

Vergaderjaar 1999–2000

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 2

NOTA

Inhoudsopgave	blz.
Voorwoord	3
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 Besturing	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Bestuurlijke ontwikkelingen: meer decentrale sturing	9
1.3 Maatschappelijk ondernemerschap zorgverzekeraars en ziekenhuizen	10
1.4 Positie patiënt	10
1.5 Positie overheid	11
1.6 Positie zorgverzekeraars	12
1.7 Positie algemene ziekenhuizen	13
Hoofdstuk 2 Het ziekenhuis als Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Het primaire proces centraal: patiëntgeoriënteerde ketenzorg	14
2.3 Sturingsfilosofie: van budgetbeheer naar zorgproduct	16
2.4 Kwaliteit: kern van de zaak	18
2.5 Concretisering	20
Hoofdstuk 3 Functies en Taken	20
3.1 De kernfuncties van algemene ziekenhuizen	20
3.2 Types zorgvraag en de gevolgen voor het GMSB	20
3.3 Concentratie en deconcentratie	21
3.4 Inbedding van de ziekenhuiszorg in de regio	22
3.5 Relaties met academische ziekenhuizen	23
3.6 Concretisering	24
Hoofdstuk 4 Bekostigingssystematiek medisch specialistische zorg	25
4.1 Plaatsbepaling	25

4.2	Analyse bestaand systeem	25
4.3	Aanpak richting nieuw systeem	26
4.4	Concretisering	27
Hoofdstuk 5 Huisvesting		27
5.1	Plaatsbepaling	27
5.2	Uitwerking	29
5.2.1	Ingrediënten	29
5.2.2	Karakteristiek LTHP	30
5.2.3	Periodieke toetsing	31
5.3	Concretisering	31
Hoofdstuk 6 Informatie- en Communicatietechnologie (ICT)		31
6.1	Plaatsbepaling	31
6.2	Analyse	33
6.3	De aanpak	35
6.3.1	Kaders	35
6.3.2	Inbedding in de fysieke infrastructuur	36
6.3.3	Verantwoording, transparantie en EPD	37
6.4	Concretisering	37
Hoofdstuk 7 Geneesmiddelen		38
7.1	Plaatsbepaling	38
7.1.1	Kwaliteit	38
7.1.2	Kosten	38
7.1.3	Transparantie	39
7.2	Aanpak	39
7.2.1	Evidence based farmacotherapie	39
7.2.2	Opening ziekenhuisapotheken	40
7.2.3	Dure klinische geneesmiddelen	41
7.3	Concretisering	41
Hoofdstuk 8 Vraag en aanbod in balans		42
8.1	Plaatsbepaling	42
8.2	Analyse en uitwerking	42
8.2.1	Discrepantie tussen vraag en aanbod	42
8.2.2	Reëel ramen	42
8.2.3	Plan van Aanpak Wachttijden en inhaalslag	43
8.2.4	Transparantie	44
8.2.5	Modernisering organisatie	44
8.2.6	Personeelstekort	44
8.2.7	Voorrangzorg: zorg uit balans	45
8.3	Concretisering	45
Hoofdstuk 9 Arbeidsmarktbeleid		45
9.1	Plaatsbepaling	45
9.2	Analyse en aanpak	46
9.2.1	Trends in de behoefte aan personeel	46
9.2.2	Trends in het aanbod aan personeel	46
9.2.3	Aanpak	47
9.2.4	Nader onderzoek personeel	49
9.3	Concretisering	50

Voorwoord

Deze nota is een uitvloeisel van de Meerjarenafspraken Curatieve Zorg, en is een gezamenlijke productie van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In deze nota worden de belangrijke ontwikkelingen weergegeven waarmee de algemene ziekenhuizen op dit moment te maken hebben. Er worden analyses gegeven met betrekking tot de huidige situatie van de algemene ziekenhuizen en de vernieuwingen die nodig zijn om aan een moderne, patiëntgerichte ziekenhuissector bij te dragen.

Daarvoor zijn veranderingen nodig – en in gang gezet – binnen de ziekenhuizen zelf, maar ook bij andere betrokken partijen, waaronder de overheid.

Redenerend vanuit inhoudelijke noties worden vooral bestuurlijke en organisatorische aspecten uitgewerkt. Dat betekent dat veranderingen in sturingsprincipes, in wet- en regelgeving, bekostiging en financiering uitgebreid aan bod komen.

Het accent ligt in deze nota op zaken die in de resterende Kabinetsperiode vorm zullen krijgen. Uiteraard is dit, gezien de looptijd van soms ingrijpende herzieningen in de (aansturing van) de ziekenhuissector, geen strikte beperking. Dat betekent dat er een doorloop is naar de periode daarna en de nota geen eindperspectief schetst.

Ter verduidelijking wordt elk hoofdstuk afgesloten met een vertaling in concrete werkzaamheden die de verschillende partijen voor de realisering van het beleid ter hand nemen.

Ofschoon de invloed van het verenigd Europa ook voor de ziekenhuissector op termijn ongetwijfeld flinke gevolgen zal hebben komt dit, gelet op de genoemde tijdsspanne, in deze nota niet meer dan zijdelings aan de orde.

Samenvatting

De ziekenhuissector wordt door een grote dynamiek gekenmerkt. De vraag naar zorg en het aanbod van zorg door de ziekenhuizen beïnvloeden elkaar in hoge mate en de onderlinge relatie wordt steeds nauwer. Nieuwe ontwikkelingen, mogelijkheden en vraagstukken met betrekking tot de zorgvraag (de emancipatie van de patiënt, de multiculturele samenleving, de welvaartsgroei en de vergrijzing van de bevolking), met betrekking tot het zorgaanbod (de explosieve groei van technologie en wetenschappelijke kennis, professionalisering, superspecialisatie en multidisciplinaire samenwerking) en in het zorgbeleid (het bestuurlijk proces van decentralisatie en deregulering, de opkomst van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, de vorming van zorgketens en bloei van transmurale zorg en het proces van schaalvergroting) vereisen een nieuwe kijk op de positionering, sturing, kwaliteit, organisatie en toegankelijkheid van de ziekenhuissector.

Voor het effectief en efficiënt laten aansluiten van zorgvraag en zorgaanbod is een decentrale zorgsturing op lokaal of regionaal niveau onontbeerlijk. Het proces van functionele decentralisatie – waardoor marktprikkels kunnen worden geïntroduceerd – is inmiddels in gang gezet. De overheid blijft daarbij op de achtergrond maar bepaalt wél, als hoeder van het algemeen belang, de algemene kaders en randvoorwaarden en blijft op hoofdlijnen sturen.

Het accent ligt in deze nota op zaken die in de resterende kabinetsperiode vorm zullen krijgen. Uiteraard is dit, gezien de looptijd van soms ingrijpende herzieningen in (de aansturing van) de ziekenhuissector, geen strikte beperking. Dat betekent dat er een doorloop is naar de periode daarna en dat de nota geen eindperspectief (bijvoorbeeld wat betreft de

sturing) schetst. De concrete werkzaamheden die de verschillende partijen voor de realisering van het beleid ter hand nemen, zijn in deze samenvatting bijeengebracht.

Het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

In de komende jaren zal het ziekenhuis zich verder tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf ontwikkelen. Uitgangspunt daarbij is de zorgvraag van de patiënt. Via het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf zullen alle zorgprocessen in en buiten het ziekenhuisgebouw zoveel mogelijk rondom de patiënt georganiseerd worden. In de praktijk zal dit leiden tot het ontstaan van een zorgcontinuüm van generalistische, via transmurale naar specialistische zorg. In concreto:

- De NVZ en de Orde van Medisch Specialisten streven naar een implementatie van het nieuwe model voor de Toelatingsovereenkomst en het Document Medische Staf voor 1 januari 2001;
- De Orde van Medisch Specialisten en de NVZ ondersteunen gezamenlijk, waar mogelijk, projecten gericht op het herontwerpen van zorgprocessen binnen ziekenhuizen. Ook VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondersteunen deze ontwikkeling.
- De verdere afstemming van de systemen van visitatie voor de medisch specialisten en accreditatie voor de ziekenhuisorganisaties zal ter hand worden genomen.

De functies en taken van het ziekenhuis

Hoewel in de toekomst sturing, organisatie en werkwijze van ziekenhuizen aan grote veranderingen onderhevig zullen zijn, zal de primaire taak van het ziekenhuis niet veranderen. Het ziekenhuis blijft de primaire zorginstelling waar medisch specialistische zorg in combinatie met para- en perimedische zorg wordt geleverd. Stroomlijning van de huidige werk- en zorgprocessen is noodzakelijk om voordelen als snellere behandeling en doorstroming van patiënten, behandeling en verzorging dichterbij huis en betere aansluiting tussen vraag en aanbod te behalen. Een doelmatige en soepele overgang tussen eerste-, tweede- en derdelijns zorg is pas mogelijk wanneer de bestaande drempels verdwijnen en de wens om onderling samen te werken gemeengoed wordt. Waar regelgeving deze samenwerking belemmert, zal de overheid die aanpassen. Een bijzondere relatie bestaat tussen de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen. Beide categorieën hebben hun eigen kenmerken, maar ook overeenkomsten; zij kunnen niet los van elkaar worden gezien. Op tal van terreinen (topklinische zorg, topreferente zorg, klinisch wetenschappelijk onderzoek en opleiding) is samenwerking tussen academische en algemene ziekenhuizen – waar mogelijk – ook wenselijk. In concreto:

- Bij verschuiving van reguliere zorg van academische naar algemene ziekenhuizen vindt over de budgetgevolgen voor de ziekenhuizen overleg tussen betrokken partijen in de regio plaats.
- NVZ, Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), Orde, ZN en VWS overleggen jaarlijks aan de hand van het afzonderlijke macrokader in de Zorgnota voor functies die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) vallen over de mate van (de-) concentratie van de WBMV-zorg, de prioriteiten en de daarbij benodigde financiële middelen.
- De NVZ zal in 2000 besprekingen voeren met WoonZorg Federatie/ Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (WZF/NVVZ) en de (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) over reservering van een deel van de capaciteit in verpleeghuizen en thuiszorg voor de benodigde care na ziekenhuisopname, om zo de verkeerde bedproblematiek te verminderen.
- De financiering van de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten

(inclusief opleidingsfonds) vindt plaats volgens het voorstel van NVZ en Orde.

- Visieontwikkeling in Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)-verband met betrekking tot de opleidingen voor medisch specialisten wordt voortvarend ter hand genomen.

Bekostigingssystematiek medisch specialistische zorg

Het bestaande functiegerichte budgetteringssysteem (FB) voor ziekenhuizen en het huidige verrichtingensysteem voor medisch specialisten voldoen niet langer. Inmiddels is begonnen met de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssystematiek op basis van diagnose behandeling combinaties (DBC's). Deze systematiek moet inzichtelijk zijn, productie waar nodig stimuleren, kwaliteitsbeleid en benchmarking bevorderen, bewegingsvrijheid bieden en modernisering ondersteunen. In concreto:

- De integrale bekostiging van de ziekenhuiszorg (vooralsnog met uitzondering van infrastructuur en opleiding) op basis van DBC's wordt in 2003 ingevoerd. Er worden dan productieafspraken gemaakt op basis van DBC's, conform de afspraken tussen VWS, VAZ, NVZ, Orde en ZN;
- Ziekenhuizen leggen dan naar belanghebbenden (zorgverzekeraars, overheid etc.) op basis van DBC's op transparante wijze verantwoording af over de besteding van financiële middelen;
- Aan de hand van de bevindingen van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) (zal op korte termijn gezien worden of de FB-systematiek nog prikkels in zich heeft die fusies stimuleren. Zo ja, dan is aanpassing gewenst.

Huisvesting

Met de introductie van de zogenoemde uitgebreide melding is een goede stap gezet tot vereenvoudiging en deregulering van het huidige systeem van aanbodregulering. Deze lijn wordt voortgezet. In concreto:

- Geleidelijke uitbouw van de meldingsregeling tot een genormeerd bekostigingssysteem voor nominale ziekenhuisbouw. De volgende stap (tot 65%) wordt op 1 januari 2002 gezet. Bij invoering van de (WEZ) zal de stap tot het niveau van vervangende nieuwbouw worden gezet.
- Opzet van een nominaal kader ziekenhuisbouw en afschaffing van de bouwprioritering t.b.v. nominale ziekenhuisbouw.
- Uitbouw van het Lange Termijn Huisvestings Plan (LTHP) als informatief, transparant en toetsbaar document. De NVZ neemt het voortouw bij de ontwikkeling van een format voor het LTHP.
- Doorlichting van de «lagere» regelgeving.
- Ontwikkeling van een incentive om het blijven functioneren op meerdere locaties te faciliteren.
- Omvorming van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in de richting van een «instituut voor vakmanschap in de ziekenhuisbouw».
- Periodieke toetsing middels een visitatie alsmede de eventueel daaraan te verbinden sancties, vastleggen in de exploitatie-toestemming ex Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ).

Informatie- en communicatietechnologie (ICT)

Het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is een kennisintensieve dienstverlenende bedrijfstak, waarin zeer veel gegevens over patiënten worden vastgelegd. Voor een klantgerichte benadering en zorg moeten moderne ICT-toepassingen worden gerealiseerd. Met een effectief ICT-beleid kan – via de verbetering van de afstemming binnen het zieken-

huis en de stroomlijning van het informatieverkeer naar andere zorgverleners – de dienstverlening aan de patiënt/consument worden geoptimaliseerd. In het kader van de nieuwe besturingsfilosofie voor ziekenhuizen kan ICT bijdragen aan het afleggen van verantwoording en het genereren van beleidsinformatie. Een krachtig investeringsbeleid in de ICT-infrastructuur op instellingsniveau is noodzakelijk. Van belang is het om op strategisch en landelijk niveau aan de eenheid van taal, context en structuur en de daarmee samenhangende bestuurlijke vraagstukken te werken. Dit is de taak van het vorig jaar opgerichte Landelijk Platform ICT in de Zorg. In concreto:

- Uitwerking van landelijke kaders ten behoeve van een afgestemde inzet van ICT in de zorg in het IPZ. Intentieverklaring met actiepunten is in september van dit jaar getekend;
- Nagaan of huidige wet- en regelgeving belemmeringen oplevert voor investeringen in ICT-toepassingen, zonodig gevolgd door aanpassingen daarin; tevens nagaan hoe bestaande arrangementen beter voor ICT-investeringen kunnen worden benut (voor bestaande gebouwen én nieuwbouw). Inbedding van ICT investeringen in bouw-kaders:
- Mogelijkheden voor een stimuleringsregeling voor investeringen in een regionale ICT-infrastructuur onderzoeken;
- NVZ brengt de huidige en wenselijke (organisatie van de) informatievoorziening in de ziekenhuissector in beeld, medio 2001 gevolgd door een daarop gebaseerd plan van aanpak.

Geneesmiddelen

De kosten van klinisch verstrekte geneesmiddelen nemen, met name ten gevolge van het op de markt komen van nieuwe dure geneesmiddelen, jaarlijks sterk toe. Deze ontwikkeling zal zich met de komst van een nieuwe generatie geneesmiddelen op basis van biotechnologie versneld voortzetten. Om een hoogwaardige, doelmatige, betaalbare en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening in Nederland te handhaven, moet een uitgebalanceerd en integraal beheersingsinstrumentarium, ook ten behoeve van de ziekenhuissector, ontwikkeld worden. Het ziekenhuisformularium en het regionaal Farmaceutisch Transmuraal Therapeutisch Overleg (FTTO), waarin zorgaanbieders, apothekers en zorgverzekeraars elkaar ontmoeten zijn hierbij belangrijke instrumenten. Met ingang van 1 april 2000 beschikken ziekenhuizen over de mogelijkheid om een poliklinische apotheek te openen. In concreto:

- NVZ, Orde en de LHV spannen zich in voor de verdere uitbouw van het FTTO, om zo bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van geneesmiddelenvoorziening en een beheersing van de kostengroei;
- NVZ en Orde werken het voorstel omtrent evidence based farmacotheapie, zoals beschreven in de paragrafen 7.2.1. en 7.2.2. (en gebaseerd op de beleidsdocumenten «FTTO klaar voor de start» en «Greep op geneesmiddelen») concreet uit en testen het op werkbaarheid en effectiviteit in een aantal regio's;
- Partijen formuleren voorstellen om meer zicht op, en inzicht in de problematiek van de dure, klinische geneesmiddelen te krijgen;
- Indien het onderzoek naar dure klinische geneesmiddelen daartoe aanleiding geeft, wordt het groeitempo van het ziekenhuisbudget aangepast;
- Per 2003 zijn de kosten van klinisch en poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen opgenomen in de DBC's. De kosten van hulpmiddelen eveneens.

Vraag en aanbod in balans

Sinds enkele jaren sluit het zorgaanbod niet goed aan op de zorgvraag. Dit

heeft geleid tot de bekende wachtlijstenproblematiek. Voor een goede aansluiting tussen vraag en aanbod is het van belang dat – op basis van reële ramingen – voldoende middelen beschikbaar worden gesteld. Om de wachtlijstproblematiek aan te pakken is een Plan van Aanpak Wacht-tijden gemaakt en zijn door het kabinet extra middelen beschikbaar gesteld. Deze middelen worden ingezet vooreen structurele verruiming van de capaciteit en een tijdelijke inhaalslag via extra productie. Voorts wordt gewerkt aan het transparant en inzichtelijk maken van wachtlijsten en -tijden (o.a. via een landelijke databank). Tevens wordt gewerkt aan verbetering en modernisering van de organisatie van zorg. Dit zijn echter ingrijpende, arbeidsintensieve en tijdrovende processen die niet van de ene op de andere dag geïmplementeerd kunnen worden. In concreto:

- Partijen werken gezamenlijk verder aan beter aansluitende en dekkende ramingen en ramingmethodieken en vullen ten behoeve daarvan leemtes in de bestaande informatieleverantie op. De zogenaamde Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden zijn bij de ramingen ijkpunt;
- Partijen voeren het Plan van Aanpak Wachttijden uit en monitoren de effecten daarvan;
- Ondersteuning van het herontwerp van zorgprocessen door NVZ en Orde onder meer met hulp van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).

Arbeidsmarktbeleid

De ziekenhuissector is een arbeidsintensieve sector. Er zijn dus veel mensen nodig. De arbeidsmarkt is momenteel echter krap. Ziekenhuizen komen moeilijk aan nieuw personeel. Met het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector (CAZ) voeren alle betrokken partijen (overheid, sociale partners en sectorfondsen) via een meerjarig beleidskader een gericht arbeidsmarktbeleid (met maatregelen als: het bevorderen van instroom en rendement van opleidingen, het bevorderen van instroom vanuit doelgroepen, het behoud van zittend personeel, verbetering van arbeidsomstandigheden, terugdringing van het arbeidsverzuim, modernisering arbeidsvoorwaardenpakket, herziening beroepskrachtenvoorziening, e.d.). In concreto:

- Partijen gaan door met de uitvoering van hetgeen overeengekomen is in het CAZ, mede op basis van jaarplannen;
- In het CAZ maken partijen zich sterk voor een beleid gericht op werving op de deelmarkten van middelbaar en hoger gekwalificeerd personeel;
- VAZ en NVZ gaan met de Hoger Beroeps Onderwijs (HBO)-raad overleggen over mogelijkheden om de terugloop in de instroom te keren;
- De financieringssystematiek m.b.t. de opleidingscapaciteit zal nader onderzocht worden. De mogelijkheid van stimulerende incentives (bonussen, vergoedingen stageplaatsen) zullen daarbij bezien worden;
- De numerus fixus geneeskunde wordt bezien door de MDW-werkgroep «Toetredingsbelemmeringen medische beroepsgroepen»;
- Er vindt een onderzoek plaats naar de consequenties van diverse ontwikkelingen in ziekenhuizen en op de arbeidsmarkt voor de functiestructuur en de daarmee samenhangende gemiddelde loonkosten van ziekenhuizen.

HOOFDSTUK 1 BESTURING

1.1 Inleiding

Patiënten vormen het bestaansrecht van de ziekenhuizen. Van hen komt de vraag naar genezing of, als dat niet mogelijk is, het dragelijk maken van hun ziekte. De zorgvraag van de patiënt is het uitgangspunt van het professioneel handelen van iedereen die in het ziekenhuis werkt. Dit vereist dat professionals alert en kundig inspelen op deze vraag en ontwikkelingen daarin.

Achter deze eenvoudige constatering gaat een grote dynamiek voor de sector schuil. Immers, voor allerlei ziektebeelden waarmee men tot voor kort maar moest leren leven, gloort nu behandeling, en wat in de jaren '90 nog als kwalitatief hoogwaardig gold, kan morgen zomaar verouderd zijn. Vraag en aanbod ontwikkelen zich in een snelle wisselwerking. Vraag schept aanbod en vice versa. Daarbij speelt een keur aan interne en externe ontwikkelingen een rol. Ontwikkelingen die nieuwe mogelijkheden brengen, en – vaak – ook nieuwe vraagstukken. Dat vraagt om een hernieuwde standpuntbepaling omtrent de positionering van de sector, met als centrale thema's de sturing, de kwaliteit en organisatie en de toegankelijkheid van de patiëntenzorg.

De ziekenhuissector heeft dagelijks te maken met de volgende verschijnselen:

Vraag

- Emancipatie van de patiënt. Dit leidt ertoe dat zelfbeschikking (keuzevrijheid, maatwerk, invloed), inzicht in de zorg en dienstverlening en een respectvolle bejegening vanzelfsprekend moeten zijn;
- De multiculturele samenleving, die een grotere diversiteit van de patiëntenpopulatie met zich meebrengt;
- Welvaartsgroei. Deze draagt ertoe bij dat mensen zich steeds minder neerleggen bij (collectieve) beperkingen. Men lijkt in toenemende mate bereid én in staat om met bijbetaling die zorg te krijgen die men hebben wil (private zorg);
- Vergrijzing van de bevolking. Dit betekent een groeiende zorgvraag (met een oploop naar een demografische piek, te voorzien rond 2035) én een verandering in de richting van meer ingewikkelde aandoeningen en combinaties van aandoeningen, waarvoor een intensievere zorg nodig is.

Aanbod

- Explosieve groei van technologie en wetenschappelijke kennis. Dit betekent dat steeds meer hoogtechnologische toepassingen mogelijk zijn, variërend van zeer kapitaalsintensief en geconcentreerd tot kleinschalig en mobiel. Binnen de ziekenhuizen leidt dit tot verschuivingen van kliniek naar polikliniek en dagbehandeling. Daarnaast zijn er verschuivingen «door de muren heen», onder meer naar verpleeghuizen, thuiszorg en huisartsen;
- Professionalisering. Dit leidt tot hogere kwaliteitsstandaarden en beroepscode (m.b.t. effectiviteit van zorg en medisch ethische vraagstukken);
- (Super)specialisatie. Dit ontstaat door de bovengenoemde technologie en kennis en leidt tot meer functiedifferentiatie, die enerzijds gespecialiseerde en anderzijds generalistische functies omvat;
- Multidisciplinaire samenwerking. Dit is meer dan ooit nodig om het zorgproces rond de patiënt te innoveren en organiseren.

Aansluitend op deze ontwikkelingen, zijn de volgende hoofdlijnen in sturing en organisatie van de ziekenhuissector vast te stellen:

- een bestuurlijk proces van decentralisatie en deregulering;
- een ontwikkeling van het ziekenhuis als facilitair bedrijf naar het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf;
- de vorming van zorgketens en bloei van transmurale zorg;
- een proces van schaalvergroting.

De uitwerking hiervan, van de randvoorwaarden en de keuzes die, samenhangend met bovenstaande, gemaakt worden komen in deze nota aan bod.

1.2 Bestuurlijke ontwikkelingen: meer decentrale sturing

Het aanbod aan zorg moet zo goed mogelijk aansluiten bij de vraag van de patiënt. Dit is het best te realiseren wanneer de sturing in de zorg vooral decentraal plaatsvindt. Daarom is een proces in gang gezet van functionele decentralisatie, waarbij sturingsbevoegdheden terecht komen bij enerzijds de verzekeraars en anderzijds de ziekenhuizen.

Bij de verschuiving van sturing van de landelijke overheid naar een meer decentrale en vraaggerichte sturing ligt het accent op het regionale/lokale niveau, waar ook goede mogelijkheden zijn om marktprikkels te introduceren.

De overheid zal, gegeven de maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg, daarvoor ook in de toekomst de algemene kaders blijven opstellen. Het gaat dan primair om de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, doelmatigheid en beheersing van de collectieve lasten. De overheid verlegt daarbij het accent van planning en toestemming vooraf naar het stellen van randvoorwaarden en algemene kaders, met toetsing achteraf.

Bij een meer decentrale, regionaal of lokaal¹ gerichte sturing is de dynamiek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van toenemend belang. De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor het contracteren van voldoende zorg van een hoogwaardige kwaliteit voor een redelijke prijs. Van hen wordt verwacht, dat zij als maatschappelijke ondernemers in de regio een vitale rol spelen. Zij hebben daartoe voldoende instrumenten nodig om de doelmatigheid te bevorderen, en om de risico's te beheersen. De kern wordt hierbij gevormd door een stapsgewijze vervanging van de thans bestaande dubbele budgettering door de verzekeraar-budgettering. Het streven is, dit model rond 2005 volledig ingevoerd te hebben. Daarbij is de voortgang vanzelfsprekend ook afhankelijk van de mate waarin verzekeraars enerzijds in staat zijn de kosten te beheersen en anderzijds hun verantwoordelijkheid waar te maken.

Daarnaast is het, om dit sturingsmodel succesvol te kunnen laten worden, noodzakelijk dat er (meer) transparantie in de zorgverlening ontstaat. Voor de overheid betekent dit dat zij inzicht biedt in de wijze van ramen van vraag en aanbod en de wijze waarop dit wordt vertaald in het macro-budget. Voor de zorgverzekeraars dat zij inzicht bieden in de verdeling van hun middelen over de zorgvoorzieningen en hun financiële resultaten. Voor de ziekenhuizen betekent meer transparantie onder meer dat zij glashelder presenteren welke zorgproducten met welke kwantiteit en kwaliteit en tegen welke prijs, zij leveren, welke voorzieningen (gebruiksgemak) zij bieden en welke financiële resultaten worden geboekt. Verbetering van de informatievoorziening en verdere inbedding van richtlijnontwikkeling en evidence based medicine zal in de komende tijd veel aandacht vragen.

Samenvattend betekent het bovenstaande een deregulering van de kant van de overheid, gekoppeld aan een dynamisch en inzichtelijk

¹ Daar waar in deze nota «regionaal» vermeld staat wordt, afhankelijk van de situatie ter plekke regionaal dan wel lokaal bedoeld. Met regionaal wordt geen territoriaal afgebakend gebied geduid, maar, aansluitend op het beeld uit «Het ziekenhuis, a human enterprise» een gebied met een reeds bestaande logische samenhang aan voorzieningen.

onderhandelingsspel tussen verzekeraar en ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen. Het gaat hier om langdurige processen, die veel inspanningen van partijen vragen, maar voor een slagvaardige ziekenhuissector onvermijdelijk zijn.

1.3 Maatschappelijk ondernemerschap zorgverzekeraars en ziekenhuizen

Voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars moet het maatschappelijk ondernemerschap leidraad zijn voor hun functioneren. Dat betekent onder meer het volgende:

- Zij voelen zich, voor zover dat binnen het bereik van hun functie-uitoefening en bedrijfsvoering mogelijk is, verantwoordelijk voor de aanpak van actuele vraagstukken, zoals het beheersen van de wachtlijsten en een doelmatig uitgavenpatroon voor geneesmiddelen.
- Zij streven naar realisatie van een hoogwaardig aanbod van zorg in de regio, een optimale inzet van de middelen en een goede afstemming van het zorgaanbod op de vraag.
- Zij zijn bereid verantwoording af te leggen aan belanghebbenden over de organisatie, prijs, kwantiteit en kwaliteit van het zorgaanbod (professionele diagnostiek en behandeling), de patiëntenbenadering en de inzet van middelen voor dit alles.
- De mogelijkheid voor ziekenhuizen om, in het derde compartiment, aanvullende zorg en diensten te bieden op commerciële basis wordt nadrukkelijk als aanvullend op de kerntaken gezien. De inzet van middelen hiervoor mag niet ten koste gaan van de kerntaken: het leveren van reguliere zorg. De opbrengsten van de commerciële activiteiten moeten aan de sector zelf ten goede komen. Om het hiervoor vereiste inzicht te houden is ook met betrekking tot activiteiten in het derde compartiment volledig transparantie nodig.

Het maatschappelijk ondernemerschap betekent dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen samen onderhandelingspartijen zijn, die elkaars verantwoordelijkheid en de daarbij horende ondernemingsvrijheid respecteren. De zorgverzekeraars maken productieafspraken met ziekenhuizen op grond van de ontwikkelingen in de vraag naar medisch specialistische zorg in de regio. Het streven is te komen tot een systeem waarbij de ziekenhuizen hun diensten aanbieden tegen een integrale prijs waarvan de opbouw transparant is. De producttypering, gestoeld op Diagnose Behandeling Combinaties, vormt daarvoor de basis.

De contacten tussen ziekenhuizen en verzekeraars zijn intensief. Om tot een goede gezamenlijke korte en lange termijn inzet te komen, zal zowel over het meerjarig zorgbeleid gesproken worden (zorgvernieuwing, investeringen, huisvesting/locatiebeleid, prioriteitstelling) als over de productie, die per jaar afgesproken wordt.

1.4 Positie patiënt

Wanneer patiënten medisch specialistische zorg nodig hebben, verwachten ze daarbij uiteraard een respectvolle bejegening. Steeds meer patiënten hechten verder terecht aan het recht op zelfbeschikking. De rol van de patiënt als consument moet in dit licht worden versterkt. In ziekenhuizen zal, hierop aansluitend, het streven van patiënten-(organisaties) naar meer patiëntvriendelijkheid en een grotere keuzevrijheid met betrekking tot instellingen, professionals en behandelingsmogelijkheden dan ook gefaciliteerd worden. Dit krijgt onder meer vorm door gestructureerd begrijpelijke en adequate informatie aan patiënten te verstrekken, zowel over de zorgproducten en -voorzieningen (welke wel

en welke niet, kwaliteit, prijs) als over de omgangsvormen. Dit gebeurt zowel rechtstreeks als via intermediairs (verwijzers, zorgverzekeraars).

Gezien de nadruk op regionale sturing in de curatieve zorg is ook de versterking van regionale patiëntenorganisaties van groot belang. Wanneer deze organisaties een stevige positie verkrijgen in de regio, kunnen zij vanuit het patiëntenperspectief een waardevolle bijdrage leveren aan het zorgbeleid ter plekke. Daarbij is vooral ook de ervaringsdeskundigheid van chronische patiënten – veelal gebundeld in categoriale patiëntenorganisaties – onmisbaar. Versterking van de rol van patiëntenorganisaties in de regio is één van de actiepunten uit de Meerjarenafspraken Curatieve Zorg. Met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wordt daaraan momenteel volop gewerkt. Een groot aantal ziekenhuizen heeft cliëntenraden en klachtencommissies ingesteld en/of voert periodiek overleg met regionale patiënten/consumentenorganisaties. Dit zal in de komende jaren veel meer gemeengoed moeten worden. Daarnaast zijn er de Geschillencommissies in de ziekenhuizen.

1.5 Positie overheid

De overheid blijft als hoeder van het algemeen belang de volgende, vitale kaders beheersen: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, doelmatigheid en beheersing van de collectieve lasten. Dit sluit aan bij de besturingsfilosofie die is vastgelegd in het rapport «Het ziekenhuis, a Human Enterprise» (1998).

De overheid geeft aan deze sturing op hoofdlijnen inhoud door, na overleg met de betrokken landelijke organisaties, kaders aan te geven voor de organisatie en het functioneren van de ziekenhuissector binnen het tweede compartiment. Daartoe behoort het vaststellen van:

- bevordering en bewaking van mededingingsaspecten
- spelregels waardoor toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie daadwerkelijk in het veld worden gerealiseerd.
- de zorgaanspraken in het basispakket;
- het macrobudgettaire kader voor de ziekenhuiszorg (vooralsnog) en de budgetteringssystematiek voor zorgverzekeraars.

Eventuele wijzigingen met betrekking tot de definiëring van het macrobudgettaire kader in relatie tot de verdergaande verzekeraarbudgettering zijn eerst in de volgende kabinetsperiode aan de orde.

Vanwege de kostbaarheid van voorzieningen, een sterk bovenregionaal karakter, het ontbreken van marktprikkels en het lange termijn-effect van besluitvorming is een meer directe overheidssturing – in nauwe afstemming overigens met de zorgverzekeraars – wenselijk met betrekking tot het bouwvolume, specifiek te benoemen bijzondere medische verrichtingen en medische vervolgopleidingen.

Voor wat betreft de aanvullende ziekenhuiszorg, die tot het derde compartiment behoort, draagt de overheid alleen verantwoordelijkheid voor een systeem van kwaliteitstelling. Ten aanzien van de hoeveelheid heeft zij geen bemoeienis. Het CTG heeft thans een beleidsregel in voorbereiding waardoor een aantal activiteiten die onder het derde compartiment ressorteren en die door VWS worden vrijgesteld van het Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG)-regime, voortaan als aanvullende inkomsten van het ziekenhuis worden beschouwd.

Om de bewaking van de genoemde kaders door de overheid – de toetsing achteraf – goed mogelijk te maken, vragen twee zaken in de komende tijd speciale aandacht. Het betreft het toezicht en de transparantie. Het toezicht moet bij een overzichtelijk aantal organen berusten, die daartoe goed geïnstrumenteerd zijn. Complementair hieraan is het noodzakelijk

dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen inspanningen leveren om de al eerder genoemde transparantie te vergroten. Deregulering en transparantie dienen hand in hand te gaan.

Bij een overheidsbewaking van de financiële toegankelijkheid van de zorg en de collectieve lastenbeheersing is er al snel sprake van een spanning tussen de beschikbaar gestelde financiële middelen en de omvang van de zorgvraag die beantwoord moet worden.

Om tot goede ramingen voor het macrokader voor de zorg te komen is het gewenst, dat deze gebaseerd zijn op betrouwbare inzichten omtrent de ontwikkeling van de zorgvraag. In hoofdstuk 8 wordt hierop nader ingegaan.

Vergroting van de transparantie met betrekking tot de inzet van de middelen in het tweede compartiment is een complementaire voorwaarde. Het moet voor de sector inzichtelijk zijn hoe de overheid tot haar ramingen komt en voor de overheid hoe de sector haar middelen heeft aangewend. Wanneer, op basis van het verkregen inzicht over de inzet van middelen en de vertaling in een macrobudgettair kader, de conclusie gerechtvaardigd is dat de financiële ruimte ontoereikend is, komen keuzes aan de orde als ophoging van het macrobudget of inkrimping van het basisverzekeringspakket.

1.6 Positie zorgverzekeraars

De verschuiving van centrale naar decentrale sturing betekent voor de zorgverzekeraars dat zij nieuwe taken, bevoegdheden en instrumenten krijgen.

Keuzemogelijkheden en zorg op maat voor de verzekerden zullen daarbij, uitgaande van het maatschappelijk ondernemerschap, gewaarborgd blijven. Qua instrumentering is het van belang dat zowel een inzichtelijke bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen als het systeem van verzekeraarbudgettering verder vorm krijgen. Aan beide wordt volop gewerkt.

Voorts is een uitstekende informatievoorziening in de nieuwe constellatie belangrijker dan ooit. Het gaat dan om informatie met betrekking tot:

- Vraagontwikkeling. Het gaat hier om een combinatie van inzicht in demografische ontwikkelingen, prevalentie-onderzoek en ontwikkelingen in de vraag naar diensten van ziekenhuizen en andere zorginstellingen;
- Aanbodontwikkeling (technologie, medicatie etc.);
- Kwaliteitssystemen. Kennis van de aanwezigheid van dergelijke systemen. Op het niveau van de organisatie, de specialisten en de keten is nodig om goed te kunnen contracteren;
- Benchmarkgegevens. Om goed toegerust te zijn voor de onderhandelingen met de ziekenhuizen moeten verzekeraars kunnen beschikken over landelijke informatie met betrekking tot prestaties van ziekenhuizen, om een vergelijking te kunnen maken met die van de contractpartners in het gebied. Het is voor verzekeraars met het oog hierop van belang dat prijzen kwaliteitssystemen zoveel mogelijk landelijk van aard zijn.

De realisatie van een gesmeerde informatievoorziening zal in de komende jaren veel aandacht van de betrokken landelijke organisaties vragen.

Ten slotte is het van belang dat de ziekenfondsen op heldere wijze externe verantwoording afleggen over de besteding van financiële middelen, de gecontracteerde zorg en de financiële resultaten.

1.7 Positie algemene ziekenhuizen

De medisch specialistische zorg die in ziekenhuizen geleverd wordt heeft een bijzondere maatschappelijke waarde, waar mensen veel geld voor over hebben.

In de ziekenhuissector wordt hard gewerkt aan vergroting van een doelmatige bedrijfsvoering, de verdere uitbouw van kwaliteitssystemen, vergroting van de transparantie en verbetering van de informatievoorziening, om zo verder vorm te kunnen geven aan het maatschappelijk ondernemerschap. Voor dat proces is het nodig dat ziekenhuizen de ruimte hebben om personeel en middelen flexibel en doelmatig in te zetten ten behoeve van hun bedrijfsvoering. Dit gedachtegoed is ook uitgewerkt in de visienota «Ondernemend beter» van de NVZ (1996).

De vraag naar en het aanbod van zorg kennen in de ziekenhuissector een grote dynamiek. De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de integrale kwaliteit van hun zorgaanbod. Daarop aansluitend is ook het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen gericht op een continu proces van verbeteren en innoveren. Dit betekent ook dat vanuit de medische professie aangegeven wordt welke zorg professioneel verantwoord is en welke niet. Er zijn grenzen aan verantwoorde curatieve zorg, die primair vanuit medisch professionele normen gesteld worden. Vanzelfsprekend moeten dergelijke kwesties met de patiënt doorgenomen worden, om zo tot een goede «match» van zorgvraag en passend aanbod te komen.

Het continue proces van kwaliteitsverbetering rond de patiënt bepaalt in steeds grotere mate de inrichting en organisatie van de ziekenhuisvoorzieningen, waarbij de muren binnen en buiten de ziekenhuizen worden geslecht. Bij modernisering van de organisatie wordt een functionele structuur langzamerhand omgevormd tot een patiëntgeoriënteerde structuur. Ziekenhuizen ontwikkelen zich tot geïntegreerd medisch-specialistische bedrijven, waarin de verschillende beroepsgroepen – medisch specialisten, paramedici, verpleegkundigen en anderen – steeds nauwer samenwerken. Ook vindt steeds meer afstemming en samenwerking plaats met zorgverleners buiten de ziekenhuisorganisatie. Het soepel laten verlopen van de overgang tussen ziekenhuis en andere zorg (de voor- en achterdeur) behoort dan ook – mede – tot de verantwoordelijkheden van de ziekenhuizen.

Binnen de (toekomstige) ziekenhuisorganisatie zijn verder de volgende twee ontwikkelingen te zien:

- de ontwikkeling naar centrale en decentrale ziekenhuizen;
- goede spreiding en bereikbaarheid van gewone, alledaagse zorg
- concentratie van hoogtechnologische zorg in de centrale ziekenhuizen;

Om de transparantie te vergroten werken ziekenhuizen aan een verantwoordingssystematiek voor de inzet van financiële, personele en materiële middelen. Daardoor wordt toetsing in algemene zin beter mogelijk en kan ook gelet worden op de eis dat activiteiten in het derde compartiment niet ten koste gaan van taken in het tweede compartiment.

De (landelijke) systemen die hiervoor nodig zijn worden in overleg met belanghebbenden (overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties e.a.) ontwikkeld en getoetst. Er worden informatieovereenkomsten gesloten tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid.

Aan vergroting van de transparantie wordt concreet onder meer bijgedragen door:

- de ontwikkeling van DBC's, die inzicht geven in de soorten producten en bijbehorende prijzen;
- het recent ontwikkelde accreditatiesysteem, ondergebracht bij het

- Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Dit levert, in combinatie met kwaliteitsjaarverslagen van ziekenhuizen en patiëntenquêtes, aanzetten tot een publiek kwaliteitssysteem.
- het voorstel van de NVZ voor een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB) bij de nieuwe wet Exploitatie Zorginstellingen dat uitgaat van een transparant integraal huisvestingsbudget en een helder lange termijn huisvestingsplan.
 - administratie- en declaratievoorschriften voor onder meer apotheekhoudende ziekenhuizen.

Besluiten over bijzondere medische verrichtingen vinden, in tegenstelling tot die over de overige curatieve zorg, ook in de toekomst plaats aan de hand van rechtstreeks overleg tussen de NVZ, Orde, ZN en overheid. Het gaat dan om toewijzing van functies die onder de WBMV gebracht zijn. De bepaling van de omvang van de productie binnen deze functies vindt weer in het overleg tussen ziekenhuizen en verzekeraars plaats.

Voor uitbreidingen in het domein van de WBMV zal worden uitgegaan van een geoormerkt macrokader voor algemene en academische ziekenhuizen gezamenlijk. Dit betekent dat de onderhandelingen samen met de VAZ worden gevoerd, zoals ook in de Meerjarenaafspraken Curatieve Zorg is vastgelegd. Op deze wijze is een integrale aanpak op dit terrein mogelijk.

Het ondernemerschap van ziekenhuizen geeft mogelijkheden én risico's. De ziekenhuizen zijn gehouden aan de realisatie van de gemaakte productieafspraken. Eventuele meerkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis. Overschotten komen in principe ten goede aan de reserves van het ziekenhuis en tekorten gaan er dus af. In beide gevallen moet bepaald worden of dit incidenteel is of structureel van aard is. In het laatste geval moet dit betrokken worden bij de onderhandelingen met de verzekeraars over het budget voor volgende jaren.

HOOFDSTUK 2 HET ZIEKENHUIS ALS GEÏNTEGREERD MEDISCH SPECIALISTISCH BEDRIJF

2.1 Inleiding

De term «geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf» staat voor veel aspecten van een moderne ziekenhuisorganisatie. De kern is de organisatie van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige medisch specialistische zorg rond de patiënt, waartoe de verschillende beroepsgroepen samenwerken. De medisch specialisten spelen in deze samenwerking een centrale rol. In de totstandkoming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is de vormgeving van de integratie van medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie dan ook de centrale voorwaarde. De noodzaak wordt versterkt door het feit dat de meeste medisch specialisten vrijgevestigde ondernemers zijn.

Uitgangspunt voor het GMSB is de zorgvraag van de patiënt. Deze verandert zowel kwantitatief als kwalitatief. Het GMSB staat dan ook voor een grote uitdaging: de zorgprocessen in en buiten het ziekenhuis moeten zoveel mogelijk op de vraag van de patiënt worden gericht.

2.2 Het primaire proces centraal: patiëntgeoriënteerde ketenzorg

Het ziekenhuis moet aan twee tegengestelde ontwikkelingen het hoofd bieden.

Eenzijds verandert de vraag van patiënten: het aantal patiënten met meervoudige en chronische aandoeningen neemt toe. Daarbij emanciperen patiënten. Zo wensen patiënten zowel een hogere proceskwaliteit (bereikbaarheid, beschikbaarheid, organisatie van de zorg en tijdigheid)

als productkwaliteit (bejegening, informatieverstrekking, resultaat van onderzoek en behandeling). Daarbij zijn ze steeds beter geïnformeerd, bijvoorbeeld middels internet of voorlichtingsmateriaal dat door patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen is ontwikkeld. Anderzijds leidt de verdieping van kennis en techniek tot verdere specialisatie, waardoor meerdere disciplines bij de behandeling van een patiënt betrokken zullen zijn. De afstemming tussen de verschillende hulpverleners – huisarts, specialist, paramedici, verpleegkundigen – wordt daarmee van steeds groter gewicht.

Wil het ziekenhuis ook in de toekomst een goed antwoord op de zorgvraag kunnen blijven bieden dan zullen de processen in de organisatie zoveel mogelijk moeten integreren en op de vraag van de patiënt ingericht worden. Voorwaarde daarbij is de beschikbaarheid van voldoende capaciteit. Dit geldt zowel voor de zorg in als buiten het ziekenhuis. Niet de organisatie, de afdeling of de functies staan daarbij centraal, maar de procesgang die de patiënt moet doormaken. Een zorgcontinuüm van generalistische, via transmurale tot specialistische zorg moet dan ook tot stand worden gebracht. Dit wordt ook wel ketenzorg genoemd.

In het kader van de *generalistische zorg* staat uiteraard de huisarts centraal, en speelt de verpleeghuisarts meer en meer een belangrijke rol. Bij de *transmurale* zorg staat de afstemming en samenhang tussen generalistische en specialistische zorg voorop. Hier is het noodzakelijk om de verschillende functies, rollen en (institutionele) mogelijkheden in het kader van een samenhangend zorgaanbod voor de patiënt op elkaar af te stemmen. Het gaat hierbij om:

- ziekenhuisverplaatste zorg waarbij medisch specialistische zorg en behandeling in aansluiting de behandeling in het ziekenhuis thuis of elders (verpleeghuizen, revalidatiecentra) wordt geboden;
- het gezamenlijk aanbieden van zorg vanuit ziekenhuis en eerste lijn in zogenaamde tussenvoorzieningen. Een voorbeeld is de ehbo-opvang in het ziekenhuis met betrokkenheid van huisartsen;
- het ondersteunen en versterken van de diagnostische en consultatieve mogelijkheden van de eerste lijn vanuit de ziekenhuisorganisatie via consulten door medisch specialisten en het ruimer ter beschikking stellen van diagnostische voorzieningen als laboratoria en röntgenafdeling.

Bij de *specialistische zorg* staat de afstemming van de vele spelers centraal: meerdere specialisten, paramedici, (gespecialiseerde) verpleegkundigen en medewerkers van ondersteunende afdelingen etc.. De afstemming van deze actoren binnen de ziekenhuisorganisatie is een vereiste om tot een goede afstemming met andere zorgaanbieders buiten de ziekenhuisorganisatie te komen.

Om ketenzorg te realiseren is een goede regie en een kritische doorlichting van bestaande zorgprocessen nodig. Dit leidt in veel gevallen tot een herontwerp van de (zorg)processen binnen en buiten het ziekenhuis. Deze zijn zowel in termen van toegankelijkheid, als in termen van tijdigheid en doelmatigheid dan ook een belangrijk instrument om ketenzorg te realiseren.

Bij het tot stand brengen van ketenzorg is een onderscheid te maken tussen een algemene en een specifieke aanpak.

Een algemene aanpak geldt voor zaken die voor alle patiënten relevant zijn, zoals heldere afspraken en goede communicatie (met behulp van ICT) tussen huisarts, specialist en bedrijfsarts; voldoende diagnostische en consultatieve mogelijkheden voor de huisarts; het combineren van de huisartsenwaarneming met de eerste acute opvang bij de ziekenhuizen etc..

Een specifieke aanpak is gericht op de inzet van voorzieningen voor te onderscheiden patiëntengroepen. Daarbij gaat het om herkenbare patiëntengroepen van een voldoende omvang met een voldoende homogene zorgvraag, waarvoor een specifieke procesgang kan worden ontworpen. De voorbeelden hiervan zijn legio (denk aan vaatpoli's, mammapoli's en diabeteszorg).

De afstemming onder de verschillende actoren om te komen tot daadwerkelijke ketenzorg in de regio is een arbeidsintensief proces, dat in samenhang gezien moet worden met de wijze waarop de zorg in ziekenhuizen «achter de voordeur» is georganiseerd. Gelet op het feit dat het om afstemming van zorgprocessen gaat op het medisch zorgcontinuüm, is het logisch dat de medische en verpleegkundige beroepsgroepen hierbij een vitale inhoudelijke rol vervullen. Het management van de betrokken voorzieningen is verantwoordelijk voor de financiële en organisatorische randvoorwaarden.

2.3 Sturingsfilosofie: van budgetbeheer naar zorgproduct

In de termen van Mintzberg¹ zijn ziekenhuisorganisaties te typeren als professionele organisaties. In organisaties van dit type ligt de nadruk op gezag dat professioneel van aard is, en verbonden is met kunde, die verkregen is door een langdurige training en praktische ervaring. Dienstverlenende organisaties hebben meestal deze typologie, waarbij diensten beperkt te standaardiseren zijn. Professionals richten zich daarbij enerzijds in sterke mate op de kwaliteitsnormen zoals deze door hun beroepsorganisaties worden geformuleerd, anderzijds op hetgeen patiënten aan diensten willen ontvangen. De beroepsethiek in ziekenhuizen stelt daarom ook de relatie tussen professional en patiënt centraal. In de sturingsfilosofie van het GMSB vormen de zorgprocessen en de professionals die deze realiseren het uitgangspunt. Een bijpassende besturings- en bekostigingssystematiek is daarbij uiteraard wezenlijk. De ontwikkeling van DBC's ten behoeve van de bekostiging van het GMSB moet in dit licht worden gezien.

De traditionele situatie waarin de ziekenhuisorganisatie binnen een dienstenstructuur fungeert als facilitair bedrijf, of als randvoorwaarde voor de intramuraal werkende specialisten, is niet opgewassen tegen de eisen die de huidige tijd stelt. Immers een goed samenspel en goede samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de organisatie (de professionele kern, en de ondersteunende diensten) zijn noodzakelijk. Hiervoor zijn inmiddels verschillende organisatievormen ontwikkeld, die veelal gemeen hebben dat de traditionele dienstenstructuur is vervangen door een divisie- of clusterstructuur, met gedecentraliseerde verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Medisch specialisten en andere professionals spelen in de sturing van deze gedecentraliseerde eenheden vaak een belangrijke rol. Een bijkomend aspect is dat een organisatie die vanuit een dergelijk perspectief wordt geleid een organisatie is die haar professionals (medici, paramedici, verpleegkundigen) ontplooiingsmogelijkheden en toekomstperspectief kan bieden. In het kader van de huidige arbeidsmarkt is dat van groot belang.

Deze wijze van besturen en de bijpassende organisatiestructuur heeft een aantal consequenties voor de verhoudingen binnen het ziekenhuis, meer in het bijzonder tussen het instellingsmanagement en de medische staf. De medische staf is op het niveau van het ziekenhuis een wezenlijk organisatorisch verband van waaruit de samenwerking met het ziekenhuismanagement gerealiseerd wordt. Niet voor niets is het zogenaamde Document Medische Staf een belangrijk onderdeel van het nieuwe model Toelatingsovereenkomst dat door de Orde van Medisch Specialist en de

¹ Mintzberg H. Mintzberg on management. Basic Books 1989.

NVZ is opgesteld. In dit document zijn regelingen opgenomen omtrent het strategisch beleid, het medisch beleid, de zorginhoudelijke kaders, de organisatie en bedrijfsvoering van het GMSB. Belangrijk is daarbij het uitgangspunt dat er door bestuur van het ziekenhuis en de medische staf naar wordt gestreefd consensus te bereiken over het strategisch beleid. Op geleide van dit strategisch beleid kan een geïntegreerd ziekenhuis-beleidsplan worden opgesteld. Dit wordt vervolgens jaarlijks uitgewerkt, en in decentraal opgestelde werkplannen vastgelegd. Dit impliceert een ziekenhuisbrede beleids- en budgetcyclus. Belangrijke zorginhoudelijke thema's die in een beleidsplan aan de orde komen zijn bijvoorbeeld beleid ten aanzien van het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen, informatisering en de introductie van een elektronisch patiëntendossier, keuzen voor bepaalde vormen van curatieve zorg die grote investerings-beslissingen vragen, etc..

Regelingen over zorgverlening, organisatie en bedrijfsvoering komen in overeenstemming c.q. na overleg met de medische staf, of te onderscheiden groepen van stafleden, tot stand. Daarnaast komt het bestuur van het ziekenhuis met (het collectief van) vrije beroepsbeoefenaren op basis van het Document Medische Staf over een bepaald aantal onderwerpen regelingen overeen, die van belang zijn voor een adequate bedrijfsvoering. Hiermee is enerzijds vormgegeven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisorganisatie en de daarbij horende samenwerking, anderzijds aan de organisatorische en fiscale randvoorwaarden voor de vrije beroepsuitoefening.

Deze wijze van besturen raakt uiteraard verschillende niveaus van de organisatie:

- *De Raad van Toezicht*
De Raad van Toezicht vormt de brug tussen de maatschappij en het ziekenhuis. De raad heeft twee taken: een toezichhoudende en een adviserende taak. Het toezicht richt zich op het strategische beleid van de Raad van Bestuur, de algemene zaken in het ziekenhuis en het functioneren van de Raad van Bestuur. Daarnaast kan de Raad de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd adviseren over het uitzetten en uitvoeren van beleid.
- *De Raad van Bestuur*
Een organisatie kan alleen kwalitatief goede zorg leveren wanneer zij goed functioneert, en dus goed en eenduidig wordt bestuurd. Het besturen van het GMSB is gericht op kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid. De maatstaven hiervoor zijn zowel van medisch professionele, als van maatschappelijke aard. De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor de leiding en de continuïteit van de ziekenhuisorganisatie.
- *Divisie/Clusters*
Divisies of clusters zijn de werkeenheden waarbinnen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor de medisch specialistische patiëntenzorg zijn gedecentraliseerd. Binnen deze werkeenheden werken de verschillende professionals samen. Op dit niveau van de organisatie ligt de verantwoordelijkheid voor de organisatorische, logistieke en financiële processen. Individuele professionals participeren in het management van deze werkeenheden.
- *Ondernemingsraad*
De ondernemingsraad speelt als vertegenwoordiger van het personeel in het ziekenhuis (alle beroepsgroepen behalve de vrijgevestigde medisch specialisten) een belangrijke adviserende rol aan het bestuur van het ziekenhuis. Strategisch- en personeelsbeleid wordt besproken en voor een aantal vitale zaken, zoals reorganisatie heeft ze advies- of instemmingsrecht.
- *Medische Staf*
De medische staf vormt als het ware de medisch-inhoudelijke ruggen-

graat van het GMSB. Deze positionering brengt uiteraard verplichtingen met zich mee en vereist een adequate organisatiestructuur van de medische staf. Op basis daarvan komt een mandatering tot stand van het stafbestuur, dat zo een volwaardige partner van het ziekenhuismanagement is. De structurele deelname aan het overleg met de verzekeraars ten aanzien de productieafspraken vergt dit.

- *De verpleegkundige adviesraad*
De verpleegkundige adviesraad zal zich in de komende jaren kunnen ontwikkelen tot een platform waarbinnen de verdere professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep tot uitdrukking komt met, complementair aan de medische staf, een eigen inbreng in het reilen en zeilen van de ziekenhuisorganisatie.
- *Cliëntenraad/periodiek overleg patiëntenorganisaties*
Via de cliëntenraad en/of via periodiek overleg met patiëntenorganisaties wordt de Raad van Bestuur al dan niet zwaarwegend geadviseerd over besluiten, zowel van specifieke als van algemene aard. Specifieke besluiten betreffen zaken als voeding en religie. Algemene besluiten betreffen het strategisch beleid, de begroting en de leiding.
- *Maatschap of vakgroep*
De maatschap of de vakgroep is het organisatorische verband waarin medisch specialisten van een zelfde moeder- of deelspecialisme met elkaar samenwerken. De maatschap of vakgroep heeft een belangrijke rol bij de invulling van de werkeenheden (divisies/clusters) van de organisatie, en zal in toenemende mate een geëxpliciteerde interne structuur krijgen. De vorming van steeds grotere maatschappen, deelspecialisatie en veranderende opleidings- en loopbaanperspectieven van specialisten zijn stuwende factoren daarvoor. Hiermee kan ook een goede aansluiting ontstaan op de verschillende kwaliteitssystemen binnen de ziekenhuisorganisatie, en meer in het bijzonder op die vanuit de medische beroepsgroep als geheel.
- *De medisch specialist*
De verantwoordelijkheid voor het zorgproces ligt primair bij de medisch specialist. Hierbij is het kader van medisch-inhoudelijke professionele verantwoordelijkheid, dat ook een formeel juridische grondslag kent in wet- en regelgeving van wezenlijk belang. Hierbij wordt het door de Raad van Bestuur vastgestelde financiële en organisatorische kader in acht genomen. De relatie tussen medisch specialist en het ziekenhuis kan voor individuele specialisten ook de vergaande vorm aannemen van managementparticipatie op alle niveaus van de ziekenhuisorganisatie.
- *De verpleegkundige*
Behorend tot de grootste beroepsgroep in het ziekenhuis vormt de verpleegkundige de spin in het web voor het zorgproces. De toenemende professionalisering en specialisatie dragen bij aan een versterking van de positie van de verpleegkundige in de organisatie.

2.4 Kwaliteit: kern van de zaak

De kwaliteit van de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen is hoog. De ontwikkeling, elk vanuit hun eigen rol, van de kwaliteitssystemen door de medisch specialisten en het ziekenhuismanagement op het niveau van accreditatie en certificatie hebben een neerslag gevonden in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet schrijft voor dat zorginstellingen en professionals verantwoorde zorg aanbieden. Dat wil zeggen zorg van een kwalitatief goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Bovendien moet de zorg afgestemd zijn op de reële behoeften van de patiënt. Zowel de professionals als het instellingsmanagement hebben hierin een rol. Het management draagt hierbij volgens de Kwaliteitswet de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit

van zorg. Tevens dient er zorg gedragen te worden voor een adequate verantwoordelijkheidstoedeling binnen de organisatie. Het management draagt zorg voor het functioneren van organisatiebrede kwaliteitssystemen en ziet erop toe dat de kwaliteitssystemen ten behoeve van het professioneel handelen ten uitvoer worden gelegd. De medisch specialist draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het primaire proces. Uiteraard is het nodig om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken en waar nodig te verbeteren. Tevens dient externe verantwoording afgelegd te worden over de aard en het functioneren van de verschillende kwaliteitssystemen.

Kwaliteit kan onderscheiden worden naar de inhoud van de medische zorg, naar de relationele aspecten van de verleende zorg en naar de organisatorische context waarbinnen deze medische zorg wordt verleend. De medisch inhoudelijke kwaliteitstoetsing door visitaties (die nu plaatsvindt voor alle praktijken) impliceert een toetsing door de wetenschappelijke verenigingen van de inhoud en de organisatie van de medische zorg op grond van minimumnormen met een generiek deel, en een specialisme specifiek deel. Hiermee wordt landelijk de kwaliteit van de professionele medische zorg geborgd.

De kwaliteit van de organisatorische context waarbinnen de zorg wordt verleend is primair de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisorganisatie. Relevant is hier de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem voor de organisatie als geheel, aangevuld met afdelings- of dienstspecifieke systemen. Voor de borging van de kwaliteit is door het NIAZ een accreditatiesysteem ontwikkeld, op basis van de NIAZ/PACE (Proefproject Accreditatie in Ziekenhuizen) normen.

De kwaliteitssystemen van de wetenschappelijke verenigingen en het NIAZ besteden indirect aandacht aan het relationele aspect van de zorg; explicitering vormt nog een punt van aandacht. Beide systemen zijn deels complementair. Op onderdelen moet de onderlinge afstemming ten aanzien van definities en afspraken over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden verbeterd worden. Op deze wijze kan een integraal kwaliteitszorgsysteem worden gerealiseerd waarbij de betrokkenheid van patiënten en verwijzers onmisbaar is. Dit vormt een goede basis om tevens te komen tot een publiek kwaliteitssysteem.

Naast de genoemde kwaliteitssystemen functioneren specifieke systemen, waarin ook de medisch inhoudelijke, relationele als organisatorische aspecten praktisch handen en voeten krijgen, zoals de klachtenbehandeling, de registratie van complicaties, de monitoring van ziekenhuisinfecties, regelmatige onderzoeken naar patiëntvriendelijkheid en -tevredenheid, en verschillende andere registraties zoals deze door wetenschappelijke verenigingen worden bijgehouden.

De opvattingen van patiënten over de kwaliteit van de geleverde zorg vormen uiteraard een vitale input voor het kwaliteitsbeleid en dienen bij de ontwikkeling en bijstelling daarvan systematisch betrokken te worden. De patiëntenorganisaties zijn een belangrijke gesprekspartner bij de inrichting van kwaliteitssystemen, inclusief de gehanteerde normen. De ervaringen van de patiënten zelf zijn een belangrijke bron van informatie om te kunnen komen tot een verbeterde kwaliteit van zorg.

Tussen het GMSB en de zorgverzekeraars zullen afspraken tot stand komen over de wijze waarop inzicht gegeven kan worden in de kwaliteit van de geleverde zorg. Uitgangspunt is dat dit inzicht op systeemniveau wordt verschaft. De kwaliteitsborging is immers geen primaire taak van de verzekeraars maar van de zorgaanbieders.

2.5 Concretisering

- De NVZ en de Orde van Medisch Specialisten streven naar een implementatie van het nieuwe model voor de Toelatingsovereenkomst en het Document Medische Staf voor 1 januari 2001.
- De Orde van Medisch Specialisten en de NVZ ondersteunen gezamenlijk projecten gericht op het herontwerpen van zorgprocessen binnen ziekenhuizen waar mogelijk. Ook VWS en ZN ondersteunen deze ontwikkeling.
- De verdere afstemming van de systemen van visitatie voor de medisch specialisten en accreditatie voor de ziekenhuisorganisaties zal ter hand worden genomen.

HOOFDSTUK 3 FUNCTIES EN TAKEN

3.1 De kernfuncties van algemene ziekenhuizen

In ziekenhuizen kunnen patiënten terecht die gespecialiseerde curatieve zorg nodig hebben. Of, preciezer: medisch specialistische zorg, met inbegrip van alle daar direct bijbehorende para- en perimedische zorg, verpleging en verzorging. Patiënten komen voor genezing of, als dat niet mogelijk is, medisch specialistische zorg die bijdraagt aan het draaglijk maken van hun ziekte.

Zoals ook in hoofdstuk 1 is aangegeven, hoort ook de soepele overgang van ziekenhuiszorg naar andere zorg tot de (mede-)verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen. Dat vraagt om de inzet van hun probleemoplossend vermogen in de regio. Bij het organiseren van de zorg «aan de randen» van de ziekenhuiszorg stuiten betrokkenen nogal eens op de financiële schotten die er bestaan tussen ziekenhuiszorg en kortdurende thuiszorg en verpleeghuiszorg. Het is gewenst, de barrières die hierbij bestaan in de toekomst te slechten.

Het overgrote deel van de diagnostiek en behandeling die in ziekenhuizen geboden wordt kan gekarakteriseerd worden als reguliere zorg. Dat betreft min of meer uitontwikkelde zorg waarvoor een relatief grote patiëntenpopulatie bestaat en die elke specialist voor zijn/haar vakgebied in principe kan bieden. Binnen de reguliere zorg is een onderscheid te maken tussen echte basiszorg, die in elk ziekenhuis geboden wordt, en zorg die complexer is en/of een groter verzorgingsgebied bestrijkt, gezien de omvang van de specifieke patiëntenpopulatie.

Naast reguliere zorg wordt topklinische zorg onderscheiden: hoog-gespecialiseerde, veelal dure zorg met een beperkte patiëntenpopulatie en daarmee een bovenregionaal verzorgingsbereik. Topklinische zorg wordt vanuit kwaliteits- én doelmatigheidsoogpunt in een beperkt aantal ziekenhuizen aangeboden. Het aantal ziekenhuizen varieert per functie of specialisme en hangt samen met de omvang van de patiëntenpopulatie en de gewenste geografische spreiding. Naast de acht academische ziekenhuizen zijn er circa twintig algemene ziekenhuizen die topklinische zorg bieden. De NVZ zal in aanvulling hierop in 2001 een visie ontwikkelen op de «curatieve zorg in 2010», waarbij zowel gekeken zal worden naar kwalitatieve, organisatorische als financiële aspecten. Hiervan maakt het vraagstuk van de mate van (de)concentratie deel uit.

3.2 Types zorgvraag en de gevolgen voor het GMSB

Achter de term «medisch specialistische zorg» gaat een grote diversiteit aan types zorgvragen schuil. Het kan een eenvoudige ingreep betreffen, maar ook complexe interventiezorg. Er kan onderscheid gemaakt worden

naar acute, urgente en electieve zorg. Daarnaast is ook het onderscheid tussen éénmalige, kortdurende zorg en chronische zorg van belang voor de functie-uitoefening binnen het GMSB.

De complexe interventiezorg vraagt meer aan afstemming en logistiek van de organisatie dan de eenvoudige ingrepen.

Acute zorg betreft spoedeisende hulp waarbij onderzoek en behandeling geen uitstel dulden. Deze wordt gegeven wanneer sprake is van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Om acute zorg te kunnen bieden moeten ziekenhuizen 24 uur per dag en zeven dagen per week «in de lucht» zijn en is een goede geografische spreiding en toegankelijkheid van belang.

Voor urgente zorg is behandeling niet acuut, maar wel op korte termijn noodzakelijk. Medische noodzaak is hier leidend voor de inplanning van de behandeling. Voor de electieve zorg tenslotte geldt dat zij planbaar is, en dat de inplanning in samenspraak tussen de specialist en de patiënt tot stand kan komen.

Het onderscheid tussen éénmalige, kortdurende zorg en chronische zorg heeft niet zozeer gevolgen voor de planning alswel voor de entourage voor en bejegening van de patiënt. Ziekenhuizen zijn steeds meer technische complexen geworden. Vooral voor patiënten die veelvuldig en langduriger in ziekenhuizen verblijven is een humane benadering in zo'n omgeving van groot belang. Mogelijkheden voor lotgenotencontact, programma's voor pijnbestrijding en zorgvuldige stervensbegeleiding zijn voorbeelden van zo'n benadering. Tegelijkertijd is het specifiek met betrekking tot de chronische patiënten voor het ziekenhuis van groot nut, een systematisch beroep te doen op inbreng van hun ervaringsdeskundigheid.

3.3 Concentratie en deconcentratie

Ziekenhuizen zijn duur, en patiënten verblijven er in de regel niet voor hun plezier. Het algemene uitgangspunt is dan ook dat opname in het ziekenhuis alleen plaats vindt als het niet anders kan. Dat wil zeggen als er medisch specialistische zorg nodig is die niet poliklinisch of in dagbehandeling aangeboden kan worden. De medisch specialist is primair de aangewezen persoon om hierover te beslissen. Een actieve betrokkenheid van de patiënt en zijn/haar omgeving is echter waar mogelijk gewenst. Zo zijn veel reguliere ingrepen in principe poliklinisch of in dagbehandeling uit te voeren, mits de patiënt voorzien is van een goed geïnformeerde begeleider uit eigen kring.

Het segment van de reguliere, niet-klinische zorg vormt een steeds groter deel van het aanbod aan ziekenhuiszorg. Daarnaast krijgen de klinieken een steeds kostbaarder, gespecialiseerde infrastructuur, waar veel complexe interventiezorg plaatsvindt (zoals bijvoorbeeld intensive care, spoedeisende hulp/traumatologie en klinische geriatrie). Het beeld voor de toekomst dat hieruit voortvloeit bestaat uit een ontwikkeling in de richting van twee typen ziekenhuizen; «centrale ziekenhuizen» en «decentrale ziekenhuizen». In het decentrale ziekenhuis gaat het in eerste instantie om een patiëntgerichte, klantvriendelijke en goed bereikbare service en een snelle diagnostiek en behandeling van «gewone» klachten. Voor 90% van alle klachten waarvoor de huisarts verwijst, moet de patiënt hier terecht kunnen. Het centrale ziekenhuis biedt daarnaast vooral de kostbare, bijzondere en intensieve zorg en de daarbij behorende technische hoogstandjes.

Ook het decentrale ziekenhuis – al dan niet gefuseerd maar in ieder geval wel in een nauw afstemmings- of samenwerkingsverband met een centraal ziekenhuis – heeft te maken met snelle veranderingen die van invloed zijn op de opzet van het ziekenhuis. Met de moderne informatie- en communicatiemiddelen en de sterk toegenomen mogelijkheden om

zorg in dagverpleging of poliklinisch te verlenen, verschuift het accent van kliniek naar polikliniek, van intensieve verpleging naar extensieve verpleging en verzorging en naar een goede aansluiting met de eerste lijnszorg (versterking van de as medisch specialist – huisarts), thuiszorg en verpleeghuiszorg.

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen geeft in dit verband momenteel uitwerking aan een uitvoeringstoets waarin het zal aangeven hoe op verantwoorde wijze dit moderniseringsproces van de ziekenhuizen kan worden gefaciliteerd met fysieke en virtuele infrastructuur. De toets zal dit najaar gereed zijn.

Om de voordelen – snellere behandeling en doorstroming van patiënten, veel behandeling en verzorging dicht bij huis of zelfs thuis en een aanbod dat nauw aansluit bij de vraag – ten volle te kunnen realiseren zal vanuit de ziekenhuizen de bereidheid moeten bestaan om niet alleen binnen de eigen muren te investeren, maar tevens buiten de muren. Dit laatste kan bijvoorbeeld in projecten ten behoeve van transmurale zorg, in zorgnetwerken, in transferpunten en in verdere uitbouw van carevoorzieningen. Bij de poliklinische zorgverlening loont het de moeite, meer energie te steken in – letterlijk – het *zorgaspect*. Vooral voor de chronische patiënten zijn medische checks, informatievoorziening en dergelijke, bijvoorbeeld te realiseren via verpleegkundige spreekuren zinvol. Enerzijds zullen meer professionals vanuit het ziekenhuis elders ingezet kunnen worden. Dat zou tevens kunnen betekenen dat eenvoudige (curatieve) ingrepen en zorg plaats kunnen vinden in gebouwen van andere zorgaanbieders waarmee in het zorgnetwerk wordt samengewerkt. Anderzijds zullen binnen de muren van het ziekenhuis faciliteiten moeten worden aangeboden ten behoeve van de 1e lijnszorg.

3.4 Inbedding van de ziekenhuiszorg in de regio

Voor een zo doelmatig mogelijke benutting van ziekenhuisvoorzieningen is het gewenst dat ook de zorg tot aan de voordeur van het ziekenhuis beschikbaar en goed georganiseerd is, evenals de zorg achter de achterdeur.

Patiënten met (nieuwe) gezondheidsklachten of -vragen melden zich in principe eerst bij de huisarts. Voor patiënten is dat vanzelfsprekend als deze kundig, snel bereikbaar en beschikbaar is. Voor het overgrote deel van de klachten en vragen is diagnose, behandeling en het voorschrijven van medicatie door de huisarts afdoende. Ten behoeve van de bereikbaarheid en beschikbaarheid is versterking van de organisatie binnen de 1e lijn nodig.

Afspraken tussen ziekenhuizen en huisartsen kunnen bijdragen aan een sterke 1e lijn. Afspraken in de regio over informatievoorziening omtrent de beschikbare capaciteit voor opname van patiënten zijn daarvan een voorbeeld. Wanneer deze informatie op een centraal punt verkregen kan worden, scheelt dat de huisarts veel zoekwerk en frustratie, waardoor tijd vrij komt voor patiëntenzorg. Ziekenhuizen kunnen verder diverse faciliteiten beschikbaar stellen ten behoeve van diagnostiek door huisartsen. Dit kan variëren van laboratoriumfaciliteiten tot observatiefaciliteiten tot ICT-ondersteuning van het huisartsensysteem. De laatste vergroten de mogelijkheden van «voorselectie» van patiënten: is medisch specialistische zorg nodig of blijkt het mee te vallen?

Met het oog op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg vraagt de spoedeisende hulp buiten kantooruren speciale aandacht. Het fenomeen van de huisartsenpost in het ziekenhuis (en ook daarbuiten) is flink in opkomst. Dergelijke posten vergroten voor patiënten de avond- en weekend vindbaarheid van huisartsen, met name in de stad. Tegelijkertijd kunnen de dienstdoende huisartsen op dergelijke posten voorkomen dat patiënten de (figuurlijke) voordeur van het ziekenhuis doorgaan, terwijl hun klacht met generalistische zorg behandeld kan worden.

Zodra na behandeling in het ziekenhuis geen sprake meer is van een medische indicatie dient de verdere zorg, voor zover deze nodig is, uitbesteed of overgedragen te worden aan zorgverleners buiten de ziekenhuisorganisatie (de achterdeur). Het is mede de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis dat voor patiënten die dat nodig hebben de vervolgzorg goed geregeld is.

Naast de huisartsen zijn hierbij vooral de verpleeghuizen en thuiszorg van belang.

Bij de overdracht van cure naar care voorzieningen komen regelmatig capaciteitsproblemen in de care naar voren. Soms probeert men in de regio aan oplossing daarvan bij te dragen door tussenvoorzieningen of herstelafdelingen te creëren. Hierbij moet expliciet duidelijk zijn onder wiens verantwoordelijkheid deze vallen. Het criterium daarbij is of nog sprake is van een medische indicatie of niet.

In de praktijk ligt een deel van de patiënten die niet langer een medische indicatie hebben toch nog op ziekenhuisbedden. Vanwege de onwenselijkheid van deze situatie worden dit verkeerde bedden genoemd. Naast goede afspraken tussen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg blijven capaciteitsvraagstukken in de verpleeghuis- en thuiszorg in de komende tijd de aandacht vragen.

3.5 Relaties met academische ziekenhuizen

Met de nota Positionering Academische Ziekenhuizen is in 1998 het beleid op hoofdlijnen voor de academische sector aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt.

Hoewel de kerntaken van algemene en academische ziekenhuizen verschillend zijn, zijn er op tal van punten raakvlakken. Deels is dat omdat ze dezelfde activiteiten uitoefenen. Zo moet ook in academische ziekenhuizen een gepaste hoeveelheid reguliere zorg geleverd worden in verband met de werkplaatsfunctie voor artsen in opleiding. Wanneer vanuit doelmatigheidsoverwegingen verschuivingen van een teveel daarvan van academische naar de algemene ziekenhuizen aan de orde zijn, is daarover overleg in de regio tussen het academische ziekenhuis, de algemene ziekenhuizen en de betrokken verzekeraar(s) gewenst, onder meer over de budgettaire gevolgen voor de ziekenhuizen.

Van oudsher zijn de acht academische ziekenhuizen belangrijke aanbieders van topklinische zorg. Topklinische functies die in belangrijke mate uitontwikkeld zijn maar nog wel onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) vallen, kunnen, wanneer de patiëntenstroom een bredere geografische spreiding rechtvaardigt ook in een twintigtal algemene ziekenhuizen aangeboden worden. In beide gevallen is in het kader van de WBMV toestemming van de overheid nodig. Onderlinge samenwerking tussen academische en algemene ziekenhuizen is voor de optimale uitoefening van dit segment van de zorg van groot belang. Die samenwerking moet in de komende tijd verder van de grond komen. Om samenhang in de besluitvorming over de functies die vallen onder de WBMV te ondersteunen is in de Zorgnota 2001 één gezamenlijk financieel WBMV-kader voor algemene en academische ziekenhuizen opgenomen. Overige uitontwikkelde zorg kan zoveel mogelijk in algemene ziekenhuizen plaats vinden.

Topreferente zorg hoort naar haar aard thuis bij de academische ziekenhuizen. Het is zeer specialistische patiëntenzorg, die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is («last resort»). De verwevenheid met het onderzoeks-karakter van de academische ziekenhuizen en die van de medische faculteiten is groot. Vanwege deze verwevenheid en het supergespecialiseerde karakter is deze zorg bij de academische ziekenhuizen geconcentreerd.

Wanneer een specifieke zorgsoort die tot topreferente zorg gerekend kan worden in een algemeen ziekenhuis tot bloei komt, door bijzondere interesse en deskundigheid ter plekke, is nauwe samenwerking met partners in een academisch ziekenhuis onontbeerlijk.

Een vitale functie van de academische ziekenhuizen – alsmede enkele hooggespecialiseerde categorale ziekenhuizen – betreft het uitvoeren van klinisch wetenschappelijk onderzoek, variërend van grote, longitudinale onderzoeken tot kleine, kortdurende clinical trials. In deze onderzoeken en trials worden algemene ziekenhuizen regelmatig betrokken, waardoor vruchtbare dwarsverbanden ontstaan. De leden van de Stichting Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) zijn voor dergelijke verbanden bij uitstek geschikt, gezien hun patiëntenpopulatie – die afwijkt van de academische ziekenhuizen – en educatieve inslag.

Een laatste belangrijk raakvlak betreft de opleiding van medische beroepsbeoefenaren. Academische ziekenhuizen zijn traditioneel opleidingsinstituten. De andere ziekenhuizen nemen echter, inmiddels al enkele decennia, eveneens een omvangrijk deel van de opleiding van basisartsen en medisch specialisten voor hun rekening. De STZ-ziekenhuizen hebben daarin een flink aandeel. Het ruime, representatieve pakket aan aandoeeningen en de werkomgeving van het algemeen ziekenhuis bieden een prima opleidingsomgeving. Een zekere concentratie is daarbij noodzakelijk omdat ziekenhuizen over een opleidingscultuur dienen te beschikken, waarvoor minimaal een aantal opleidingen nodig is.

Binnen de opleidingsziekenhuizen moet aandacht geschonken worden aan het opdoen van klinische ervaring middels klinisch gericht onderwijs en cursorisch onderwijs. Daartoe worden affiliatiecontracten met de faculteiten afgesloten.

Hun belangrijke functie met betrekking tot de medisch-specialistische opleidingen vervullen de algemene ziekenhuizen binnen de regulering van het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS) en de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC), publiekrechtelijke organen in het kader van de wet BIG, ondergebracht bij de KNMG. Het CCMS stelt daarbij de hoofdlijnen van het opleidingsprogramma vast, terwijl de MSRC opleiders en opleidingen visiteert en erkent, en medisch specialisten in het register inschrijft. Bij het voorbereiden van de inhoudelijke kaders van de opleiding, en bij de uitvoering van visitatieprogramma's voor opleidingspraktijken zijn de wetenschappelijke verenigingen nadrukkelijk betrokken. De realisatie van de opleidingen vindt veelal plaats binnen zogenaamde opleidingscircuits waarin academische en algemene ziekenhuizen met elkaar samenwerken.

Momenteel vindt er, met name in KNMG-verband, bezinning plaats op de huidige opleidingsstructuur. Visieontwikkeling is nodig met betrekking tot de duur van de opleiding (basisopleiding en vervolgopleiding), de structuur van de opleiding (differentiatie), de typen artsen en hun kwalificaties en competenties en de relatie met andere beroepsbeoefenaren (taakdelegatie, substitutie, zorgclusters).

In dit kader is het streven, dat de KNMG begin 2001 start met een project gericht op een toekomstverkenning van het medisch onderwijscontinuüm. Ook het Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO) wordt hierbij betrokken.

3.6 Concretisering

- Bij verschuiving van reguliere zorg van academische naar algemene ziekenhuizen vindt over de budgetgevolgen voor de ziekenhuizen overleg tussen betrokken partijen in de regio plaats.
- NVZ, VAZ, Orde, ZN en VWS overleggen jaarlijks aan de hand van het afzonderlijke macrokader in de Zorgnota voor functies die onder de

- WBMV vallen over de mate van (de-) concentratie van de WBMV-zorg, de prioriteiten en de daarbij benodigde financiële middelen.
- De NVZ zal in 2000 besprekingen voeren met WZF/NVZ en de LVT over reservering van een deel van de capaciteit in verpleeghuizen en thuiszorg voor de benodigde care na ziekenhuisopname, om zo de verkeerde bedproblematiek te verminderen.
 - De financiering van de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten (inclusief opleidingsfonds) vindt plaats volgens het voorstel van NVZ en Orde.
 - Visieontwikkeling in KNMG-verband met betrekking tot de opleidingen voor medisch specialisten wordt voortvarend ter hand genomen.

HOOFDSTUK 4 BEKOSTIGINGSSYSTEMATIEK MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

4.1 Plaatsbepaling

In de vorige hoofdstukken is de bestuurlijke lijn omtrent de sturing en inrichting van de algemene ziekenhuizen geschetst. Kernpunten zijn daarbij:

- de verschuiving naar een decentrale sturing, waarbij ziekenhuizen en verzekeraars meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden krijgen;
- de ontwikkeling van ziekenhuizen naar geïntegreerde medisch specialistische bedrijven (GMSB), die nadrukkelijk een onderdeel van de zorgketen in de regio zijn.

Deze kernpunten vragen om de ontwikkeling van een bekostigingssystematiek die daarop aansluit. Een systematiek die inzichtelijk is, doelmatigheid stimuleert en die bewegingsvrijheid van partijen in de regio en de gewenste modernisering van de ziekenhuisorganisatie ondersteunt. Deze systematiek moet daarnaast naadloos aansluiten bij de verder vorm te geven verzekeraarbudgettering, waarbij verzekeraars steeds meer risicodragend worden.

4.2 Analyse bestaand systeem

Het huidige functiegerichte budgetteringssysteem (FB-systeem) voor ziekenhuizen en het verrichtingensysteem voor medisch specialisten blijken niet langer te voldoen. Het voornaamste bezwaar van het FB-systeem is dat de gehanteerde parameters (ligdagen, opnames etc.) weinig rekening houden met de dynamiek in de ziekenhuiszorg, zodat vernieuwingen niet worden ondersteund.

Het FB-model leunt bijvoorbeeld nog zwaar op de klinische zorg, terwijl de poliklinische zorg in de afgelopen jaren een onstuimige ontwikkeling heeft doorgemaakt. Het FB-model beloont deze beleidsmatig gewenste ontwikkeling niet. Verder is het weinig transparant en laat onvoldoende ruimte voor onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders van zorg over prijs en kwaliteit. Ten slotte leidt het tot fusies binnen de ziekenhuissector. Fusies ingegeven door budgettaire prikkels zijn niet wenselijk. Het CTG laat momenteel een kostenonderzoek uitvoeren dat meer inzicht op dit punt zal opleveren.

Het verrichtingensysteem voor de vrijgevestigde medisch specialisten is sterk productiegericht en kent tarieven die alleen historisch zijn te verklaren. In de loop der tijd zijn hierdoor grote verschillen in honorering tussen medisch specialisten ontstaan. Dit systeem werkt verder niet gelijkgericht met het FB-systeem voor de ziekenhuizen.

Een herijking van de bestaande systemen biedt onvoldoende soelaas, omdat ze intrinsieke dynamiek ontberen én niet gelijkgericht zijn voor ziekenhuis en medisch specialist.

4.3 Aanpak richting nieuw systeem

De ontwikkeling van Diagnose Behandeling Combinaties biedt een goede basis om tot een bekostigingsstructuur van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf te komen. Het gaat hier om een typering op het niveau van productgroepen, ten behoeve van de bekostiging gekoppeld aan de integrale kostprijzen. Een systematiek op basis van DBC's voldoet aan de volgende eisen:

- een samenhangend systeem voor de beloning van ziekenhuizen en medisch specialisten;
- een goede aansluiting tussen bekostigingsstructuur en werkelijke kostenstructuur/werklast;
- een rechtvaardiger verdeling van middelen;
- «herkenbare» zorgproducten en daaraan verbonden een grotere transparantie van de zorgprocessen, en een betere basis voor de interne informatievoorziening én om extern verantwoording af te leggen;
- een betere aansluiting bij de in Europees verband vigerende systemen.

De aanpak voor de modernisering van de bekostiging is gestoeld op het model uit het rapport «Het ziekenhuis, a human enterprise». In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen vaste, semivaste en variabele kosten. De vaste kosten betreffen kapitaallasten, opleidingen en topklinische functies. De semivaste hangen samen met patiëntenstromen, en de variabele met productie. Vooralsnog is het uitgangspunt dat in de eindsituatie slechts voor het vaste deel van de ziekenhuiskosten een budget zal blijven bestaan. Dan wordt het overige gedeelte van de inkomsten van het ziekenhuis bepaald door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars over het volume en de prijs van DBC's.

Vanaf 1 januari 2003 worden de productieafspraken tussen verzekeraar en ziekenhuis bepaald aan de hand van DBC's. Het is van belang dat stevig doorgewerkt wordt aan ontwikkeling van het beïnvloedings-instrumentarium en de budgetteringsystematiek van de verzekeraars. Vooralsnog blijft – in samenhang met de totstandkoming van DBC's – een deel van het ziekenhuisbudget als semivast aangemerkt. Het behoort daarmee nog niet tot het domein van onderhandelingen met de verzekeraars. Per 2003 worden de semivaste kosten van het budget een onderdeel van de DBC-prijzen.

Voor de nieuwe systematiek is de voortgang van het lopende project producttypering cruciaal (inmiddels omgedoopt tot het project DBC2003). Daarin worden de DBC's uitgewerkt. De voorbereidende definiëringen en registraties gebeuren stapsgewijs, waarbij gestart is met enkele specialismen. In 1999 hebben de urologen de spits afgebeten. Zij zijn gestart met de DBC-registratie. In de komende tijd zullen successievelijk alle andere specialismen volgen. Nog dit jaar moeten alle DBC's worden opgeleverd. Om landelijke implementatie van de DBC's zo goed mogelijk te laten geschieden, zullen per 1 januari 2001 in 15 tot 20 zogenaamde koploper-ziekenhuizen pilots worden gestart met DBC-registratie. In deze ziekenhuizen zal per 1 juli rechte tellingen opgeleverd moeten worden (de optelsom van alle geregistreerde DBC's naar soort en naar medisch specialisme), zodat vervolgens zorgprofielen (het geheel aan activiteiten-geregistreerd in het Ziekenhuis Informatie Systeem- dat binnen een DBC plaatsvindt door medisch specialist en ziekenhuis) kunnen worden opgesteld.

Het project kost zeer veel tijd en inspanning. In overleg tussen VWS en de betrokken landelijke organisaties is intussen afgesproken wat aan verdieping en versnelling nodig is om het project uiterlijk op de afgesproken termijn tot een succesvol resultaat te laten komen. De projectleiding zal worden uitbesteed aan een extern adviesbureau, dat voor de regiefunctie

zal zorgdragen. Om dit bureau te werven wordt een bestek geschreven, waarin alle benodigde activiteiten en tijdpaden worden uiteengezet. Bestuurlijke input zal geschieden door een brede stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. Koopmans. Deze wordt in oktober bij de minister geïnstalleerd. Alle betrokken partijen zullen de taakopdracht van het project DBC2003 daar formeel bekrachtigen.

Het honorarium voor medisch specialisten zal in het nieuwe bekostigings-systeem herkenbaar deel uit maken van de DBC's. Dit gebeurt op basis van uniforme uurhonoraria. Ook daartoe zal nog flink wat voorbereidend werk nodig zijn. Er zal een werklasteronderzoek uitgevoerd worden om tot een reële grondslag voor het uurhonorarium te komen. Daarbij heeft de Orde een regiefunctie, maar dit wordt ondersteund door het CTG. Ook het ministerie, ZN, de VAZ en de NVZ worden hierbij betrokken. Het CTG wordt verzocht, op grond van een normatieve benadering, een dergelijk uurhonorarium vast te stellen. Het op dat moment geldende macrokader voor de vrijgevestigde medisch specialisten zal daarbij als ijklijn gelden.

Omdat te voorzien is dat er flinke discrepanties zullen zijn tussen de huidige, sterk uiteenlopende, honorering van specialismen en specialisten en de honorering zoals die als onderdeel van de DBC's zal worden opgenomen, moet tevens een faciliteit worden ontwikkeld die in een redelijk tempo aanzienlijke verschillen – in plus én min – kan overbruggen. Dit herallocatietraject maakt ook onderdeel uit van het DBC2003-project. Zo spoedig mogelijk nadat alle zorg in DBC's omschreven is, zal tot vaststelling van de nieuwe bekostigingssystematiek overgegaan worden.

4.4 Concretisering

- De integrale bekostiging van de ziekenhuiszorg (vooralsnog m.u.v. infrastructuur en opleiding) op basis van DBC's wordt in 2003 ingevoerd. Er worden dan productieafspraken gemaakt op basis van DBC's, conform de afspraken tussen VWS, VAZ, NVZ, Orde en ZN;
- Ziekenhuizen leggen dan naar belanghebbenden (zorgverzekeraars, overheid etc.) op basis van DBC's op transparante wijze verantwoording af over de besteding van financiële middelen;
- Aan de hand van de bevindingen van het CTG zal op korte termijn bezien worden of de FB-systematiek nog prikkels in zich heeft die fusies stimuleren. Zo ja, dan is aanpassing gewenst.

HOOFDSTUK 5 HUISVESTING

5.1 Plaatsbepaling

Ziekenhuisbouw is een fascinerend fenomeen. Ziekenhuisbouw is kostbaar, technisch en functioneel ingewikkeld, en legt structuren voor lange tijd vast, in een sector die voortdurend aan veranderingen onderhevig is. Het betreft bovendien een sector die een bijzondere, monopoliede getinte markten machtsstructuur heeft, waarbij de invloed van de verzekeraars op bouwaangelegenheden gering is.

De besturing van deze bouw krijgt dan ook, vanuit de noodzakelijke «borging van het publiek belang» (zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat noemt), veel aandacht, zowel voor wat betreft de wet- en regelgeving door de landelijke overheid als voor wat betreft de aanpak binnen de betreffende ziekenhuisorganisaties. De kwestie van de meest passende wet- en regelgeving heeft in feite de laatste decennia van de vorige eeuw voortdurend op de agenda gestaan. De juiste balans tussen landelijke normen voor goede en doelmatige

bouw en voldoende speelruimte «in het veld» staat daarbij centraal. Deregulering is noodzakelijk om die speelruimte voldoende groot te laten zijn.

In de komende jaren zijn twee belangrijke ontwikkelingen te voorzien die direct gevolg hebben voor de huisvesting van ziekenhuizen. In de eerste plaats zal de vorming van zorgketens sterk doorzetten. De uitwerking daarvan kan beperkt blijven tot virtuele en organisatorische samenwerking, maar kan ook tot diep in de infrastructuur doordringen, bijvoorbeeld door de fysieke samenvoeging van functies tussen 1e en 2e lijn, of tussen cure en care. In de tweede plaats zal binnen ziekenhuisorganisaties steeds vaker een concentratie van de kapitaalintensieve, complexe zorg op één locatie gestalte krijgen, met vanuit dezelfde organisatie een meer decentraal aanbod van vooral de poliklinische zorg en dagverpleging. Zelfstandige decentrale ziekenhuizen met een in de regio afgestemd klinisch aanbod blijven natuurlijk ook in zo'n model passen.

Het is in het regionale perspectief ook de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen om demografische, technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen, in nauwe samenwerking met andere regionale aanbieders en patiënten(organisaties) vast te leggen in een strategisch beleidsdocument, waarop de infrastructuur moet aansluiten. De huisvesting van ziekenhuizen is zo een afgeleide van de ontwikkelingen in zorg, de organisatie daarvan en de wensen van patiënten.

Voor de ziekenhuizen is voor een succesvolle bedrijfsvoering van belang dat ze in staat zijn om een doelmatig huisvestingsbeleid te voeren, waarmee de genoemde ontwikkelingen vlot gevolgd kunnen worden. Gegeven de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg en de dynamiek daarin, is het de vraag of de bouw het meest aangewezen aangrijpingspunt is voor de nog wenselijk geachte overheidssturing. Voor de overheid zijn waarborging van de geografische én de financiële toegankelijkheid – en daarmee budgettaire beheersbaarheid – van belang. Een evenwichtige spreiding van voorzieningen, sober en doelmatig bouwen en uitbreiding van functies vormen aangrijpingspunten voor overheidssturing.

Op dit moment betreft het overgrote deel van de huisvestingsinvesteringen in de ziekenhuissector instandhoudinginvesteringen (nominale bouw). Voor dergelijke investeringen kan de verantwoordelijkheid verder overgedragen worden aan de instellingsbesturen. Ook zogenaamde bestemmingswijzigingen van beddenafdelingen zullen onder de reikwijdte van het begrip instandhouding gebracht worden.

De overheid werkt via de aanpassing van de regelgeving aan incentives waarmee ziekenhuizen bewogen worden tot een doelmatige en integraal afgewogen besluitvorming rond instandhouding, vervanging, tijdelijke huisvesting, huur en uitbesteding. Ook zal een incentive gezocht worden om op meerdere locaties te kunnen blijven functioneren. Ziekenhuizen krijgen op den duur de beschikking over een normatief kader voor de nominale bouw. Zij maken hun voornemens tot besteding daarvan inzichtelijk aan de hand van een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) en leggen over de besteding van deze middelen op transparante wijze verantwoording af. Bouwprojecten die leiden tot uitbreiding van het aantal bedden of tot nieuwe functies (volume bouw) worden hiervan uitgezonderd. Zij zullen onder de directe sturingsinvloed van de overheid blijven vallen.

5.2 Uitwerking

5.2.1 Ingrediënten

In de afgelopen periode zijn, met de introductie van de zogenaamde uitgebreide melding, al aanzetten gegeven voor de stroomlijning en deregulering van het bestaande systeem van aanbod regulering ex WZV.

Het is wenselijk dat verdere stappen gezet worden, een stap waarmee het aangrijpingspunt van overheidssturing op infrastructuur verschuift van een verbodsbepaling op ziekenhuisbouw naar een toetsing die zoveel mogelijk gebaseerd is op prestatie-eisen en toetsing achteraf. Bij dergelijke eisen wordt gedacht aan bijvoorbeeld het functieprofiel, samenwerkingsverbanden in de regio en locatiekeuze.

Om een dergelijke verschuiving in de praktijk goed te kunnen laten functioneren is zowel van de zijde van de overheid als van de zijde van de ziekenhuizen een beter inzicht in het langere termijn perspectief met betrekking tot de bouw gewenst. Voor ziekenhuizen is het van belang goed zicht te hebben op de ter beschikking gestelde financiële ruimte ten behoeve van het up to date huisvesten van hun bestaande functies en activiteiten. De overheid moet vanuit haar eindverantwoordelijkheid goed zicht houden op de wijze waarop ziekenhuizen hun langere termijn beleid vertalen naar huisvesting.

De goede aanzet daartoe kan worden gegeven:

- *van de zijde van de overheid:* door een lange termijn nominaal kader ziekenhuisbouw (budgettair neutraal) met een normatieve verdeling over de individuele ziekenhuizen. In een dergelijke opzet kan de bouw-prioritering komen te vervallen. In plaats daarvan wordt in de WEZ in het kader van de toelating (onder de WEZ: de exploitatietoestemming) een nieuw instrument ontwikkeld gericht op verantwoording door en periodieke toetsing/visitatie van ziekenhuizen.
- *van de zijde van de ziekenhuissector:* door een inzichtelijk, toetsbaar Lange Termijn Huisvestingsplan. Het LTHP biedt de overheid – en andere betrokkenen – inzicht in de wijze waarop het zorgbeleid wordt vertaald naar het huisvestingsbeleid en de wijze waarop aan de prestatie-eisen wordt voldaan. Verder leggen de ziekenhuizen verantwoording af over realisatie via jaarverslag en jaarrekening.

Een normatieve bekostiging van de huisvesting van ziekenhuizen biedt – als gesloten systeem – adequaat gerichte prikkels. Het buigt ongewenst strategisch gedrag rond het maximeren (kosten en oppervlakte) van bouwprojecten en het prematuur indienen daarvan om naar een zuinig en afgewogen beleid van de kant van de ziekenhuizen. De ervaringen met de huidige meldingsregeling zijn op dit punt overwegend positief. Het meewegen van de financiële gevolgen van de bouw voor de exploitatie (inclusief «make or buy») zal hiermee vanzelfsprekender worden.

Het «bouwverkeer» tussen de overheid en de ziekenhuizen zal gebaseerd worden op de volgende drie pijlers:

- Ingaande 1 januari 2002 zal de reikwijdte van de zogenaamde meldingsregeling in tweeërlei zin worden uitgebreid. Allereerst zal niet 50% maar 65% van de nieuwbouwwaarde van de gebouwen in de vorm van trekkingsrechten beschikbaar komen. Bovendien zal ook een bestemmingswijziging van een beddenafdeling onder de meldingsregeling worden gebracht. De indieningvereisten voor een melding zullen vereenvoudigd worden.

Parallel aan de uitbreiding van de meldingsregeling wordt op basis van de zogenaamde Project Ingroei Traject (PIT)-operatie (waarbij alle ziekenhuisgebouwen in Nederland zijn beoordeeld op functionaliteit) gewerkt aan de opzet van een nominaal kader voor de ziekenhuisbouw.

Na de invoering van de WEZ zal, in het kader van de instandhouding en met de benutting van het beoogde instrumentarium van die wet, de verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur voor de huisvesting worden uitgebreid tot en met vervangende nieuwbouw.

- De opwaardering van het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) tot een verplicht document voor elk ziekenhuis, met een vooral informeel karakter voor de overheid. Dit is verder uitgewerkt in paragraaf 5.2.2.
- De opzet van een systeem van periodieke toetsing van het beleid van de ziekenhuizen, mede aan de hand van op de huisvestingssituatie toegespitste visitaties. Dit is verder uitgewerkt in paragraaf 5.2.3.

Bij de verdere uitwerking van de WEZ zal nadrukkelijk worden nagegaan welk deel van de nadere regelgeving die nu nog onder de WZV «hangt» kan komen te vervallen. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen al daarbij betrokken worden.

5.2.2 Karakteristiek LTHP

Bij de opwaardering van het LTHP is de ontwikkeling van een regionaal afgestemd strategisch beleidsdocument voor het ziekenhuis een eerste vereiste. Zo'n document is gebaseerd op het medisch beleidsplan, samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners en afspraken met verzekeraars over de invulling van de ziekenhuiszorg in de regio. De bouwkundige vertaling van dit alles komt terecht in een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP). Bij die vertaling wordt rekening gehouden met de gefaseerd beschikbaar komende instandhoudingmiddelen. Voor de eerste jaren van de looptijd beschrijft het LTHP de concrete bouwprojecten (inclusief tijdelijke en/of semi-permanente bouw en huur). Voor de langere termijn worden, wanneer concrete beschrijvingen niet mogelijk zijn, vooral richtinggevende uitspraken vastgelegd.

Voor concrete bouwactiviteiten bevat het LTHP ook een visie vanuit het ziekenhuis op het proces van bouwvoorbereiding (bijvoorbeeld een beschrijving van de voorgenomen projectorganisatie, de wijze van bouwkostenbewaking en de wijze waarop verantwoording over het huisvestingsbeleid wordt afgelegd).

Het inzicht dat de overheid heeft met betrekking tot de nominale bouwprojecten van ziekenhuizen zal vooral geput worden uit het LTHP, dat iedere twee jaar geactualiseerd dient te worden. Het is daarbij voor de overheid van belang dat ook het oordeel van de betrokken verzekeraars en van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) over het LTHP bekend is. Verder moet het LTHP voldoen aan de volgende vereisten:

- investeringen blijven binnen de beschikbare trekkingsrechten;
- duidelijke verantwoording achteraf.

De NVZ zal een «format» voor het LTHP ontwikkelen.

Het CBZ ontwikkelt zich in de geschetste opzet in de richting van een deskundigheidsbevorderend «instituut voor vakmanschap in de ziekenhuisbouw», dat actief meedenkt in het ontwikkelen van nieuwe ziekenhuisconcepten die eenvoudig aanpasbaar zijn aan de veranderende eisen van zorg- en organisatieontwikkeling. Vanuit ziekenhuizen kan dan ook in een vroege fase van de planontwikkeling een «meedenkend» beroep gedaan worden op het CBZ.

Het CBZ is, hierop reeds aansluitend, gevraagd een uitvoeringstoets omtrent de gewenste ziekenhuisspreiding te doen. Het is daarbij gevraagd hoe het moderniseringsproces van de ziekenhuizen, rekening houdend

met een goede bereikbaarheid, samenwerking en samenhang, kan worden gefaciliteerd met fysieke en virtuele infrastructuur.

5.2.3 Periodieke toetsing

De in dit hoofdstuk beschreven deregulering gaat in hoge mate uit van het zelfsturend én het zelfreinigend vermogen van de ziekenhuissector. Het streven is, de overheidsbemoeiing met zo min mogelijk rompslomp voor de ziekenhuizen gepaard te laten gaan. Vanwege het bijzondere karakter van de sector wordt een periodieke toetsing echter van belang geacht. Gedacht wordt aan de toetsing van elk ziekenhuis eens in de vijf jaar, aan de hand van een visitatie en uiteraard mede op basis van informatie uit het LTHP. Voor de visitatiedelegatie wordt deelname door een ervaringsdeskundige (zoals een oud-ziekenhuisdirecteur) en door de inspectie van de volksgezondheid voorgestaan. Deze periodieke toetsing zal worden verankerd in de exploitatietoestemming ex WEZ die bovendien niet voor onbepaalde tijd maar voor een periode van vijf jaar wordt afgegeven. Wanneer bij visitaties twijfels omtrent de (uitvoering van) huisvestingsplannen rijzen, komen het opschorten van de trekkingsrechten bij het CTG en het afgeven van een exploitatietoestemming voor minder dan vijf jaar aan de orde. Deze sancties en de daarbij te hanteren criteria zullen in het kader van de WEZ worden vastgelegd. Een van de criteria zal zijn de koppeling aan de sectorale zorgvisie van de Minister.

5.3 Concretisering

- Geleidelijke uitbouw van de meldingsregeling tot een genormeerd bekostigingssysteem voor nominale ziekenhuisbouw. De volgende stap (tot 65%) wordt op 1 januari 2002 gezet. Na invoering van de WEZ zal de stap tot het niveau van vervangende nieuwbouw worden gezet;
- Opzet van een nominaal kader ziekenhuisbouw en afschaffing van de bouwprioritering t.b.v. nominale ziekenhuisbouw;
- Uitbouw van het Lange Termijn Huisvestings Plan (LTHP) als informatief, transparant en toetsbaar document. De NVZ neemt het voortouw bij de ontwikkeling van een format voor het LTHP. Doorlichting van de «lagere» regelgeving;
- Ontwikkeling van een incentive om het blijven functioneren op meerdere locaties te faciliteren;
- Omvorming van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in de richting van een «instituut voor vakmanschap in de ziekenhuisbouw»;
- Periodieke toetsing middels een visitatie alsmede de eventueel daaraan te verbinden sancties, vastleggen in de exploitatietoestemming ex WEZ.

HOOFDSTUK 6 INFORMATIE- EN COMMUNICATIETECHNOLOGIE (ICT)

6.1 Plaatsbepaling

De gezondheidszorg is een kennisintensieve dienstverlenende bedrijfstak, waarin zeer veel gegevens over patiënten worden vastgelegd. Dit geldt zeker ook voor de medisch specialistische gezondheidszorg binnen het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Voor wat betreft de aard van de dienstverlening aan de patiënt en de noodzaak voor de ziekenhuizen en de daarin werkzame beroepsbeoefenaren tot het afleggen van verantwoording aan de samenleving, zijn enkele trends van bijzonder belang.

- Bij de **patiënt** is steeds vaker sprake van multipale en complexe

pathologie, waardoor steeds meer hulpverleners bij een en dezelfde patiënt betrokken zijn. De patiënt (en zijn omgeving) wordt voorts mondiger én deskundiger. Hij vraagt op zijn situatie toegesneden zorg die met flexibiliteit gegeven wordt op tijden en plaatsen die hem het best passen. Dit vraagt veel afstemming tussen verschillende specialisten, verpleegkundigen en ondersteunende diensten. Met de kanteling van ziekenhuisorganisaties en initiatieven voor business process redesign wordt hierop ingespeeld.

- Doordat **beroepsbeoefenaren in en rond het ziekenhuis** enerzijds meer te maken krijgen met zorg die multidisciplinair van aard is en anderzijds kortere werkweken en vaker deeltijdwerk wensen, neemt het aantal overdrachtsmomenten sterk toe. Daarmee groeit ook het risico van informatieverlies, dat van mondelinge informatieoverdracht bekend is. Aan de registratie, logistiek en administratie om de zorgverlening heen worden dan ook hoge eisen gesteld. Dit moet zo soepel en efficiënt mogelijk gebeuren, onder het motto: wel de zorg, niet de sores. Voor de zorg zelf immers hebben beroepsbeoefenaren gekozen en zijn ze opgeleid. Vanuit het perspectief van de patiënt geldt in feite hetzelfde. Patiënten willen zorg ontvangen en zich zo min mogelijk te hoeven bekommeren om al het geregeld en geregistreerd daaromheen.
- De **zorgverlening over instellingsgrenzen heen** wordt steeds omvangrijker. Ketenzorg houdt in dat de dienstverlening van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf een onderdeel vormt van een transmuraal continuüm. De patiënt staat daarbij centraal en niet de organisatorische vorm waarin de zorg verstrekt wordt. Ketenvorming is alleen mogelijk door directe adequate informatievoorziening over de grenzen van zorgverlenende organisaties heen. Het is dan ondenkbaar dat bijv. een ontslagbrief een week na het feitelijk ontslag bij de huisarts terechtkomt.
- De **webtechnologie** zal van grote invloed zijn op de relaties tussen zorgaanbieders en patiënten. Door het raadplegen van al dan niet gecertificeerde informatie op het internet weet de patiënt vaak veel meer over zijn ziektebeeld dan vroeger het geval was. Hij kan een webdokter raadplegen en zelfs geneesmiddelen bestellen. Via het NVZ wachtlijststelsel kan hij zelf kiezen waar hij het snelst aan de beurt is. Sommige ziekenhuizen geven op hun site nu al informatie over de kwaliteit van hun zorgaanbod. Praktisch gebruik van het internet zal in hoog tempo gemeengoed worden. Afspraken kunnen via internet worden gemaakt en bevestigd. Een anamnese kan via internet (deels) afgenomen worden zodat een polikliniekbezoek effectief kan worden voorbereid. Artsen kunnen e-mail gesprekken organiseren en via het net over uitslagen met de patiënt communiceren.
- Gezien het maatschappelijk belang van de zorg en de omvangrijke investeringen erin, is het logisch dat de ziekenhuizen zorgen voor **verantwoording en transparantie** bij de besteding van die middelen. Een goede en continue registratie van alle gegevens die in het primaire proces worden gegenereerd rond anamnese, onderzoek, diagnose, behandeling en daaraan verbonden kosten, gekoppeld aan een registratie van de uitkomst van de behandeling en eventuele complicaties is noodzakelijk om deze transparantie te bieden, om intern en extern verantwoording af te leggen en om tot kwaliteitsverbetering te komen. Ook hiervoor zijn een soepele en efficiënte invoer, aggregatie en beheer van gegevens noodzakelijk.

Het realiseren van moderne ICT-toepassingen binnen het ziekenhuis is dringend nodig, opdat het als instituut van kennis voor de patiënt kan

(blijven) functioneren. Een goed ICT-gebruik zal er mede toe leiden dat het ziekenhuis verder evolueert van aanbodgericht naar klantgericht. Klantgerichte zorg draait op klantgerichte mensen, ondersteund door ICT. Wanneer de inspanningen op dit vlak niet goed en snel van de grond komen, dreigt de situatie dat het ziekenhuis qua kennis en ICT-gebruik achter gaat lopen op de patiënt.

Op verschillende gebieden zal de rol van ICT dus fors (moeten) toenemen. Op sommige gebieden zijn deze ontwikkelingen te voorzien en kan en moet hierop planmatig ingespeeld worden. Op andere gebieden hebben voorspellende uitspraken slechts een zeer beperkt geldigheidsgebied. De vraag is op welke wijze de verdere evolutie van ICT-gebruik in de zorgsector het meest effectief en beheerst kan plaats vinden.

ICT zal een belangrijke rol spelen bij de verbetering van de afstemming tussen alle geledingen van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie (het primaire proces, administratie/beheer, management) en een gestroomlijnd informatieverkeer tussen de ziekenhuizen en de buitenwereld. De voordelen zijn evident: ICT maakt het mogelijk dat relevante informatie met betrekking tot een patiënt snel en op meer plaatsen tegelijk beschikbaar is, onafhankelijk van de locatie van patiënt en zorgverlener. Bovendien treedt er geen informatieverlies op bij het transport van gegevens. Voorts zal ICT een belangrijk hulpmiddel zijn bij het afleggen van maatschappelijke verantwoording en het genereren van beleidsinformatie op alle niveaus. In de besturingsfilosofie zoals vastgelegd in deze nota, is dat van groeiende betekenis.

De volgende toepassingsgebieden zijn in elk geval van belang:

- elektronische dossiervorming;
- protocollering, d.w.z. het inbouwen van standaarden, richtlijnen en protocollen in de vorm van een «decision support systeem», evt. zelfs geïncorporeerd in het elektronisch dossier;
- gegevensverkeer tussen zorgaanbieders onderling, ook in beeld en geluid;
- structurering en classificering van patiëntgegevens;
- ondersteuning van de interne kostprijsberekening en budgettering;
- elektronische databanken, zoals landelijke kwaliteitsregistraties;
- ondersteuning van het gegevensverkeer tussen patiënt, verzekeraar en zorgaanbieders.

Een totaal aan geïntegreerde ICT-voorzieningen moet uiteindelijk van ondersteuning van administratieve processen via een inhoudelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) leiden tot beslissingsondersteunende kennis- en kwaliteitssystemen. Wanneer het EPD en de DBC's volledig ingevoerd zijn, zullen zij een prima geautomatiseerde basis vormen voor registraties én declaraties. Dit zal nog flink wat inspanning en tijd van alle betrokkenen vergen.

6.2 Analyse

De ICT-netwerken in de Nederlandse ziekenhuizen zijn al betrekkelijk complex. Zij zijn echter doorgaans opgezet met het oogmerk om de financieel-economische bedrijfsvoering van het ziekenhuis te ondersteunen en om in dat kader beheer- en beleidsinformatie te genereren. De ondersteunende diensten (financiën, productieregistratie, voorraad/inkoop, ruimtebeheer, voeding, personeelsbeheer) maar ook laboratoria, afdeling radiologie, apotheek, etc. zijn dan ook vaak vergaand geïnformeerd, meestal ook met een zekere mate van samenhang.

Wat echter ontbreekt is een goede ICT-ondersteuning van het primaire proces (specialist, verpleging). De gemiddelde automatiseringsgraad onder medisch specialisten bedraagt slechts 5% en ook onder verpleeg-

kundigen is het ICT-gebruik laag. En dat terwijl een goede basisregistratie op de werkvloer juist het fundament is voor informatievoorziening op alle niveaus. Ook ontbreekt doorgaans de koppeling tussen de ondersteunende- en beheerssystemen en de primaire bedrijfsprocessen. Daardoor is interne kostprijsberekening bijv. slechts in zeer beperkte mate mogelijk. ICT-verbindingen naar zorgaanbieders buiten het ziekenhuis staan eveneens doorgaans nog in de kinderschoenen.

Voor patiënten is het, gezien de mogelijkheden die ICT in potentie biedt, steeds minder acceptabel dat gegevens bij de ene hulpverlener wel beschikbaar zijn en bij de andere niet. Dat men herhaaldelijk hetzelfde verhaal moet doen bij de gang door het zorgproces, binnen en buiten de muren van het ziekenhuis. En dat door gebrekkige informatievoorziening zelfs onderzoeken dubbel gedaan moeten worden.

Veel ziekenhuizen proberen wel systematisch de automatisering te sturen, maar dat is een moeizaam proces. De volgende factoren spelen daarbij een rol:

- onvoldoende «marktmacht» in de richting van de ICT-bedrijven. Hierbij speelt de relatief geringe omvang van de sector een rol, evenals de versnippering (geen gezamenlijke inkoop en expertise) en het ontbreken van een pakket van minimumeisen/standaarden. Ziekenhuizen zijn daarbij nog niet erg interessant voor de aanbiedende bedrijven. Een ziekenhuis wikt en weegt gemiddeld veel langer dan een willekeurig ander bedrijf over een order van f 50 000,-.
- het ontbreken van een overallvisie op de ICT-ontwikkeling in de zorgsector als geheel;
- ontbrekende deskundigheid in, ervaring met en prioriteit voor ICT bij bestuurders;
- negatieve ervaringen in het verleden: in tijd en geld uitlopende projecten, onvoldoende flexibiliteit in het systeem om tegemoet te komen aan veranderingen in de organisatie, tegenvallende prestaties van leveranciers, software die toch niet doet wat men wilde, etc;
- beperkte beschikbaarheid van automatiseringsproducten die de primaire processen adequaat kunnen ondersteunen. De meeste zorgapplicaties bevinden zich nog in het ontwikkelingsgebied. Omdat zij dus nog aan het begin van hun levenscyclus staan worden zij als instabiel beschouwd;
- voor communicatie met andere zorgaanbieders ontbreken de benodigde (beveiligde) netwerken en (ten dele) ook de standaarden.

Ziekenhuizen besteden nu ca 1,5–2% van hun budget aan ICT. En dat is voor instellingen die zo zeer rusten op een fundament van informatieverwerking heel weinig. Het snel toenemende aantal applicaties en de daarvoor benodigde capaciteit van computers en netwerken (denk aan digitale beelden) maken duidelijk dat deze financiële inzet volstrekt onvoldoende is. Een krachtig investeringsbeleid in deze infrastructuur is noodzakelijk. Specifiek m.b.t. registraties valt het volgende op. Op dit moment worden in de zorgsector veel gegevens verzameld en meervoudig geregistreerd, zonder dat steeds duidelijk is hoe betrouwbaar de gegevens zijn of welk doel ze precies dienen. Het is in dit verband zinnig dat er een beleidskader komt voor afstemming, financiering en inhoud van registraties, teneinde voluit te kunnen profiteren van de mogelijkheden die ICT biedt. Daarin wordt ook aangegeven voor welk type registraties een landelijke insteek nodig is en voor welk type niet. De NVZ inventariseert momenteel de informatiebehoefte in eigen sector en bij derden en zet dit af tegen de reeds bestaande informatievoorziening. Medio 2001 resulteert dit in een plan van aanpak.

Resumerend komt het nog niet vaak voor dat ICT in de ziekenhuis-omgeving voor strategische doelen als zorginformatie-beheer, kwaliteitsverbetering en externe verantwoording wordt ingezet. Of in de ziekenhuizen een gestructureerd gebruik van ICT van de grond komt hangt nu dan ook enigszins van het toeval af. Van de aanwezigheid van enkele digitaal bevoegen specialisten die de hele staf meekrijgen, of van een in die richting geïnspireerde raad van bestuur. Toepassingen blijven daarvoor momenteel veelal kleinschalig, zijn zelden naar buiten gericht en per ziekenhuis sterk verschillend.

De koppeling van informatiesystemen en de ontsluiting van transmurale netwerken leiden tot nieuwe vraagstukken op het gebied van privacy, coördinatie en aansprakelijkheid. Deze systemen dienen dan dusdanig integer en betrouwbaar te zijn dat zowel patiënten als zorgverleners zich hierop kunnen verlaten en beroepen.

6.3 De aanpak

Bij het formuleren van de aanpak spelen twee basale overwegingen een rol:

- Informatie die door een zorgverlener over een patiënt is vastgelegd, kan relevant zijn voor de taakuitoefening van een andere zorgverlener;
- toepassing van ICT draagt ertoe bij dat de zorgverlener op het juiste moment op de juiste plaats over de juiste informatie over de juiste patiënt beschikt.

In dit verband kan ook worden verwezen naar de aanbevelingen uit het RVZ-advies Informatietechnologie in de zorg (1996):

- er dient een open infrastructuur voor elektronische communicatie in de zorgsector tot stand te worden gebracht;
- er dient een elektronisch patiëntendossier (EPD) tot stand te worden gebracht;
- kennis over IT moet worden bevorderd;
- de juiste IT-investeringen moeten worden gestimuleerd;
- onnodige belemmeringen voor de toepassing van IT moeten worden opgeheven.

Overigens wordt in het RVZ-advies de medeverantwoordelijkheid van de overheid voor totstandkoming van de noodzakelijke standaardisatie en de benodigde infrastructuur alsmede voor het wegnemen van belemmerende wet- en regelgeving benadrukt.

6.3.1 Kaders

Voor de bevordering van een gestructureerd ICT-gebruik moet het helder zijn wát er door welke partijen op welk niveau aangepakt gaat worden. Op landelijk niveau zal in elk geval gewerkt moeten worden aan de eenheid van taal, context en structuur.

Om de verschillende met ICT samenhangende bestuurlijke vraagstukken in samenhang te bezien, is vorig jaar het landelijke platform ICT in de zorg (IPZ) gestart. In dat platform wordt gestreefd naar consensus en bindende afspraken over zaken als de inrichting en het gebruik van een fysieke infrastructuur (bijvoorbeeld met de zorgpas), de toegankelijkheid daarvan en autorisatieprocedures. Daarmee wordt een landelijk beleid ontwikkeld met betrekking tot:

- de unieke patiëntenidentificatie via een landelijk persoonsgebonden nummer (instelling van het nummer, opzet en beheer ervan);
- autorisatie van zorgafnemers en zorgaanbieders (ontwikkeling van gestandaardiseerde autorisatieprocedures voor toegang tot elektronische patiëntengegevens);

- standaardisering van de technische infrastructuur (waaronder de beveiliging);
- standaardisering van de infostructuur: het bewerkstelligen van éénheid in de berichtenuitwisseling, zowel inhoudelijk (functioneel) als qua verpakking (technisch).

Een intentieverklaring van het IPZ voor de aanpak op de bovengenoemde punten wordt in september van dit jaar verwacht.

Het CSZI en het NEN (voorheen NNI) hebben een taak bij formele standaardisatie met betrekking tot ICT. Dat betreft zowel de technische als de inhoudelijke standaardisatie. Daarbij wordt uiteraard met internationale en Europese ontwikkelingen rekening gehouden.

Bij het transport van berichten via de ICT-infrastructuur wordt onderscheid gemaakt tussen zorginhoudelijke, logistieke en administratieve berichten. Hiervoor werd geconstateerd dat de eerstgenoemde het minst ver ontwikkeld zijn. Uitgaande van de centrale positie van de patiënt zijn deze echter van het grootste belang. Op dit punt moet dan ook spoedig vooruitgang geboekt worden. Hiertoe zijn de activiteiten van VIZI (Virtuele Integratie van Zorg Informatie) van belang. Met VIZI – een project van Orde, LHV en NVZ – zijn veelbelovende stappen gezet om via het structureren van de vraagzijde de marktpositie van de ziekenhuizen ten opzichte van de ICT-leveranciers te verbeteren. De drie organisaties werken samen aan de oprichting van een stichting VIZI, waar de verschillende ontwikkelingsactiviteiten op het gebied van standaardisatie van vooral inhoudelijke informatie-uitwisseling worden ondergebracht. De kerngedachte achter VIZI is om via een wisselwerking tussen concrete geselecteerde applicaties en een (steeds te vernieuwen) landelijk referentiemodel een algemeen bruikbaar kader vast te stellen. Het IPZ wil dit als uitgangspunt voor het elektronisch patiëntendossier gaan hanteren. Daarbij worden de resultaten van het ZON-ICZ programma gebruikt.

In het project van de Zorgpasgroep zal ervaring kunnen worden opgedaan met elektronisch declaratieverkeer en met het inrichten van een landelijke infrastructuur voor elektronische communicatie. Dit betreft een project waarvoor alle betrokken partijen een aparte stichting hebben opgericht. De realisatie van een veilige, betrouwbare en neutrale infrastructuur met landelijke dekking zal daardoor nog speciale aandacht vragen.

6.3.2 Inbedding in de fysieke infrastructuur

Op dit moment investeren sommige ziekenhuizen fors in ICT, bijvoorbeeld via trekkingsrechten van de meldingsregeling, of via de eigen exploitatie. Anderen doen dit veel minder. In geval van omvangrijke renovatieprojecten of volledige nieuwbouw wordt nadrukkelijk rekening gehouden met ICT-toepassingen. Dat komt tot uiting in de lay-out van het gebouw, de relatie tussen de inrichting van het gebouw en de organisatie van het zorgproces en het gebruik van de vierkante meters.

In de komende tijd moeten de investeringen in ICT in ziekenhuizen drastisch toenemen. Gelijktijdig met het verder uitkristalliseren van de bovengenoemde kaders zijn invoering op grotere schaal en verspreiding van resultaten dringend nodig. Op zich bieden grote renovaties en nieuwbouw prima mogelijkheden om tot een breedte- en diepte-investering te komen. Ook binnen bestaande gebouwen moet echter, als ze nog geruime tijd meekunnen, zo'n investering mogelijk zijn. ICT-beleid moet immers een integraal onderdeel worden van elke bedrijfsvoering.

Daar de infrastructuur voor ICT een onlosmakelijk onderdeel van de totale ziekenhuis-infrastructuur vormt, is er ook sprake van een relatie tussen de investeringen in bouw en ICT. Inbedding van de financiering van ICT in de reguliere bouwkaders is dan ook gewenst. De betreffende regelgeving

moet daartoe worden aangepast. Een verkenning ter zake zal op korte termijn worden uitgevoerd.

Een apart punt van aandacht vormen de investeringen die nodig zijn om een (regionale) infrastructuur van de grond te krijgen. Deze gaan de financieringsmogelijkheden van de afzonderlijke deelnemers (instellingen, beroepsbeoefenaren, verzekeraars) veelal te boven. Het voornemen is, in 2000 en 2001 extra middelen beschikbaar te stellen om aan de realisatie van zo'n regionale structuur een impuls te geven.

Verder moet worden benadrukt dat minstens zo belangrijk als de aanvangsinvesteringen in ICT de periodieke investeringen en exploitatiemiddelen zijn om het systeem te onderhouden. Het onderhoud aan en upgraden van de systemen en een goed geoutilleerde, bereikbare helpdesk vragen om een stevige inzet van professionele menskracht. Een doelmatige inzet daarvan vereist een flinke schaalgrootte. Aanpak hiervan op (tenminste) regionaal niveau lijkt met het oog hierop zeker aan te bevelen. Tenslotte zullen de exploitatiegevolgen van het aanwenden van ICT-onderdeel uitmaken van de kostprijsberekeningen in het kader van het DBC-systeem.

6.3.3 Verantwoording, transparantie en EPD

Verbetering van de landelijke registraties en transparantie van de zorgprocessen kunnen bereikt worden door als basis uit te gaan van een eenmalige vastlegging van data in elektronische systemen aan de bron, d.w.z. in het primaire proces. Dit is het uitgangspunt van het elektronisch patiënt dossier (EPD). Deze gegevens moeten vervolgens veel breder beschikbaar kunnen komen. Daarbij dient uiteraard via identificatie en autorisatie de privacy van de patiënt gewaarborgd te zijn.

Landelijke kwaliteitsregistraties, die als benchmark kunnen dienen voor de externe verantwoording van de deelnemende ziekenhuizen, kunnen vervolgens worden opgebouwd uit de geaggregeerde en geanonimiseerde gegevens uit de EPD's.

Het EPD is in feite een virtueel concept: een containerbegrip voor een hoeveelheid relevant geachte data in diverse bestanden op diverse fysieke locaties. Men kan zich het EPD dan ook voorstellen als een modulair opgebouwd geheel. Ook voor de implementatie van dergelijke modules is een landelijk beleidskader noodzakelijk voor afstemming, financiering en inhoud. De scope van zo'n kader zal, gezien de samenhang in de zorg, zeker breder moeten zijn dan alleen de ziekenhuissector. De aanpak voor ontwikkeling van het EPD vormt één van de actiepunten van de intentieverklaring van het eerder genoemde landelijke platform.

6.4 Concretisering

- Uitwerking van landelijke kaders ten behoeve van een afgestemde inzet van ICT in de zorg in het IPZ. Intentieverklaring met actiepunten is in september van dit jaar getekend;
- Nagaan of huidige wet- en regelgeving belemmeringen oplevert voor investeringen in ICT-toepassingen, zonodig gevolgd door aanpassingen daarin; tevens nagaan hoe bestaande arrangementen beter voor ICT-investeringen kunnen worden benut (voor bestaande gebouwen én nieuwbouw). Inbedding van ICT-investeringen in bouw-kaders;
- Mogelijkheden voor een stimuleringsregeling voor investeringen in een regionale ICT-infrastructuur onderzoeken;
- NVZ brengt de huidige en wenselijke (organisatie van de) informatievoorziening in de ziekenhuissector in beeld, medio 2001 gevolgd door een daarop gebaseerd plan van aanpak.

7.1 Plaatsbepaling

De mogelijkheden van medicatie in de gezondheidszorg zijn in de afgelopen periode enorm toegenomen. Een verdere groei is te voorzien, onder meer vanwege de nieuwe generaties geneesmiddelen die in aantocht zijn op basis van biotechnologie. De geneesmiddelenvoorziening is in Nederland van goede kwaliteit. Dat moet zo blijven.

De laatste jaren is ook de kostentoeename die samenhangt met geneesmiddelengebruik groot. Zo groot, dat de financiële toegankelijkheid van de farmaceutische zorg in het geding dreigt te komen. Om dit te voorkomen zal veel energie gestoken moeten worden in het beheersbaar maken van deze kostenontwikkeling. Er zal gewerkt worden aan een uitgebalanceerd en integraal beheersingsinstrumentarium, dat past binnen de in deze nota weergegeven rol van partijen binnen de gezondheidszorg. Het zinnig, zuinig en zichtbaar voorschrijven is de kurk waarop een kwalitatief hoogwaardige én betaalbare geneesmiddelenvoorziening in de toekomst zal moeten drijven. Teneinde integrale afwegingen te maken bij de zorgverlening zullen de kosten van geneesmiddelen, zowel de klinische als de poliklinische receptuur, in de DBC's worden meegenomen. Dit geldt evenzeer voor de kosten van hulpmiddelen die onderdeel zijn van de medische behandeling.

7.1.1 Kwaliteit

In het najaarsakkoord meerjarenafspraken curatieve somatische zorg (1998) is overeengekomen dat overheid en veldpartijen gezamenlijk al het mogelijke zullen doen om de hoogwaardige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening in Nederland te handhaven. Verdere verbetering van de kwaliteit van zorg is mogelijk door onder meer afstemming van het farmacotherapeutisch beleid, zowel binnen de tweede als tussen de eerste en tweede lijn. Evidence based medicine (EBM) is daarbij het uitgangspunt.

Voor medisch specialisten en huisartsen zijn reeds voor diverse aandoeningen (farmaco)therapeutische standaarden ontwikkeld (consensusafspraken CBO en NHG-standaarden). Deze standaarden hebben aangetoond dat het mogelijk is om op landelijk niveau, wetenschappelijk gefundeerde, standaarden te ontwikkelen die voldoende gezag hebben en voor het veld acceptabel zijn. Om te zorgen voor een groot draagvlak dienen deze standaarden niet rigide te worden gehanteerd, maar moet er ruimte zijn voor aanpassing aan de lokale dynamiek. Lokale initiatieven kunnen, juist vanwege het grote draagvlak ter plekke, een aanzienlijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Er bestaan dan ook al diverse lokale (klinische) formularia en protocollen.

De uitbreiding van klinische formularia naar het domein van de polikliniek, gecombineerd met het opstellen van protocollen, draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Transmuralisatie van eerste- en tweede-lijns richtlijnen vergroot voor de patiënt het continuüm in de zorg en het inzicht in zijn behandeling. Dit draagt bij aan mogelijkheden voor een actieve rol van de patiënt op dit gebied. Onderzoek naar het stimuleren van «zuinig en zinnig slikken» is daarvoor eveneens van belang.

7.1.2 Kosten

Om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen is het noodzakelijk dat de kostenontwikkeling van de geneesmiddelenvoorziening beheersbaar is. Momenteel nemen deze kosten jaarlijks aanzienlijk toe. Dat is op zich niet per definitie een negatieve ontwikkeling. Een deel van de kostenstijging komt immers voort uit demografische ontwikkelingen, verruiming van

therapeutische mogelijkheden en substitutie van klinische zorg. Een onge-remde groei van de kosten van geneesmiddelen moet echter ook uit kwaliteitsoogpunt worden tegengegaan.

Bovengeschetst probleem van de kostengroei speelt zowel binnen de extramurale verstrekking van geneesmiddelen, als bij de klinische verstrekking van geneesmiddelen. De kosten van klinisch verstrekte geneesmiddelen nemen, met name ten gevolge van de specialités, jaar na jaar toe. Deze worden bekostigd vanuit het ziekenhuisbudget. De stijgende kosten drukken in toenemende mate op dit budget.

7.1.3 Transparantie

Inzicht in het voorschrijfgedrag en de kosten is, onafhankelijk van welk beheersingsinstrument wordt gekozen, een zeer belangrijke voorwaarde om tot een doelmatige farmaceutische zorg te komen.

Per 1 april 2000 zijn administratie- en declaratievoorschriften van kracht voor onder meer ziekenhuizen en apotheekhoudenden ten aanzien van de farmaceutische hulp. Op basis hiervan dienen ziekenhuizen de poliklinische receptuur en de kosten daarvan bij te houden op specialisme niveau. Vooralsnog zullen de apothekers hun gegevens ter zake aan de ziekenhuizen overleggen. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat per recept het ziekenhuis en het voorschrijvende specialisme bekend zijn. De informatie is essentieel voor het verder optimaliseren van het farmacotherapeutisch beleid.

Ten aanzien van het klinisch gebruik van geneesmiddelen moeten ziekenhuizen sinds 1 april 2000 de totale kosten hiervan vastleggen.

Ter bevordering van de zichtbaarheid van het zinnig en zuinig voorschrijfgedrag is inzicht in de banden met de farmaceutische industrie noodzakelijk. De in voorbereiding zijnde aanpassing van het besluit geneesmiddelenreclame zal hieraan een bijdrage leveren.

7.2 Aanpak

Als maatschappelijk ondernemers voelen betrokken partijen zich medeverantwoordelijk voor verdere verbetering van de kwaliteit van zorg en beheersing van de kosten van het farmaciedossier. De NVZ en Orde hebben daartoe een aanpak ontwikkeld, gebaseerd op vier pijlers. Deze aanpak vereist veel inspanningen en gedragsveranderingen van betrokken individuele zorgverleners en zorgverzekeraars. NVZ en Orde willen met hun achterbannen deze aanpak in een aantal experimenten verder vorm geven en uittesten. VWS onderschrijft de lijn uit de hieronder beschreven aanpak.

De bedoelde aanpak gaat uit van een samenhangend vierluik en is gebaseerd op twee beleidsdocumenten: «FTTO klaar voor de start» (Orde, december 1999) en «Greep op geneesmiddelen» (NVZ, maart 2000):

- Registratie en transparantie (reeds beschreven in paragraaf 7.1.3);
- FTTO's met contractuele vastlegging tussen zorgaanbieders en verzekeraars;
- Opening ziekenhuisapotheken (inkoop en aflevering);
- Omgang dure klinische geneesmiddelen.

7.2.1 Evidence based farmacotherapie

Uitgangspunt van farmacotherapie is een juiste indicatiestelling en het voorschrijven van de juiste middelen in de juiste dosering gedurende een voldoende periode. Dat impliceert dat de kwaliteit en de feitelijke onderbouwing van de farmacotherapie centraal staan: evidence based farmacotherapie.

Dit doel kan met verschillende instrumenten naderbij worden gebracht. Daarbij staan twee zaken vast. Ten eerste: geen enkel instrument is op zichzelf voldoende, steeds gaat het om een zinvolle combinatie van verschillende mogelijkheden. Ten tweede: participatie van de medisch specialisten en van de ziekenhuisapotheker is essentieel. Samenwerking met openbare apothekers en huisartsen is van groot belang, in het bijzonder wat betreft de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. Bij het realiseren van evidence based farmacotherapie kunnen de volgende instrumenten goede diensten bewijzen:

- Landelijke transmurale afspraken: op elkaar afgestemde richtlijnen voor huisartsen en medisch specialisten op het gebied van specifieke farmaca (in het algemeen de zogenaamde snelloppers: maagmiddelen, astmamiddelen, antidepressiva, etc.)
- Regionale werkafspraken, tot stand gebracht in de context van een FTTO en waarin LTA's vertaald kunnen worden (mits aanwezig).
- Een regionaal formularium als weerslag van de hierboven genoemde regionale werkafspraken, alsmede van de regionale vertaling van landelijke richtlijnen en van farmaco-economische inzichten.
- Prescriptie terugkoppeling, op individuele en vertrouwelijke basis, geeft de mogelijkheid van een benchmark. Op geaggregeerd niveau kunnen deze gegevens hun nut bewijzen binnen bijvoorbeeld een FTTO. Hiertoe is actuele informatie over het voorschrijfgedrag noodzakelijk, deze komt op grond van de administratievoorschriften beschikbaar.
- De ontwikkeling van een elektronisch voorschrijfsysteem als beslissingsondersteunend systeem ten behoeve van de arts. Hierin zullen dan de bestaande kennis en richtlijnen worden vastgelegd en worden ontsloten ten behoeve van (poli-)klinisch gebruik. Een voldoende ICT ondersteuning (op het gebied van een elektronisch medisch dossier, noodzakelijk voor bijvoorbeeld medicatiebewaking en op het gebied van een beslissingsysteem) zijn natuurlijk onontbeerlijk.

Het FTTO kan worden gezien als de eerste en noodzakelijke stap om een aantal activiteiten in een regio systematisch op te zetten. Ziekenhuisapothekers kunnen de rol van coördinator van een FTTO bij uitstek op zich nemen.

Deelname aan bovengenoemde activiteiten, inclusief een FTTO is niet vrijblijvend. Steeds zal naar wegen moeten worden gezocht om de participatie van de verschillende beroepsgroepen zeker te stellen. Dat kan bijvoorbeeld middels samenwerkingsovereenkomsten en projectvoorstellen, daarbij gebruikmakend van de juiste incentives. In organisatorische zin wordt zoveel mogelijk aangesloten bij reeds bestaande initiatieven (proeftuinen, FTO's, District op Orde, etc).

7.2.2 Opening ziekenhuisapotheken

Met ingang van 1 april 2000 beschikken ziekenhuizen over de mogelijkheid om een poliklinische apotheek te openen (wijziging artikel 13 WOG). De opening van een poliklinische apotheek heeft meerdere voordelen:

- ze versterkt de kwaliteit van de FTTO; de ziekenhuisapotheker doet kennis en ervaring op met de geneesmiddelen die poliklinisch worden voorgeschreven, waarmee deze beter in staat is om bij te dragen aan de ontwikkeling en bijstelling van transmurale formularia en protocollen;
- ze optimaliseert instructies voor gebruik doordat de ziekenhuisapotheker en medisch specialisten in nauw contact met elkaar staan. Dit bevordert een effectieve behandeling en scherp gebruik;
- ze werkt concurrentieverhogend, hetgeen een positieve bijdrage kan leveren aan de kosten en kwaliteit van de zorg;
- ze draagt bij aan klantvriendelijkheid.

In ziekenhuizen bestaat, vooral bij de ziekenhuisapothekers, veel inkoopervaring op, en kennis over, de geneesmiddelenmarkt. Wanneer de inkoop wordt uitgebreid van de klinische naar de poliklinische receptuur wordt hun positie op deze markt verder verdiept en versterkt.

Niet onderschat mag worden dat de opening van een poliklinische apotheek mogelijk een zware wissel trekt op de verhouding tussen ziekenhuisapothekers en openbare apothekers en op hun samenwerking in FTTO-verband. Al naar gelang de verhouding in een regio kan het verstandig zijn om hen als aandeelhouders bij de poliklinische apotheek te betrekken. Het ziekenhuismanagement blijft echter eindverantwoordelijkheid voor de poliklinische apotheek.

7.2.3 Dure klinische geneesmiddelen

Uit een recente quick scan onder de leden van de NVZ is (wederom) duidelijk geworden dat de kosten van klinische geneesmiddelen – ondanks de toepassing van klinische formularia – een steeds grotere druk leggen op het ziekenhuisbudget. Hierbij gaat het dan veelal om de unieke specialités. Naar verwachting zal dit probleem binnen afzienbare termijn flink toenemen met de komst van een nieuwe generatie geneesmiddelen op basis van biotechnologie.

De algemene lijn is dat de bekostiging van dure klinische geneesmiddelen valt onder de prioriteitstelling voor aanwending van het budget door het ziekenhuismanagement.

In het kader van de brede aanpak van het farmaciedossier zullen betrokken partijen de geschetste problematiek van de dure klinische geneesmiddelen nader in kaart brengen. Zij formuleren op korte termijn een gezamenlijk voorstel om nader onderzoek te verrichten naar de feitelijke (kosten van de) geneesmiddelenverstrekking binnen ziekenhuizen in 1999 en het beleid dat in de ziekenhuizen in deze wordt gevoerd (stellen van prioriteiten, beheersinstrumentarium). In betreffend onderzoek wordt tevens ingegaan op het te verwachten jaarlijkse mutatiepercentage en bruikbare, landelijke instrumenten ter beheersing van de kosten van de klinische geneesmiddelen.

7.3 Concretisering

- NVZ, Orde en de LHV spannen zich in voor de verdere uitbouw van het FTTO, om zo bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van geneesmiddelenvoorziening en een beheersing van de kostengroei;
- NVZ en Orde werken het voorstel zoals beschreven in de paragrafen 7.2.1. en 7.2.2. (en gebaseerd op de beleidsdocumenten «FTTO klaar voor de start» en «Greep op geneesmiddelen») concreet uit en testen het op werkbaarheid en effectiviteit in een aantal regio's;
- Partijen formuleren voorstellen om meer zicht op, en inzicht in de problematiek van de dure, klinische geneesmiddelen te krijgen;
- Indien het onderzoek naar dure klinische geneesmiddelen daartoe aanleiding geeft wordt het groeitempo van het ziekenhuisbudget aangepast;
- Per 2003 zijn de kosten van klinisch en poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen opgenomen in de D.B.C.'s. De kosten van hulpmiddelen eveneens.

8.1 Plaatsbepaling

In een goed functionerend gezondheidszorgsysteem sluiten vraag naar en aanbod van ziekenhuiszorg op elkaar aan. Dat is niet altijd eenvoudig omdat vraag en aanbod geen vaste gegevens zijn. De vraag is afhankelijk van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking en van demografische, sociale en economische ontwikkelingen. Het aanbod of capaciteit is afhankelijk van de beschikbare financiële middelen, de beschikbaarheid van personeel en een efficiënte organisatie van de zorg.

Voor een goede aansluiting tussen vraag en aanbod is het van belang dat middelen beschikbaar worden gesteld op basis van reële ramingen, rekening houdend met te voorziene ontwikkelingen in de zorgvraag. Blijft het aanbod achter bij de vraag, dan ontstaan vrij zeker wachtlijsten.

Dat is niet per definitie een probleem. Voor een efficiënte organisatie van de zorg is een zekere «werkvoorraad» aan patiënten een vereiste. Zo'n voorraad is nuttig en nodig voor de inplanning van diagnose en behandeling. Wachtlijsten worden pas een probleem wanneer de grenzen van medische of maatschappelijke aanvaardbaarheid worden overschreden. De ziekenhuizen zijn, met inachtneming van de financiële kaders die beschikbaar gesteld worden, verantwoordelijk voor het aanbod van voldoende zorg. Naast de inzet van materiële middelen zijn een efficiënte organisatie en planning van de zorg en de werving en optimale inzet van voldoende gekwalificeerd personeel vitale voorwaarden.

8.2 Analyse en uitwerking

8.2.1 Discrepantie tussen vraag en aanbod

Eind vorige eeuw is er een manifest gat ontstaan tussen de vraag naar en het aanbod van ziekenhuiszorg, met groeiende wachtlijsten als gevolg. Te lange wachtlijsten in de gezondheidszorg vormen een belangrijk maatschappelijk probleem. In de Nederlandse ziekenhuizen stonden per 1 maart van dit jaar ruim 90 000 mensen langer dan een maand op een wachtlijst voor opname of dagbehandeling.

Voor de toenemende discrepantie tussen vraag en aanbod waren uiteenlopende oorzaken aan te wijzen. In de vorige kabinetsperiodes was slechts een zeer beperkte groei voor de curatieve sector toegestaan. Door het systeem van budgetkortingen bij gebleken overschrijdingen werden de kosten van de ziekenhuiszorg ook daadwerkelijk strak beheerst. Uit de FOZ'en respectievelijk JOZ'en van de jaren '80 en '90 is dan ook een zeer gematigde uitgavenontwikkeling af te leiden. Op den duur bleek mede hierdoor een kloof tussen vraag en aanbod te ontstaan (de beroemde «zorgkloof» uit het jaarlijks verschijnende «Gezondheidszorg in Tel»). Tegelijkertijd kon door een gebrek aan transparantie met betrekking tot de aard en omvang van wachtlijsten de omvang van het vraagstuk niet goed inzichtelijk gemaakt worden. Naast een toenemende vraag kunnen voorts ook suboptimale organisatievormen in de ziekenhuissector bijdragen aan het wachtlijstprobleem. Hetzelfde geldt voor personeelstekorten in de branche.

In de huidige kabinetsperiode zijn er aanmerkelijk méér extra middelen voor de curatieve zorg beschikbaar gesteld. Specifiek voor de aanpak van wachtlijsten, is veel geld vrijgemaakt voor extra productie én diepteinvesteringen.

8.2.2 Reëel ramen

Reële ramingen zijn van groot belang om vraag en aanbod structureel

goed op elkaar aan te kunnen laten sluiten. Die ramingen moeten in de eerste plaats op demografische en epidemiologische ontwikkelingen gestoeld zijn. De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en de cijfers van Gezondheidszorg in Tel (GIT) vormen hiertoe uitstekende bronnen. In de tweede plaats moet voor de ramingen voor de ziekenhuisbranche gebruik gemaakt worden van inzichten in te verwachten medische en technologische ontwikkelingen. De gevolgen hiervan zijn veelal omvangrijk. Ter illustratie: toen goede heupprotheses beschikbaar kwamen is het aantal heupoperaties binnen enkele jaren verdubbeld, terwijl zich daarnaast een groeiend 2e order effect voordoet bij patiënten die aan vervanging van hun prothese toe zijn.

In de derde plaats is het van belang, rekening te houden met de voortdurende ontwikkeling van normen met betrekking tot de gewenste kwaliteit van zorg en leven. Hierbij kan gedacht worden aan vraagstukken als het aantal malen per week dat een nierpatiënt gedialyseerd moet worden en het bijstellen of afschaffen van leeftijds grenzen voor ingrepen.

In de vierde plaats vormen de zogenaamde Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden (inclusief de voorziene aanscherping daarvan) onderdeel van de reële ramingen.

De dynamiek van de medische sector zal altijd hobbels en bobbelen in aanbod én vraag met zich meebrengen. Niet alles is van tevoren in kaart te brengen. Niettemin moet, met de diverse informatieleveranciers, gestreefd worden naar beter aansluitende en dekkende ramingmethoden. Kernvraag daarbij is of de gehanteerde modellen de onderlinge interactie van de veranderingen in de zorgvraag goed in kaart brengen. Met name de extrapolatie op grond van ontwikkelingen uit het verleden vergt daarbij een kritische analyse.

Naast de reeds genoemde VTV en GIT zijn de ramingen van het SCP en CPB hierbij van belang.

Zonder een middelentoeëning op basis van goede ramingen kan de aanpak van de wachttijden die in de volgende paragraaf wordt beschreven, niet structureel beklijven.

8.2.3 Plan van Aanpak Wachttijden en inhaal slag

Zorgaanbieders, werkgevers- en werknemersorganisaties hebben in 1997, uitgedaagd door het parlement, een plan van aanpak wachttijden gelanceerd. De NVZ vereniging van ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten waren hierbij prominente partijen. Het plan van aanpak behelsde allerlei initiatieven op het gebied van transparantie en normering, betere inbedding van arbeidsgerelateerde zorg in de reguliere zorg, verbetering van logistieke processen, een inhaal slag, etc.

De overheid heeft het Plan van Aanpak gehonoreerd en 130 miljoen per jaar ter beschikking gesteld om het genoemde plan uit te voeren. Hiervan is 100 miljoen bestemd voor de ziekenhuissector en 30 voor de geestelijke gezondheidszorg.

Daarenboven is in het najaar van 1999 incidenteel nog 50 miljoen extra voor de ziekenhuissector beschikbaar gesteld.

Inmiddels is er op alle onderdelen van het plan van aanpak volop werk in uitvoering. Dat betekent dat extra productie plaatsvindt, en dat diepteinvesteringen gedaan worden.

Daarnaast bereiden NVZ, Orde en ZN de uitvoering van een tijdelijke extra inhaal slag voor op basis van een plan van PvdA en VNO/NCW. Dit plan gaat uit van aanbesteding van extra productie, die buiten de normale werktijden geleverd wordt.

Met betrekking tot de inzet van extra middelen wordt vastgesteld dat daarvoor inmiddels een aanzienlijke extra productie geleverd is. Het effect op de wachttijden en wachtlijsten is echter minder dan gehoopt. Beide tonen in algemene zin op zijn best een stabiliserende lijn. Per specialisme bestaan verschillen. Een flink groeiende vraag en veranderingen in de

indicatiestelling lijken daarbij een rol te spelen. Voor een beter inzicht in «de achterkant van de wachtlijst» onderzoekt Prismant dit jaar naast de kwantitatieve ook de meer kwalitatieve effecten die er ten gevolge van het gevoerde beleid bij de wachtlijsten en wachttijden optreden. Daarnaast manifesteert zich hier het belang van de reële ramingen, de middelen die op basis daarvan structureel beschikbaar gesteld worden en inzicht in de totale productie.

8.2.4 Transparantie

Een belangrijk onderdeel van het genoemde plan van aanpak vormde enkele specifieke acties om de transparantie omtrent wachtlijsten en wachttijden te vergroten. Om bij te dragen aan eenheid van taal als het gaat om onaanvaardbare wachttijden hebben aanbieders en verzekeraars gezamenlijk gewerkt aan streefnormen voor behandelingen in de curatieve zorg. Daarmee zijn prima handreikingen beschikbaar gekomen voor afspraken tussen lokale partijen over de omgang met wachtlijsten. Voor vergroting van het inzicht in de wachttijden is gewerkt aan een landelijke databank wachttijden. Deze is inmiddels via het internet operationeel met informatie van een representatief deel van de ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl/pub/wachtlijsten). Het deelnemend aantal ziekenhuizen zal op korte termijn verder toenemen. Gestreefd wordt naar een 100% deelname. Via deze centrale databank worden de verwachte wachttijden voor specialismen en bepaalde ingrepen voor het grote publiek inzichtelijk gemaakt. De zogenaamde Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden fungeren daarbij als ijkpunt.

8.2.5 Modernisering organisatie

Om vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten werkt men in ziekenhuizen voortdurend aan verbetering van de organisatie. Daarmee zijn in de afgelopen jaren forse efficiëncyslagen gemaakt. Men blijft zich in de ziekenhuizen inspannen om de organisatie van de zorg zo efficiënt mogelijk in te richten en voortdurend te moderniseren. Dat is, net als in elk bedrijf of instelling, een permanent proces. Zowel de kanteling van de zorg en de redesign van zorgprocessen (BPR) rondom omvangrijke groepen van patiënten in het ziekenhuis als de vorming van zorgketens zullen hieraan een extra impuls kunnen geven. In diverse ziekenhuizen wordt op al deze fronten voortgang geboekt. Met name de experimenten met de herinrichting van zorgprocessen zijn veelbelovend. Uit een recente evaluatie van Zorgonderzoek Nederland (ZON) bij acht grote ziekenhuizen blijkt dat door de herziening van zorgprocessen rond veelvoorkomende aandoeningen de doorstroomtijd aanzienlijk kan worden verkort, de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd en de kosten kunnen worden verlaagd. Men blijkt veel baat te hebben bij hantering van een strakke planning, op basis van heldere en praktische uitgangspunten. Zo'n helder uitgangspunt is bijvoorbeeld het consequent schrappen van één langdurende electieve operatie (en dus niet vijf kortdurende) wanneer zich een langdurende spoedoperatie aandient.

Het herontwerp van zorgprocessen is ingrijpend en vraagt veel inzet, doorzettingsvermogen en overleg. Het gaat niet om blauwdrukken die zonder slag of stoot van de ene ziekenhuisorganisatie naar de andere gekopieerd kunnen worden. De kost gaat steeds ter plekke voor de baat uit. Het CBO maakt op verzoek van VWS in samenspraak met de Orde en de NVZ thans een plan voor een brede implementatie van succesvol herontworpen zorgprocessen.

8.2.6 Personeelstekort

De ziekenhuissector is in de afgelopen jaren net als veel andere bedrijfs-

takken geconfronteerd met een krapper wordende arbeidsmarkt. Daardoor zijn personeelstekorten – op onderdelen – ook voor de ziekenhuizen geen onbekend verschijnsel meer. Zo zijn er – vooral uit de Randstad – regelmatig berichten dat het moeilijk is om aan onder meer OK- en anesthesie-assistenten en verpleegkundigen te komen. Om die reden worden soms tijdelijk OK's en afdelingen gesloten of suboptimaal benut. Daarnaast zijn er signalen van een krapte aan medisch specialisten.

Het tekort aan personeel wordt vanuit ziekenhuizen steeds vaker genoemd als oorzaak voor het ontstaan van wachtlijsten. Algemene arbeidsmarktverruiming is op dit moment, gezien onder meer de economische ontwikkeling en de wens van deeltijdwerk, niet te voorzien. Om er aan bij te dragen dat in de toekomst ook vraag naar en aanbod van personeel in de ziekenhuissector zo goed mogelijk in balans zijn voeren de ziekenhuizen en de overheid dan ook specifiek beleid (zie hoofdstuk 9).

8.2.7 Voorrangszorg: zorg uit balans

Een groeiend aantal koopkrachtige burgers c.q. bedrijven is in staat en bereid om voor snelle zorg extra te betalen en zo de wachtlijsten te omzeilen. In de afgelopen jaren zijn bypasses in de vorm van privé-klinieken, bedrijvenpoli's en buitenlandse klinieken aangelegd. Dit was aanleiding voor intensieve politieke discussies over de gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen. Gelijke toegankelijkheid betekent dat initiatieven die tot voorrang in de zorg leiden op andere dan medische gronden onaanvaardbaar zijn.

Alle partijen zijn het er over eens dat alles op alles gezet moet worden om in het reguliere circuit tot een zo goed mogelijke match van vraag en aanbod te komen. Het is de uitdaging voor de overheid én de maatschappelijke ondernemers in het veld om te werken aan een dusdanig goede aansluiting tussen vraag naar en aanbod van zorg dat de Nederlandse patiënt er niet over piekert, zijn toevlucht bijvoorbeeld in het buitenland te zoeken.

8.3 Concretisering

- Partijen werken gezamenlijk verder aan beter aansluitende en dekkende ramingen en ramingmethodieken en vullen ten behoeve daarvan leemtes in de bestaande informatieleverantie op. De zogenaamde Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden zijn bij de ramingen ijkpunt;
- Partijen voeren het plan van aanpak wachttijden uit en monitoren de effecten daarvan;
- Ondersteuning van het herontwerp van zorgprocessen (zie ook hoofdstuk 2), door NVZ en Orde onder meer met hulp van het CBO.

HOOFDSTUK 9 ARBEIDSMARKTBELEID

9.1 Plaatsbepaling

De ziekenhuissector is een arbeidsintensieve sector. Patiëntenzorg en de organisatie daarvan zijn mensenwerk. De sector, en daarmee het werken in de sector, zijn volop in beweging. Zowel inhoudelijke als organisatorische ontwikkelingen zorgen voor een grote dynamiek. Inhoudelijke ontwikkelingen (diagnostisch, technisch, farmaceutisch) maken dat er steeds méér kan in de curatieve zorg. Tegelijkertijd zal de gemiddelde patiënt wanneer die in het ziekenhuis opgenomen is, een gecompliceerdere aandoening hebben en zieker zijn dan voorheen. Op het gebied van de organisatie zijn vooral de ontwikkeling naar geïntegreerde ziekenhuisorganisaties, processen als de kanteling van de zorg en

de intensivering van de relaties tussen de 1e en 2e lijn van invloed op het werken in ziekenhuizen. Daarnaast zal de meer gestructureerde toepassing van ICT, zoals beschreven in hoofdstuk 6 hiervoor zeker gevolgen hebben. Tenslotte mag het effect van de verschuiving naar een decentrale sturing op de inzet vanuit ziekenhuizen op strategisch- en stafniveau niet ongenoemd blijven.

Een goed werkgeverschap is cruciaal voor een gesmeerd lopende ziekenhuisorganisatie. Daarbij hoort dat de professionals ook echt aangesproken worden als professionals, en dat zij betrokken worden bij het beleid van de organisatie. Een optimale inzet van die professionals vraagt, gelet op alle ontwikkelingen, om een vernieuwde, passende beroepsstructuur.

Niet alleen de sector zelf is in beweging. De arbeidsmarkt is dat ook. Deze is momenteel als krap te karakteriseren. Ook stellen mensen andere eisen dan voorheen aan een baan. Naast een passende honorering wordt veel waarde gehecht aan secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden (ontplooiingsmogelijkheden, kinderopvang, werktijden op maat etc.). Partijen hebben grote zorg rond de huidige spanning op de arbeidsmarkt en de mogelijkheden om de elementaire, regionale functies afdoende van bekwaam personeel te voorzien.

Gelet op het bovenstaande is op diverse aspecten een specifiek arbeidsmarktbeleid nodig. Dit zal in grote mate binnen de instellingen zelf, in samenspraak tussen management en professionals, vorm krijgen. De rol van de overheid is hierbij voorwaardenscheppend en zonodig stimulerend. VWS hecht er dan ook zeer aan dat NVZ en VAZ zo spoedig mogelijk met de HBO-raad in overleg treden over de terugloop in de instroom van HBO-opleidingen.

9.2 Analyse en aanpak

9.2.1 Trends in de behoefte aan personeel

De zorgverlener in het ziekenhuis wordt gekenmerkt door een grote en toenemende mate van professionaliteit.

Het gegeven dat er steeds meer mogelijk is in de zorg heeft enerzijds een kwantitatief effect. Anderzijds vraagt dit om een ontwikkeling van nieuwe kennis en vaardigheden. Hierdoor ontstaan nieuwe specialisaties (zoals subspecialisaties binnen vakgroepen, en allerlei soorten gespecialiseerde verpleegkundigen) alsook differentiaties in functies. Nieuwe beroepen, zoals technische functie assistent, zien het daglicht. Door organisatieveranderingen komt teamwork steeds meer in de plaats van de individuele aanpak van afzonderlijke professionals. Samenwerking en coördinatie zijn op alle niveaus voortdurend nodig. Dit legt in algemene zin een nieuw accent op het werken in ziekenhuizen. Daarnaast draagt ook dit bij aan het ontstaan van nieuwe functies, zoals transferverpleegkundige, en kwaliteitscoördinator. Specifiek voor het (middelen)management zal een goede blik op de positionering van de organisatie in het regionale krachtenveld van toenemend belang zijn.

9.2.2 Trends in het aanbod aan personeel

Bij het personeelsaanbod spelen enkele meer algemene maatschappelijke ontwikkelingen een belangrijke rol. Zo vervagen langzamerhand aan de grenzen tussen wat voorheen typisch mannen- en vrouwenberoepen waren. Potentieel betekent dit vergroting van het aanbod voor de ziekenhuizen. Tegelijkertijd verdwijnt het aloude fenomeen van de roeping om in de zorg te werken steeds meer naar de achtergrond. Men kiest niet langer alleen maar uit roeping voor de zorg, maar vanwege de aantrekkingskracht van de professe, het hoogwaardige werk, de aantrekkelijke werk-

omgeving. Het is dus van belang dat zo'n omgeving gecreëerd is of wordt. Een derde algemene ontwikkeling is de groeiende behoefte aan een werk-bare combinatie van zorg en werk (hier vaak: zorg op het werk en zorg thuis). Mogelijkheden voor flexibele werktijden en voorzieningen voor kinderopvang zijn in dit kader van belang.

Een laatste maatschappelijke ontwikkeling met veel invloed op het aanbod van personeel is die van het arbeidsverzuim door bijvoorbeeld burnout, onder meer samenhangend met het hoge niveau van de arbeidsproductiviteit in Nederland. Dit verzuim, niet zelden uitmondend in (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid vraagt om specifiek ziekteverzuimbeleid.

Door de krapte op de markt moeten ziekenhuisorganisaties extra hun best doen om aantrekkelijk zijn om in te werken. Zij moeten perspectieven bieden die concurrerend zijn met tal van andere deelmarkten, op MBO, HBO en Universitair niveau. Naast de hierboven al genoemde aspecten zijn ontplooiingsmogelijkheden door loopbaan- en scholingsbeleid, een goede aansluiting tussen de opleiding in de inzet van professionals, coachen etc. noodzakelijk. Daarbij moet niet alleen gefocust worden op het aantrekken van personeel, maar zeker ook op het behoud daarvan.

9.2.3 Aanpak

Met het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector (CAZ) zijn de betrokken partijen (overheid, sociale partners en sectorfondsen) tal van concrete doelstellingen en maatregelen overeengekomen met betrekking tot onder meer het bevorderen van instroom en rendement van opleidingen, het bevorderen van instroom vanuit doelgroepen, het behoud van zittend personeel, verbetering van de arbeidsomstandigheden en terugdringing van het ziekteverzuim. Op basis van het meerjarige beleidskader van het CAZ wordt hieraan in de komende jaren met behulp van jaarplannen uitvoering gegeven. Complementair daaraan zullen de volgende zaken in de komende jaren extra aandacht krijgen:

- *Extra aandacht werving middelbaar en hoger gekwalificeerd personeel*
Om kwalitatief op de hierboven beschreven ontwikkelingen in te kunnen spelen is tevens een beleid nodig, gericht op werving op uiteenlopende deelmarkten van middelbaar en hoger gekwalificeerd personeel. Dat speelt met betrekking tot de werving van gespecialiseerde verpleegkundigen. Daarnaast is het ook zeker van belang op deelmarkten die sterke verbindingen hebben met het bedrijfsleven, zoals de markt voor IT'ers (zie hoofdstuk 6!), laboranten en financieel deskundigen.

- *Aantrekkelijker en doelmatiger beroepsuitoefening*
De ontwikkelingen in het zorgproces vragen om verbetering van de aansluiting en wisselwerking in kwantitatief en kwalitatief opzicht tussen de verschillende beroepsbeoefenaren. Bovendien is het van belang dat werken als zorgverlener in een ziekenhuis aantrekkelijk is en voldoende perspectief biedt. Taakdifferentiatie en -delegatie binnen en tussen beroepsgroepen, specialisatie, het ontstaan van nieuwe functies en beroepen en werken volgens een teamconcept zijn ontwikkelingen die hieraan bijdragen. Meer praktijkgericht, multiprofessioneel onderwijs en duale werk/leertrajecten kunnen deze ontwikkelingen verder ondersteunen.

Dergelijke vernieuwingen moeten zodanig ingebed worden in de ziekenhuisorganisatie dat optimaal gebruik wordt gemaakt van de expertise van de verschillende beroepsbeoefenaren (wie kan het beste wat doen) én dat ruimte geboden wordt voor ontwikkeling en ontplooiing. De mogelijkheden die de huidige beroepenstructuur biedt voor een doelmatige en kwalitatief aantrekkelijke taakuitoefening kunnen nog beter worden benut. Daarnaast zal bezien worden op welke onderdelen de beroepenstructuur aan herziening toe is.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft met haar advies «Professionals in de zorg» (april 2000) waardevolle analyses en adviezen gegeven met betrekking tot – onder meer – de in deze paragraaf genoemde zaken. VWS zal in het vroege najaar zijn standpunt daarop presenteren.

Op dit thema is voorts het PEO-programma «Modernisering beroepsstructuur en opleidingen gezondheidszorg» toegespitst. Dit programma loopt vanaf 2001 en bestrijkt naast de ziekenhuissector ook andere zorgsectoren.

– *Herziening beroepskrachtenvoorziening medisch specialisten*

Veranderingen in de organisatie van de zorg en het realiseren van een doelmatige en aantrekkelijke beroepsuitoefening hebben uiteraard ook consequenties voor de medische (vervolg)opleidingen. Deze moeten inhoudelijk onder de loep genomen worden, opdat ze zo goed mogelijk bij de ontwikkelingen van de zorg(processen) aansluiten. Ook de duur van de verschillende opleidingen is een punt van aandacht (zie ook paragraaf 3.5).

De groeiende vraag naar zorg, gecombineerd met onder meer de wens tot normalisatie van werktijden leidt ertoe dat er méér dokters en andere professionals opgeleid zullen moeten worden. Speciaal voor de vervolgoopleidingen van specialisten zal het vraagstuk van de gewenste instroom in de vervolgoopleidingen door het capaciteitsorgaan bestudeerd worden. De totale opleidingscapaciteit (en de gewenste instroom per specialisme) zal daarbij worden geraamd door het capaciteitsorgaan en worden vastgelegd in een capaciteitsplan. De Minister van VWS stelt na overleg met het capaciteitsorgaan de capaciteit en de uitbreiding ervan vast en vertaalt dit in een opleidingsbudget.

Met betrekking tot de raming voor de instroom in de initiële opleiding geneeskunde is het recente Kabinetsbesluit tot instelling van een MDW-werkgroep «Toetredingsbelemmeringen medische beroepsgroepen» van belang. Deze werkgroep start dit najaar en zal in haar werkzaamheden onder meer het vraagstuk van de numerus fixus betrekken.

Het rendement van de opleiding (gelet op bijvoorbeeld tussentijdse uitval) en doorstroom van de opleiding naar het daadwerkelijk werken in het ziekenhuis baren enige zorg. Opleidingen zijn duur. Zij vragen op zich al veel inzet van menskracht. Bezien moet worden, hoe het rendement en de doorstroming in de toekomst verbeterd kunnen worden. De financiering van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten blijkt tot knelpunten te leiden. In de toekomstige bekostigingssystematiek van ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4) vormen (vooral) nog de opleidingen één van de onderdelen die tot het vaste deel van het budget zullen behoren.

Bij de totstandkoming van het capaciteitsorgaan is reeds afgesproken dat er een geoordeeld budget in de zorgnota zal komen ten behoeve van de opleidingen. Dit budget kan voor een belangrijk deel gevuld worden door herallocatie van middelen die reeds nu feitelijk worden aangewend door ziekenhuizen en specialisten ten behoeve van het opleiden. Tevens zal hierbij een aanvulling nodig zijn, onder meer ten behoeve van de noodzakelijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Het aldus gevormde opleidingsbudget kan vervolgens ter beschikking komen aan de ziekenhuizen en specialisten die feitelijk betrokken zijn bij de opleidingen. De erkenning door de MSRC van de opleidingsinrichtingen en de opleiders is daarbij randvoorwaarde.

– *Modernisering arbeidsvoorwaardenpakket*

Onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden vinden op landelijk niveau plaats tussen de sociale partners: de NVZ als werkgevers-

organisatie tezamen met de betrokken werknemersorganisaties. VWS stelt het totale budgettaire kader voor de ziekenhuizen vast, waarvan de personeelscomponent ruim 55% uitmaakt.

De ziekenhuizen hebben ten aanzien van een aantal arbeidsvoorwaarden een moderniseringstraject afgesproken met de werknemersorganisaties, opdat ze concurrerende arbeidsvoorwaarden kunnen ontwikkelen voor eerder genoemde relevante (deel)arbeidsmarkten. Een aantrekkelijk arbeidsvoorwaardenpakket moet ruimte geven voor functiedifferentiatie, taakverrijking en -uitbreiding, functionerings- en beoordelingsmechanismen, loopbaan- en scholingsbeleid, verbetering van de kinderopvang, een passend leeftijdsgericht personeelsbeleid, flexibele verlof- en beloningsstructuren en verruilmogelijkheden in de zin van employee benefits. Ziekenhuizen geven daar in hoge mate zelf vorm aan.

Daardoor is ook een goede aansluiting mogelijk bij regionale arbeidsmarktaspecten en regionale initiatieven vanuit de arbeidsvoorziening en het sociaal fonds (transferpunten).

9.2.4 Nader onderzoek personeel

In voorgaande paragrafen is gesproken over de dynamiek in de ziekenhuissector en de veranderingen die deze tot gevolg heeft voor de hoeveelheid en samenstelling van het personeel in ziekenhuizen. Dit heeft weer effect op de functiestructuur en de daarmee samenhangende gemiddelde loonkosten. Daarnaast hebben trends aan de aanbodzijde van de arbeidsmarkt gevolgen voor de werfkracht die ziekenhuizen nodig hebben om een adequaat personeelsbestand te kunnen inzetten.

Samenvattend zijn met betrekking tot de loonkosten de volgende twee trends met name relevant:

- de behoefte aan goed opgeleide professionals, met MBO-, HBO- en universitaire opleidingen, neemt toe. In de toekomst lijkt deze trend zich verder door te zetten. Ziekenhuizen zullen daarom voor hun personeelsbehoefte vooral actief zijn op de deelarbeitsmarkten voor middelbaar en hoger personeel;
- het personeelsbestand binnen de ziekenhuizen maakt nu een ontwikkeling van vergrijzing door, mede door een sterke daling van het personeelsverloop. Factoren die bij deze daling een rol spelen zijn onder meer het participatiegedrag van mensen, het personeelsbeleid in instellingen en het overheidsbeleid.

NVZ en VWS spreken af om gezamenlijk onderzoek te doen naar de consequenties van de geschetste ontwikkelingen. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- a. wat zijn de huidige, en voor de toekomst te verwachten ontwikkelingen in de personeelsbehoefte en -voorziening van ziekenhuizen mede gelet op de veranderingen in de zorg en de daarmee samenhangende veranderingen in de organisatie? Daarbij wordt zowel gekeken naar de ontwikkelingen (opleidingen, organisatie- en functiestructuur, leeftijd, deeltijdarbeid) van het zittend personeel als naar de potentiële personeelsinstroom;
- b. Welke deelarbeitsmarkten zijn nu en in de toekomst van belang en hoe kunnen ziekenhuizen zich adequaat op deze markten begeven? In dit kader spelen afwegingen rond substitutiemogelijkheden tussen arbeid en kapitaal, interne opleidingscapaciteiten versus het extern werven en het zo goed mogelijk benutten van het personeel binnen de organisatie een rol;
- c. Wat betekenen de constatering voortkomend uit a. en b. met betrekking tot de inzet van personeel – in termen van zowel hoeveelheid als

samenstelling – voor de functiestructuur en de daarmee samenhangende de toekomstige loonkosten van de sector ziekenhuizen?

In ziekenhuizen dient immers gewerkt te worden binnen het «spanningsveld» van het leveren van de gevraagde zorg, het voeren van een goed personeelsbeleid en het gegeven budget. Bij dat laatste hoort eveneens het aanbieden van concurrerende arbeidsvoorwaarden – door middel van onder meer het afsluiten van een of meerdere CAO's, c.q. arbeidsvoorwaardenregelingen.

9.3 Concretisering

- Partijen gaan door met de uitvoering van hetgeen overeengekomen is in het CAZ, mede op basis van jaarplannen;
- In het CAZ maken partijen zich sterk voor een beleid gericht op werving op de deelmarkten van middelbaar en hoger gekwalificeerd personeel;
- VAZ en NVZ gaan met de HBO-raad overleggen over de mogelijkheden om de terugloop in de instroom te keren;
- De financieringssystematiek m.b.t. de opleidingscapaciteit zal nader onderzocht worden. De mogelijkheid van stimulerende incentives (bonussen, vergoedingen stageplaatsen) zullen daarbij bezien worden;
- De numerus fixus geneeskunde wordt bezien door de MDW-werkgroep «Toetredingsbelemmeringen medische beroepsgroepen»;
- Er vindt een onderzoek plaats naar de consequenties van diverse ontwikkelingen in ziekenhuizen en op de arbeidsmarkt voor de functiestructuur en de daarmee samenhangende gemiddelde loonkosten van ziekenhuizen.