken en concentreren zich met de kwaliteitsactiviteiten met name op het verbeteren van het gemiddelde kwaliteitsniveau. Daarbij moet echter niet het effect van meer 'informele' maatregelen worden onderschat. De erkenning en lidmaatschap van de wetenschappelijke vereniging wordt zeer belangrijk geacht voor individuele beroepsbeoefenaren, het bepaald ook in belangrijke mate het aanzien bij de collega's.

Een ander discussiepunt is de vertrouwelijkheid en vrijblijvendheid van de kwaliteitsactiviteiten. Deze aspecten worden als noodzakelijk verondersteld om de beroepsbeoefenaren te betrekken bij kwaliteitsactiviteiten. Tegelijkertijd neemt echter de vraag naar transparantie en meer publieke verantwoording toe. Op lokaal niveau worden er wel afspraken gemaakt ten aanzien van het inzicht in de resultaten van visitaties, maar bij de ontwikkeling van de beoordelingsgesprekken wordt vertrouwen wederom weer naar voren geschoven. Dit kan enerzijds een tijdelijke maatregel zijn om de acceptatie van het kwaliteitsinstrument te vergroten, maar daarbij moet dan wel duidelijk worden hoe zich dat op langere termijn gaat ontwikkelen.

In de literatuur worden een aantal maatregelen aangereikt die het functioneren van de kwaliteitssystemen zou kunnen verbeteren. Zo wordt er gesproken over het meer onderling uitwisselen van informatie. Dit betekent dat men met name binnen de beroepsgroep meer gegevens met elkaar moet delen om zo meer inzicht te krijgen in elkaars functioneren. Daarnaast wordt er voor gepleit om duidelijkere normen te formuleren, ofwel een gouden standaard in te stellen. Hierdoor wordt duidelijker waartegen de zorgpraktijk tegen af wordt gezet en waar je als individuele zorgprofessional naar moet streven.

Tevens wordt er gesproken over meer externe verantwoording van de effectiviteiten van de toegepaste instrumenten. Hiermee wordt met name gesproken in evaluatie achteraf, waarbij wordt aangetoond welke verbeteringen zijn gerealiseerd. Daarbij moet ook meer aandacht worden geschonken aan de acceptatie door andere partijen van de gehanteerde systematiek. Beroepsgroepen ervaren de druk om zelf deze gouden standaarden te formuleren om zo te voorkomen dat andere partijen hun indicatoren gaan opleggen.

Tot slot wordt er ook gesproken over een meer systematische implementatie van de aanbevelingen die voortkomen uit de kwaliteitsinstrumenten, waarbij eventueel ook coaching kan worden ingezet. Uiteindelijk worden vertrouwelijkheid en vrijwilligheid nog steeds naar voren gebracht als noodzakelijke kenmerken om het draagvlak onder de beroepsbeoefenaren te behouden. Wanneer dit echter binnen de bovenstaande kaders wordt geplaatst zal dat waarschijnlijk wel leiden tot een meer systematische en effectieve uitvoering van de kwaliteitsactiviteiten.

5 Conclusie

In het voorgaande is inzicht gegeven in de wijze waarop zelfregulering op het gebied van kwaliteitsnormering, -verbetering en –bewaking vorm krijgt in Nederland. Daarbij is duidelijk geworden dat er wel degelijk veel wordt ondernomen, maar dat daar ook wel discussiepunten bij geformuleerd kunnen worden. Met name de aanpak van disfunctioneren beroepsgenoten en de vertrouwelijkheid en vrijblijvendheid van de kwaliteitssystemen komen daarbij sterk naar voren. In de bespreking van de wijze waarop kwaliteitssystemen kunnen worden verbeterd, worden deze systemen met name in een breder kader van de gezondheidszorg geplaatst, waarbij het vertrouwen van andere partijen in de ondernomen activiteiten van de beroepsgroepen als belangrijke toetssteen naar voren wordt gebracht. Beroepsgroepen zijn zich daar ook terdege van bewust en ervaren de externe druk om zelf de kwaliteit beter te organiseren. Wanneer dit in het bredere kader van het advies wordt geplaatst, dan kan worden waargenomen dat beroepsgroepen zelf actief bezig zijn met het vormgeven en aanpassen van hun professionaliteit naar de huidige maatstaven van de gezondheidszorg. Er wordt een meer collectieve verantwoordelijkheid gevoeld om de kwaliteit van de geleverde zorg te waarborgen. Daarbij is echter ook acceptatie en facilitatie van andere partijen in de zorg noodzakelijk.

Literatuur

Bennema-Broos M., E.M. Sluijs en C. Wagner. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector. 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.

Carbo, C. Nascholing bewust kiezen. Medisch Contact, 58,. no. 44.

Chief medical officer. Good doctors, safer patients. Engeland: Department of health.

Cuoerus-Bosma, J.M., et al. Views of physicians, disciplinary board members and practicing lawyers on the new statutory disciplinary system for health care in the Netherlands. In: Health policy, 2006, no. 77, p. 202-211.

Gibbels, M. 2005. Gesprek van dokter tot dokter. Medisch Contact, 35, 2005, no. 9, p. 26-28.

Irvine, D. The performance of doctors: Professionalism and self-regulation in a changing world. BMJ, 1997; 314, p. 1540.

Johnson, J.N. Editorial. Making self-regulation credible. BMJ 1998, 316, p. 1847-1848.

Kirk, L.M. en L.L. Blank. 2005. professional behaviour- a learner's Permit. In: N. Engl. J. Med, 353, p. 25.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Kwaliteitsmanifest. Utrecht: KNMG, 2003

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Standpunt KNMG. Het functioneren van de individuele arts. 2005.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie wet BIG.

Lombarts, M.J.M.H. Visitatie of medical specialists: studies on its nature, scope and impact. Proefschrift, 2003.

Lombarts M.J.M.H., A.H.M. van der Heijden en W.C.J. van Veldhuizen. Professionele kwaliteit en het nieuwe visitatiemodel. Presentatie.

Lombarts, M.J.M.H. en F.C.B. Lombarts. External peer review by medical specialists (visitatie) in a legal perspective. In: European journal of health law, 2003, no.10, p. 43-51.

Lombarts, M.J.M.H., et al. Meten bij de maten. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 35.

Lombarts, K., et al. 2006. De betere dokter. *Medisch Contact*, 61, 2006, no. 16, p. 656-659.

Maassen, H. Diagnose beroepszeer. In: *Medisch Contact*, 61, 2006, no. 11.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tuchtrecht in de gezondheidszorg. Rijswijk: VWS, 1997.

Palmen, F. De disfunctionerende specialist. In: *Medisch specialistische zorg*, 2006.

Sluijs E.M., D.H. de Bakker en J. Dronkers. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht: NIVEL, 1994.

Van de Poel, P. Wat bezielt de dokter? In: *Zorgvisie*, 2006.

Violato C., J. Lockyer en H. Fidler. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. In: *BMJ*, 326, 2003, p. 546-548.

Visser, J. 2005. Iedereen kan beter functioneren. *Medisch Contact*, 50, 2005, no. 35, p. 1380-1383.

Westert, G.P. Variatie in prestatie. Oratie. Universiteit Tilburg, 2006.

Professionaliteit door de ogen van de professional

Mw. dr. W.G.M. van der Kraan
RVZ

1 Inleiding

De opvattingen over het medische beroep bepalen uiteindelijk de betekenis van het begrip medische professionaliteit. Deze opvattingen veranderen onder invloed van medisch technologische ontwikkelingen, normen en waarden met betrekking tot de gezondheidszorg en maatschappelijke ontwikkelingen zoals emancipatie en een toenemende culturele diversiteit. In toenemende mate staan de aard en de inhoud van medische professionaliteit ter discussie. Veel partijen voelen zich geroepen en gerechtigd hierover uitspraken te doen. De leden van de medische beroepsgroep hebben echter ook zelf een mening over de wijze waarop zij hun beroep dienen uit te oefenen en wat bepalend is voor hun professionaliteit.

In 2005 heeft het Royal College of Physicians of London onder artsen en artsen in opleiding een onderzoek uitgezet om de aard en rol van medische professionaliteit in de moderne samenleving vast te stellen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in samenwerking met de KNMG de vragenlijst die voor dit onderzoek gebruikt is, vertaald naar de Nederlandse situatie en uitgezet onder een panel van artsen. In deze achtergrondstudie zal uitgebreid verslag worden gedaan van de uitkomsten van deze enquête. Daarbij zullen de uitkomsten ook worden vergeleken met de resultaten van het Engelse onderzoek

2 Opzet van het onderzoek

De vragenlijst die is gebruikt in het Engelse onderzoek, is vertaald in het Nederlands. Daarbij zijn sommige termen aangepast aan de context van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook zijn er een aantal vragen toegevoegd. Zo is de respondenten gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met de nieuwe beschrijving van medische professionaliteit, zoals die door the Royal College of Physicians is afgeleid uit de resultaten van het onderzoek (zie bijlage).

De vragenlijst is in samenwerking tussen de RVZ en de KNMG tot stand gekomen. Beide organisaties hebben een extern bureau ingehuurd, dat de vragenlijst heeft uitgezet bij een panel van artsen, dat zich vooraf bereid had verklaard om mee te doen aan het onderzoek. Dit bureau heeft de vragenlijst allereerst beoordeeld en vervolgens als pilot uitgezet bij een beperkt aantal respondenten. Vervolgens is de vragenlijst per email uitgezet onder het hele panel. De respondenten hebben twee maal een herinnering gekregen. Het externe bureau heeft de antwoorden van de respondenten ingevoerd in een SPSS-bestand en dat vervolgens beschikbaar gesteld aan de RVZ en de KNMG. De beide organisaties hebben zelfstandig de data geanalyseerd en daaruit hun eigen conclusies getrokken.

In totaal hebben 1250 mensen gereageerd (een respons van 61%). Van hen bleken 45 niet meer actief werkzaam te zijn als medicus. Omdat de vragenlijst was bedoeld voor praktiserend artsen, zijn de meeste vragen door 1205 respondenten beantwoord. Hieronder volgt nadere informatie over degenen die de vragen hebben beantwoord.

Verdeling naar beroep	
Medisch specialist	33,1%
Huisarts	22,2%
Sociaal geneeskundige	17%
In opleiding	13,6%

Verdeling man – vrouw	
Man	59,36%
Vrouw	40,64%

Leeftijdopbouw	
Jonger dan 30 jaar	7,6%
30-45 jaar	44%
46-60 jaar	40,2%
Ouder dan 60 jaar	8,2%

Plaats van werkzaamheid	
Algemeen ziekenhuis	21%
Academisch ziekenhuis	15,9%
Elders	33,3%

De Engelse enquête is uitgezet onder opleidingsartsen en studenten geneeskunde. Het Engelse onderzoek heeft een minder hoge respons (11,3%) opgeleverd. De gemiddelde leeftijd lag lager (30% tussen de 24 en 29 jaar, 34% tussen de 30 en 34 jaar en 15% tussen de 35 en 39 jaar) en het aantal mannen en vrouwen liep minder uiteen. (49% resp. 47%).

3 Kenmerken van medische professionaliteit

Typering van geneeskunde

Aan de hand van een aantal uitspraken is gekeken hoe medici geneeskunde kenschetsen.

Geneeskunde wordt vooral gezien als een professie (97,8% is het met deze uitspraak eens) en minder als roeping. Toch is nog 57,4% het deels wel en deels niet eens met de uitspraak dat geneeskunde een roeping is. 23% van de respondenten is het eens met de uitspraak dat geneeskunde een professie is, maar is het niet eens met de uitspraak dat geneeskunde een roeping is. 56,4% vindt geneeskunde een professie en is het gedeeltelijk eens met de uitspraak dat geneeskunde een roeping is. Slechts 1 van de respondenten vindt geneeskunde een roeping, maar geen professie.

Vergeleken met Nederland wordt geneeskunde in Engeland meer als roeping gezien. Daar is 78% het eens met deze uitspraak. In Engeland wordt geneeskunde wel meer als een wetenschap gezien, dan in Nederland (92% versus 71,5%).

Opmerkelijk is dat sommige vragen door minder respondenten worden beantwoord. Zo hebben maar 1197 respondenten gereageerd op de uitspraak dat de medische beroepsuitoefening altruïsme vereist. 34,4% is het eens met deze uitspraak en 52,2% is het deels wel en deels niet eens met deze uitspraak. Ook in Engeland heeft deze vraag een verhoogde non-respons. Hier is 69% het eens met deze uitspraak. In beide landen is de respons weer hoger bij de vraag of de medische beroepsuitoefening dienstbaarheid vereist. 84% is het in Engeland met deze uitspraak eens tegen 61,8% in Nederland.

Centrale aspecten

Naast de uitspraken over wat geneeskunde is, is gevraagd naar de centrale aspecten van medische professionaliteit.

Centrale aspecten van professionaliteit	
Integriteit	98,1%
Verantwoording afleggen aan de patiënt	82,9%
Medisch ethische standaarden	82,5%
Aansturing van opleiding en nascholing door de eigen professie	79,3%
Regulering van medische standaarden door de eigen professie	78,1%
Verantwoording afleggen aan collega's	75%

Artsen maken een duidelijk onderscheid tussen het afleggen van verantwoording aan de patiënt en het nemen van verantwoordelijkheid voor de patiënt. Terwijl 82,9% het eerste bepalend vindt voor de medische professionaliteit, vindt 'maar' 48,2% het tweede een bepalend element. De meeste artsen vinden het afleggen van externe verantwoording niet bepalend voor de medische professionaliteit. Verantwoording afleggen aan patiënten en collega's wordt heel belangrijk gevonden, maar verantwoording afleggen aan andere hulpverleners (51,7%) en aan de zorginstelling waarin men werkzaam is (35,8%) veel minder. Ook vinden artsen externe structurering en controle in de vorm van extern geformuleerde en geregleerde standaarden minder bepalend voor de medische professionaliteit, dan de door de eigen professe geformuleerde en geregleerde standaarden. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat de kern van de medische professionaliteit volgens artsen vooral wordt bepaald door de interne organisatie en door de interactie met de patiënt, maar niet zozeer door legitimatie van buitenaf.

In Engeland scoort autonomie hoger dan in Nederland (80% versus 60,3%). Ook scoort verantwoording afleggen aan de patiënt daar hoger (98% versus 82,9%). Verder wordt ook in Engeland zelfregulering meer bepalend geacht voor de medische professionaliteit dan externe regulering en verantwoording.

Belangrijker of minder belangrijk

Er is ook gevraagd naar de ontwikkeling van de diverse aspecten. In hoeverre is het belang van bepaalde aspecten in de afgelopen jaren afgenomen of juist toegenomen?

Het belang van integriteit is volgens 81,75% onveranderd. Standaarden en de regulering van standaarden zijn belangrijker geworden, wat zowel geldt voor de intern opgestelde standaarden als de standaarden die zijn geformuleerd door externe partijen. Ook het afleggen van verantwoording is volgens de meeste respondenten belangrijker geworden, vooral het afleggen van verantwoording aan de patiënt (70,9%) en de zorginstelling (69,0%). Opmerkelijk is dat de respons bij deze vraag beduidend lager is dan bij andere. Dat is ook in Engeland het geval.

Omschrijving

In Engeland is op basis van de uitkomsten van het onderzoek een nieuwe omschrijving van het geneeskundig beroep opgesteld. Vertaald luidt deze: *“Een beroep waarin de arts zijn kennis, klinische vaardigheden en beoordelingsvermogen aanwendt voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. De hiervoor noodzakelijke relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en adequate verantwoording.”* 39% van de Nederlandse respondenten is het eens met deze omschrijving. Ruim 50% kan zich er gedeeltelijk in vinden.

4 Het doel van medische professionaliteit

Behalve dat er vragen zijn gesteld om de inhoud van het begrip medische professionaliteit vast te stellen, zijn er ook vragen gesteld om de meerwaarde van medische professionaliteit voor de zorg te achterhalen.

Het behoud en/of de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg wordt zowel in Nederland als in Engeland het meest genoemd als doel van medische professionaliteit (beide 97%). In beide landen is het behoud of de verbetering van de kwaliteit van de medische opleiding een goede tweede (89% in Engeland en 73% in Nederland).

Er is ook gevraagd wat het daadwerkelijke effect van medische professionaliteit is. In beide landen wordt het meest geantwoord dat de kwaliteit van de patiëntenzorg en van de medische opleiding behouden blijft en/of verbetert.

Verder is gevraagd wat de gevolgen zouden zijn wanneer de medische professionaliteit zou afnemen. In beide landen geeft (ruim) 80% van de respondenten aan dat een afname van medische professionaliteit er toe zal leiden dat artsen een niet-medische positie gaan zoeken buiten de gezondheidszorg. Op de tweede plaats wordt in beide landen aangegeven dat artsen een managementpositie zullen gaan zoeken. In Nederland denken veel meer respondenten (58,6%) dan in Engeland (15%) dat artsen eerder met pensioen gaan wanneer de medische professionaliteit afneemt. Ook verwachten in Nederland meer respondenten dat een afname in medische professionaliteit zal leiden tot een afname in het aantal aanmeldingen voor de opleiding (49,6% versus 4%).

5 Uitdagingen voor de medische professie

Tot slot is geïnventariseerd wat de komende tijd volgens de respondenten de grootste uitdagingen voor de medische professionaliteit zijn.

Slechts 1,2% denkt dat er geen uitdagingen zijn. De meeste respondenten (68,8%) zien het als een uitdaging dat het publiek steeds meer resultaten van de zorg verwacht. Een goede tweede (51,8%) is de toename van geprotocolleerde en gestandaardiseerde zorg. Dat de financiële middelen beperkt zijn komt (pas) op de derde plaats, aangegeven door 50,5% van de respondenten. Nederlandse artsen zien de verwachtingen van het publiek als een grotere uitdaging dan de verwachtingen van de politiek (68,8% resp. 36,4%). In Engeland ligt die verhouding anders. Wat de politiek verwacht van de toegang tot de zorg of van de resultaten van de zorg is voor meer artsen een uitdaging (86% resp. 84%) dan wat het publiek ervan verwacht (82% en 83%).

Aan het Nederlandse onderzoek zijn tot slot een aantal stellingen c.q. uitspraken toegevoegd, die wat meer ingaan op de specifieke situatie in Nederland. Uit de antwoorden blijkt dat:

- veel artsen vinden dat transparantie in de zorg geen afbreuk doet aan hun professionaliteit (45% is het hiermee eens);
- artsen in meerderheid vinden dat de zorgverzekeraar invloed uitoefent op het handelen van de arts (42,8% is het hiermee geheel eens, 37,4% is het hiermee gedeeltelijk eens);
- veel artsen vinden ook dat financiële aspecten van invloed zijn op het handelen in de zorgverlening (35,3%);
- een meerderheid van de artsen vindt dat het management invloed heeft op het handelen van de arts. Ruim 42% is het daar geheel mee eens en bijna 26% gedeeltelijk.
- Een meerderheid van de artsen is ook van mening dat de relatie met het management goed is. (37,5% geheel eens, 23,3% gedeeltelijk eens).

6 Variatie binnen de Nederlandse onderzoeksgroep

De antwoorden van de respondenten zijn ook geanalyseerd op variatie tussen de verschillende kenmerken van de respondenten (leeftijd, geslacht, medische discipline etc.).

Opmerkelijk is dat de verschillen niet groot zijn. Ook hebben de verschillen geen betrekking op die aspecten of uitdagingen, die door de meeste respondenten belangrijk worden gevonden. Vaak is er wat variatie in het antwoord 'geheel eens' of 'gedeeltelijk mee eens'. Het is niet zo dat een bepaalde groep het niet eens is met een uitspraak of stelling waar andere groepen het wel mee eens zijn. De uitspraken over de belangrijke doelen van medische professionaliteit (kwaliteit van zorg en kwaliteit van de opleiding) zijn juist erg krachtig doordat alle groepen het hierover eens zijn.

Aspecten van medische professionaliteit

Toch zijn er ook wel een aantal verschillen, vooral bij het benoemen van de belangrijke aspecten van de medische professionaliteit. Zo geven de meeste respondenten in de groep van zestig jaar en ouder aan dat de medische ethische standaarden niet belangrijker zijn geworden, terwijl de rest vindt dat ze in het algemeen wel belangrijker zijn geworden..

Wat betreft het afleggen van verantwoording aan collega's vindt de helft van de respondenten jonger dan 30 jaar dat dit niet in belang is toegenomen en de andere helft dat dit wel het geval is. De rest van de respondenten vindt dit eveneens.

De meeste respondenten vinden dat toetsing en herregistratie belangrijker zijn geworden. Alleen in de groep jonger dan 30 jaar zijn de meeste respondenten het daar niet mee eens.

Mannen en vrouwen oordelen niet noemenswaardig verschillend over de bepalende aspecten van medische professionaliteit. De medische disciplines verschillen in de mate waarin zij vinden dat een aspect al dan niet belangrijker is geworden. Zo geven huisartsen (in opleiding), medisch specialisten (in opleiding) en de respondenten in de groep 'overige' aan dat het belang van de aansturing van de opleiding door de eigen professe niet is toe- of afgenomen, terwijl de overige disciplines wel vinden dat het belang ervan is toegenomen. De andere verschillen hebben geen betrekking op belangrijke aspecten van de medische professionaliteit.

Van de respondenten die werken in een solopraktijk, vindt de helft dat de aansturing van de opleiding door de eigen professe even belangrijk is gebleven, terwijl de andere helft van mening is dat het belang ervan is toegenomen. De andere respondenten vinden in meerderheid dat het belang is toegenomen

Het doel van medische professionaliteit

Over het doel van de medische professionaliteit verschillen de meningen nauwelijks. Leeftijd doet er niet veel toe, type organisatie waar men werkt niet en sekse ook niet. De medische discipline maakt in zoverre wat uit, dat de ene discipline het helemaal eens is met een bepaald doel en een andere gedeeltelijk. Met de opvatting dat de kwaliteit van de opleiding een doel is van medische professionaliteit zijn alle medische disciplines het eens.

Van een afname van medische professionaliteit verwachten mannen vooral een afname van het aantal aanmeldingen voor de opleiding, terwijl de meerderheid van de vrouwen geen verandering verwachten. Ook de meeste huisartsen en de medisch specialisten verwachten een afname. De overige medische disciplines verwachten dat over het algemeen niet. De meerderheid van de respondenten in loondienst verwachten geen verandering in de aanmeldingen voor de opleiding, terwijl de mensen met een ander dienstverband wel een afname verwachten. De verschillen in opvattingen hebben geen betrekking op de veranderingen die het meest door respondenten worden aangegeven (zie hierboven).

De uitdagingen voor de medische professionaliteit

De meeste respondenten onder 30 jaar geven aan dat de uitdagingen voor de medische professionaliteit betrekking hebben op de toename van het aantal parttime werkende artsen. De andere leeftijdsgroepen delen deze mening niet.

De toename van geprotocolleerde zorg vinden vooral de respondenten in de leeftijd tot 45 jaar geen uitdaging, de rest van de respondenten wel.

Of de vooruitgang van de medische technologie en farmacie een uitdaging voor de medische professionaliteit is, zijn de meningen verdeeld. Onder de 30 wordt daar verschillend over gedacht, tussen 30 en 45 vindt het merendeel dit geen uitdaging, terwijl de artsen in de overige leeftijdsgroepen het wel als uitdaging zien.

De beperkte financiële middelen worden door het merendeel van de respondenten tot 45 jaar als uitdaging gezien, terwijl meerderheid van de respondenten boven de 45 het niet als een uitdaging ziet. Het merendeel van de mannen vindt het wel een uitdaging, het merendeel van de vrouwen niet. De meeste verpleeghuisartsen (in opleiding), medische specialisten (in opleiding) en sociaal geneeskundige vinden de beperkte financiële middelen een uitdaging, terwijl de andere medische disciplines dat niet zo zien.

Tussen de verschillende medische disciplines is er wat meer variatie in opvattingen. Van de huisartsen in opleiding, de medisch specialisten in opleiding en de groep 'overige' vindt het merendeel de toename van geprotocolleerde en gestandaardiseerde zorg geen uitdaging, terwijl de rest van de medische disciplines dat in meerderheid wel vindt. Tot slot ziet alleen een merendeel van de medisch specialisten in de vooruitgang van medische technologie en farmacie een uitdaging. De overige medische disciplines delen deze mening niet.

Wanneer er onderscheid wordt gemaakt naar de organisatie waarin de respondenten werkzaam zijn, dan is er alleen verschil van mening over de toename van geprotocolleerde zorg en de beperkte financiële middelen. De geprotocolleerde zorg wordt vooral door de respondenten werkzaam in een groepspraktijk, gezondheidscentrum, categoriaal ziekenhuis of in een 'andere' organisatievorm, als een uitdaging gezien. De rest van de respondenten deelt deze mening niet. Een merendeel van de respondenten werkzaam in een ZBC, een algemeen ziekenhuis en een academisch ziekenhuis vindt de beperkte financiële middelen een uitdaging. Het merendeel van de respondenten die werkzaam zijn in een privé-kliniek, zijn verdeeld en de overige respondenten vinden het geen uitdaging. Opmerkelijk is dat het merendeel van de respondenten in loondienst de beperkte financiële middelen een uitdaging vinden, terwijl de rest van de respondenten dat niet zo ziet, ook degene met een vrij beroep dus niet. Tot slot zien de mensen die 0-16 uur werken over het algemeen de toename van het aantal parttime werkende artsen als uitdaging en de beperkte middelen. In dat eerste worden ze door de overige respondenten niet gesteund, maar wat betreft het tweede is een merendeel van de respondenten die 40 uur of meer werken het er ook mee eens dat beperkte financiële middelen een uitdaging is.

Over de stellingen verschillen de verschillende groepen nauwelijks van mening en er is alleen variatie in de mate waarin men het met de stellingen geheel of gedeeltelijk eens is.

7 Analyse

De enquête heeft een hoge respons opgeleverd. Dit levert enerzijds een vertekend beeld op, omdat de benaderde groep vooraf geselecteerd is op basis van hun welwillendheid om aan onderzoek mee te doen, maar anderzijds geeft het wel aan dat dit onderwerp door artsen van belang wordt geacht.

Opmerkelijk is wel dat de respons per vraag varieert. Respondenten hebben er voor gekozen om sommige vragen niet te beantwoorden. Nog opmerkelijker is het dat daarbij veel overlap bestaat met de resultaten van het Engelse onderzoek, dat bij dezelfde vragen een verminderde respons laat zien. Het betreft vooral de vragen die betrekking hebben op het veranderde belang dat wordt gehecht aan diverse elementen van de medische professionaliteit. Deze verminderde respons kan enerzijds veroorzaakt worden door de wijze waarop de vragen zijn gesteld, in beide landen immers op dezelfde manier, maar het kan ook betekenen dat deze vragen onvoldoende aansluiten bij de beleving van de medici of dat zij deze vragen moeilijk vinden om te beantwoorden.

Het Engelse onderzoek heeft een beduidend lagere respons dan het Nederlandse, wellicht omdat de groep niet voorgeselecteerd is. Verder is de groep iets jonger en gelijker verdeeld over de beide seksen. De antwoorden op de verschillende vragen zijn echter wel goed vergelijkbaar. Ook kan bijna 90% van de Nederlandse respondenten zich geheel of gedeeltelijk vinden in de nieuwe omschrijving van geneeskunde, die is afgeleid uit de resultaten van het onderzoek.

De bespreking van de centrale elementen van de medische professionaliteit en de ontwikkeling van deze elementen laat zien dat de medische professionaliteit steeds meer wordt geplaatst in de bredere context van de gezondheidszorg, waarbij ook andere partijen zeggenschap hebben over de zorg. Toch wordt nog duidelijk de eigen beroepsgroep en de primaire behandelrelatie tussen hulpverlener en patiënt centraal gezet. Artsen vinden het afleggen van verantwoording aan de patiënt belangrijk, maar verantwoording afleggen aan andere hulpverleners dan collega's en aan de zorginstelling waarin men werkzaam is, acht men veel minder een centraal aspect van de medische professionaliteit. Daarbij wordt echter niet ontkend dat externe verantwoording in belang toeneemt. Dat is een belangrijk onderscheid: in hoeverre moeten artsen zich extern verantwoorden en in hoeverre wordt dat ook onderdeel van de professionaliteit. Blijkbaar zijn dat geen verbonden aspecten.

Daarnaast is het opmerkelijk dat autonomie 'slechts' door 60,3% van de respondenten expliciet als belangrijk aspect is benoemd, terwijl in Engeland dat percentage op 80% ligt. Integriteit daarentegen scoort in

Nederland met 98,1% hoog. Dit kan enerzijds te maken hebben met de negatieve bijklank die autonomie in de loop der jaren heeft gekregen. Een andere verklaring kan zijn dat integriteit voor artsen meer de essentie van medische professionaliteit weerspiegelt.

Een tweede ontwikkeling die uit de antwoorden naar voren komt is dat artsen niet langer verantwoordelijkheid nemen voor de patiënt, maar verantwoording afleggen aan de patiënt. Dit past duidelijk bij de huidige opvatting over de arts-patiëntrelatie, die meer in het kader geplaatst kan worden van termen als onderhandeling en partnerschap.

Het doel van medische professionaliteit wordt sterk gerelateerd aan kwaliteit. Enerzijds de kwaliteit van de patiëntenzorg en anderzijds de kwaliteit van de opleiding. Deze worden ook als de belangrijkste effecten van medische professionaliteit genoemd. Het is dus niet alleen een doelstelling, medische professionaliteit draagt er ook aan bij. De belangen en beleving van de individuele medische professional (benoemd als moraal en kwaliteit van leven) worden niet centraal gezet. Daarmee wordt de medische professionaliteit gelegitimeerd. Toch wordt wel duidelijk aangegeven dat wanneer de medische professionaliteit zou afnemen artsen meer functies zouden gaan zoeken buiten het zorginhoudelijke werk. Dit zou dus betekenen dat de medische professionaliteit wel degelijk een effect heeft op de moraal van de arts en de kwaliteit van zijn (beroeps)leven. In Nederland is tevens het gevoel veel sterker dan in Engeland dat mensen ook eerder stoppen met werken en in zijn geheel niet meer beginnen aan een medisch beroep.

In de antwoorden met betrekking tot de uitdagingen voor de medische professionaliteit wijken Engeland en Nederland wel meer af. Zo worden in beide landen de verwachtingen van het publiek ten aanzien van de toegang tot zorg en de uitkomsten van zorg als belangrijke uitdagingen gezien, maar in Engeland wordt dit veel meer gelijk gesteld aan de verwachtingen van de politiek. In Nederland worden de verwachtingen van de politiek veel minder als uitdaging gezien. Dit kan wellicht verklaard worden door de verschillende zorgsystemen die Nederland en Engeland hebben, waarbij in Nederland het systeem toch meer private kenmerken heeft.

In Nederland worden naast de verwachtingen van het publiek ook de toename aan geprotocolleerde en gestandaardiseerde zorg en de beperkte financiële middelen als belangrijke uitdagingen gezien. Dit past ook goed bij de veranderde context waarin de zorg geleverd wordt. Er is een toenemende vraag naar efficiëntie en transparantie. Standaardisatie en protocollering kunnen daaraan bijdragen. Opmerkelijk is dat 50,5% van de respondenten de beperkte financiële middelen een belangrijke uitdaging vinden, maar dat 'slechts' 35,3% van de respondenten vindt dat de financiële aspecten van invloed zijn op het handelen in de zorgverlening.

(Ruim) 42% vindt dat verzekeraars en managers invloed hebben op het handelen van de arts. Hiermee laten de artsen zien dat verzekeraars en management wel meer invloed krijgen op het handelen van de arts, ook al hebben de artsen eerder aangegeven dat zij het afleggen van verantwoording aan de zorginstelling nog geen belangrijk aspect achten van medische professionaliteit.

De antwoorden zijn ook geanalyseerd op variatie tussen respondenten op basis van hun kenmerken. De resultaten van deze analyse zijn niet spectaculair. De meeste verschillen zijn te vinden tussen mannen en vrouwen, verschillende leeftijdsgroepen en tussen verschillende medische disciplines.

8 Conclusie

De resultaten van de enquête laten zien dat het onderwerp leeft onder de medici, gezien de hoge respons.

Verder laat het onderzoek zien dat de ontwikkelingen die de medische professionaliteit ondergaat niet alleen plaatsvinden in Nederland. De resultaten laten immers sterke overeenkomsten zien met de resultaten in Engeland.

De uitkomsten van de enquête laten zien dat medici medische professionaliteit wel degelijk plaatsen in de bredere context van de gezondheidszorg en in toenemende mate externe verantwoording als belangrijk aspect van hun professionaliteit zien. Dat wil echter niet zeggen dat deze verantwoording aan elke externe partij moet worden afgelegd. Medici leggen eerst en voornamelijk verantwoording af aan eigen collega's en aan de patiënt. Met name de patiënt krijgt een duidelijke centrale positie. Het zijn namelijk ook de verwachtingen van het publiek die een uitdaging vormen voor de medische professionaliteit. De beroepsgroep ervaart in toenemende mate druk van buitenaf, maar dat wil niet zeggen dat medische professionaliteit steeds meer een afgeleide wordt van externe wensen, verwachtingen of eisen. Medische professionaliteit is nog steeds iets wat betekenis krijgt binnen de eigen beroepsgroep en in de arts-patiëntrelatie.

De enquête geeft ons een beeld van de wijze waarop artsen hun medische professionaliteit beleven, maar het is wel belangrijk om dit beeld te plaatsen naast de beleving van andere betrokken partijen, zoals de patiënten. Men kan niet zonder artsen praten over medische professionaliteit, maar men kan ook niet alleen met artsen erover praten.

Bijlage

Vragenlijst medische professionaliteit

U heeft zich in 2004 aangemeld als deelnemer aan het KNMG ledenpanel. U ontvangt hierbij een nieuwe vragenlijst over professionele autonomie.

Deze vragenlijst is een gezamenlijk initiatief van de KNMG en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Beide organisaties bereiden momenteel ieder een advies voor over de betekenis van professionaliteit in de gezondheidszorg. De resultaten van deze enquête zullen afzonderlijk door beide organisaties als informatiebron voor de adviezen worden gebruikt. De resultaten kunnen ook zelfstandig gepubliceerd worden, bijvoorbeeld als achtergrondstudie bij de adviezen.

De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen:

- A: betreft algemene vragen omtrent uw persoonlijke en professionele situatie
- B: betreft vragen omtrent de betekenis van professionaliteit
- C: betreft de betekenis van professionaliteit in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg.

De vragen zijn ondermeer gebaseerd op eerdere studies, waaronder een studie uitgevoerd door het Royal College of Physicians (Doctors in society, dec. 2005) en een verkennende literatuurstudie van het NIVEL (De zorg van medisch specialisten, 2003).

De vragenlijst neemt maximaal 15 minuten in beslag. U kunt de vragenlijst op ieder gewenst moment afbreken en op een ander moment weer verder gaan. Wij verzoeken u vriendelijk de vragen te beantwoorden vóór 10 september 2006. Voor vragen over de vragenlijst kunt u contact opnemen met:

Bureau Noordam & De Vries (bureau@noordam-devries.nl)

KNMG, Majanka Keijer (m.keijer@fed.knmg.nl)

RVZ, Wendy van der Kraan (w.vanderkraan@rvz.net).

U komt in de vragenlijst door onderstaande link aan te klikken:

<http://www.noordam-devries.nl/onderzoek/?u=http://questions.netq.nl/nq.cfm?r=C88C8E0C-2BF0-A000-C405-A648176644DF&s=u>

Ik dank u alvast hartelijk voor uw medewerking.
Lode Wigtersma, arts, Directeur Beleid KNMG
Mr. J. Kasdorp, Projectleider RVZ

A. Algemene vragen¹

- Leeftijd
- Jonger dan 30 jaar
 - 30-45 jaar
 - 46-60 jaar
 - ouder dan 60 jaar
- Geslacht
- Man
 - Vrouw
- Wat is uw medische discipline?
- Verpleeghuisarts/ arts verstandelijk gehandicapten
 - huisarts
 - huisarts in opleiding
 - Verpleeghuisarts/ arts verstandelijk gehandicapten in opleiding
 - Sociaal geneeskundige
 - Sociaal geneeskundige in opleiding
 - Medisch specialist
 - Medisch specialist in opleiding
 - Overige, namelijk
- Soort organisatie waarin u werkzaam bent
- Solo praktijk
 - Groepspraktijk
 - gezondheidscentrum
 - ZBC
 - Privé-kliniek
 - Algemeen ziekenhuis
 - Categorieel ziekenhuis
 - Academisch ziekenhuis
- Arbeidsverhouding
- Loondienst
 - Vrij beroep
 - Anders, nl.
- Hoeveel uur werkt u per week?
- 0-16 uur
 - 16-32 uur
 - 32-40 uur
 - 40 en meer uur

B. Medische professionaliteit²

Bent u het eens met de volgende uitspraken over geneeskunde als professie?

Geneeskunde is een professie Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 oneens

Geneeskunde is een roeping Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Geneeskunde is een kunst Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Geneeskunde is een wetenschap Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

De medische beroepsuitoefening vereist altruïsme Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

De medische beroepsuitoefening vereist dienstbaarheid Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

In welke mate bent u het eens met deze beschrijving van professionaliteit:

Geneeskunde is een beroep waarin de kennis, klinische waardigheden en beoordelingsvermogen van een arts in dienst staan van de bescherming en het herstel van gezondheid. Dit doel wordt gerealiseerd door een partnerschap tussen patiënt en arts, dat gebaseerd is op wederzijds vertrouwen, individuele verantwoordelijkheid en gepaste verantwoording.

Geheel mee eens
 Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens
Geheel mee oneens

Wat is bepalend voor professionaliteit?

- | | |
|--|---|
| Medisch ethische standaarden | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> oneens |
| Autonomie van de arts | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| De zeggenschap van de arts over de inzet van middelen | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| Verantwoordelijkheid nemen voor de patiënt door de arts | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. de patiënt | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. collega's | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. zorginstelling | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. andere hulpverleners binnen een samenwerkingsrelatie | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| De integriteit van de arts | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| De standaarden zoals vastgesteld door de beroepsgroep | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |
| De medische standaarden zoals vastgesteld door actoren buiten de beroepsgroep | <input type="checkbox"/> Mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Deels wel en deels niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> Mee oneens |

Een door de eigen professie aangestuurde opleiding en nascholing Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Regulering van medische standaarden door de professie Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Regulering van medische standaarden door actoren buiten de professie Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Toetsing en herregistratie van artsen door de beroepsgroep zelf als vorm van zelfregulering Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Wilt u hieronder aangeven of het belang van de genoemde elementen van medische professionaliteit in de afgelopen vijf jaar is toegenomen, afgenomen of onveranderd is gebleven?

Medisch ethische standaarden Geen verandering
 Toename
 Afname

Autonomie van de arts Geen verandering
 Toename
 Afname

De mogelijkheid van de arts om middelen toedeling te sturen Geen verandering
 Toename
 Afname

Verantwoordelijkheid nemen voor de patiënt door de arts Geen verandering
 Toename
 Afname

Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. de patiënt Geen verandering
 Toename
 Afname

Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. collega's Geen verandering
 Toename
 Afname

- | | |
|--|--|
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. de zorginstelling | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| Verantwoording afleggen door de arts t.o.v. andere hulpverleners in een samenwerkingsrelatie | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| De integriteit van de arts | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| De standaarden zoals vastgesteld door de beroepsgroep | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| De medische standaarden zoals vastgesteld door de actoren buiten de beroepsgroep | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| Een door de eigen professie aangestuurde opleiding en nascholing | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| Regulering van medische standaarden door de professie | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| Regulering van medische standaarden door actoren buiten de professie | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |
| Toetsing en herregistratie van artsen door de beroepsgroep zelf als vorm van zelfregulering | <input type="checkbox"/> Geen verandering
<input type="checkbox"/> Toename
<input type="checkbox"/> Afname |

Wat is het doel van medische professionaliteit?

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 oneens

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van het werkende leven van de arts Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Het behouden of verbeteren van de moraal van de arts Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van de medische opleiding Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Wat zijn de effecten van medische professionaliteit met betrekking tot de volgende aspecten?

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 oneens

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van het werkende leven van de arts Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Het behouden of verbeteren van de moraal van de arts Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Het behouden of verbeteren van de kwaliteit van de medische opleiding Mee eens
 Deels wel en deels niet mee eens
 Mee oneens

Welke invloed kan een afname van medische professionaliteit hebben op de volgende elementen?

Aanmeldingen voor de opleiding Geen verandering
 Toename
 Afname

Vestiging als gespecialiseerd arts, inclusief in dienst treden. Geen verandering
 Toename
 Afname

Leeftijd waarop artsen met pensioen gaan Geen verandering
 Toename
 Afname

Aantal praktiserende artsen die een managementfunctie zoeken Geen verandering
 Toename
 Afname

Aantal praktiserende artsen die een niet-medische positie zoeken buiten de reguliere gezondheidszorg Geen verandering
 Toename
 Afname

C. Professionaliteit in de context van de Nederlandse gezondheidszorg

*Wat zijn de voornaamste uitdagingen voor de medische professionaliteit?³
(meerdere antwoorden mogelijk)*

Er zijn geen uitdagingen

Toename van de verwachtingen van het publiek ten aanzien van de toegang tot medisch zorg

Toename van de verwachtingen van het publiek ten aanzien van resultaten van medische zorg

Toename van de verwachtingen van de politiek ten aanzien van de toegang tot medische zorg

Toename van de verwachtingen van de politiek ten aanzien van de resultaten van de zorg

Toename van het aantal parttime werkende artsen

Toename van door de private sector geleverde zorg

Toename van geprotocolleerde en gestandaardiseerde patiëntenzorg

Vooruitgang in medische technologie en farmacie

Beperkte financiële middelen

Toenemende betekenis van de rol van niet medisch gekwalificeerde zorgprofessionals

Veranderingen in het werk-
patroon van artsen

Veranderingen in de genees-
kunde opleiding

Veranderingen in nascholing
van artsen

*Verdiepingsvragen met betrekking tot de uitdagingen voor de professionaliteit
in de huidige Nederlandse gezondheidszorg*

In hoeverre bent u het eens Geheel mee eens
met de volgende stelling? Mee eens
De administratieve taken Deels wel en deels niet mee eens
beperken mij in de uitvoe- Mee oneens
ring van mijn kerntaken als Geheel mee oneens
professional

In hoeverre bent u het eens Geheel mee eens
met de volgende stelling? Mee eens
De zorgverzekeraar beïn- Deels wel en deels niet mee eens
vloedt in toenemende mate Mee oneens
het handelen en de beslissin- Geheel mee oneens
gen van artsen

In welke mate beïnvloeden Grote invloed
financiële aspecten van de invloed
zorgverlening uw handelen Deels wel en deels geen invloed
en uw beslissingen rond Minimale invloed
zorgverlening? Geheel geen invloed

Hoe is uw relatie met het Heel goed
management van de zorgin- goed
stelling waarin u werkzaam Deels wel en deels niet goed
bent? Niet goed
 Geheel niet goed
 Niet van toepassing

In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling? Het management beïnvloedt in toenemende mate het handelen en de beslissingen van artsen

- Geheel mee eens
- Mee eens
- Deels wel en deels niet mee eens
- Mee oneens
- Geheel mee oneens

In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling: de vraag naar meer transparantie van mijn handelen is een afbreuk van mijn professionaliteit.

- Geheel mee eens
- Mee eens
- Deels wel en deels niet mee eens
- Mee oneens
- Geheel mee oneens

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Notes

- ¹ Deze vragen zijn afgeleid van het rapport 'De zorg van medisch specialisten'. J.B.F. Hutten, D.J.M.A. beaujean, P.P. Groenewegen. 2003. Utrecht: NIVEL
- ² Deze vragen zijn afgeleid uit het rapport 'Doctors in society'. Royal college of Physicians, dec. 2005
- ³ Deze vraag is afgeleid uit het rapport 'Doctors in society'. Royal college of Physicians, dec. 2005

Lijst van afkortingen

CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
DMS	Document Medische Staf
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
ic	intensive care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MTO	Model toelatingsovereenkomst
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
qs	quality consultation
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
OMS	Orde van Medisch Specialisten
ok	operatiekamer
umc	universitair medische centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
zbc	zelfstandig behandelcentrum

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudies bij het advies Vertrouwen in de arts)
- 07/02 Vertrouwen in de arts
- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
- 05/15 Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
- 05/14 De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/13 Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/12 Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)

05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies

03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)

01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitation conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitation conference Van patiënt tot klant)
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
01M/01E	E-health in the United States
01M/01	E-health in de Verenigde Staten
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel
01M/01	Management van beleidsadvisering
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02)).
Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- 2003 Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
Drang en informele dwang in de zorg
2004 Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek
Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
De vertwijfeling van de mantelmeeuw
2005 Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen
2006 Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg
Verkenning Keuzevrijheid en kiesplicht

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

- VG
05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG
05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG
05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
VG
05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ

