

## Toekomstige differentiatie ziekenhuizen en functies?

Paul Blok, Lucas Kingma

### Inleiding

De recente ontwikkelingen binnen de wereld van de intramurale zorg en de medisch-specialistische organisaties vinden hun oorsprong in een aantal veranderingen, bijvoorbeeld de budgettering, de CAO, werktijden, positionering van medici en overigen, integratiemodel en het verzekeringsstelsel. Ook relevant zijn het toenemend aantal welvarende ouderen, de steeds hogere eisen die worden gesteld aan de zorg, ontwikkelingen binnen de zorg, zorgmodellen, de feminisering en technische ontwikkelingen. Het krachtenveld waarbinnen de zorg moet functioneren is veranderd en zal nog aanzienlijk blijven veranderen; het blijft echter binnen de kern van het zgn. Biesheuvel-model en behoudt de knelling van onvoldoende budget en personeel. De spanningen binnen de zorg zullen de komende jaren oplopen, waar de politiek de budgettering niet wil loslaten, de premies wel worden betaald en de zorg in toenemende mate *niet* kan voldoen aan 'de vraag'. Van een sturing vanuit oneindige vraag verzeilden we langzaam naar het model van gereguleerde zorg via een altijd ontoereikend budget; dit leidt per definitie tot verlenging van 'de wachtlijsten', is de basis achter de wens dan wel de noodzaak tot 'goedkoper' produceren en heeft derhalve forse effecten binnen de instellingen en de organisatie van de zorg. Het personeelsgebrek wil men ten dele oplossen door het scheppen van 'tussenlagen' en het verschuiven van functies in de richting van meer zorg door goedkopere krachten [nurse practitioner en 'ziekenhuisarts']. De tendens tot werktijdregulatie en werktijdverkorting ligt in het verlengde van deze ontwikkelingen, maar heeft tegelijkertijd een belangrijke bijdrage aan de waarneembare ontsporing geleverd. Het systeem zit kapot en het zal nog verder kapot gaan!

De hoofdpunten zijn:

1. De budgetten zijn ontoereikend; het effect daarvan neemt toe
2. De positie van de zorg en de daarin werkenden is verslechterd
3. De tekorten aan personeel zijn onvoldoende te corrigeren
4. De werktijden zijn te sterk gedaald ten opzichte van vraag én productiviteit
5. De organisatorische 'oplossingen' vergen een te groot deel van de budgetten

De 'oplossingen' zijn:

1. De zorg moet goedkoper worden, want meer te 'doen' vanuit hetzelfde aan geld
2. De ziekenhuizen zoeken vormen van concentratie en gebiedsuitbreiding [adherentie]
3. De differentiatie van de taken der ziekenhuizen kan een deel van het probleem oplossen
4. De functies van en taken binnen de ziekenhuizen zullen derhalve aanzienlijk veranderen
5. De functies zullen ten dele meer orgaangericht superspecialistisch worden, maar worden aangevuld met bredere, min of meer poliklinisch gerichte taken en functies, inclusief kwaliteitsborging.

Zeker is: het aantal zieken en ziekten zal niet afnemen, door welke maatregel te nemen door wie dan ook. Dat sombere perspectief betekent echter niet dat er geen verandering zal komen binnen de ziekenhuizen in de zin van differentiatie en verandering van de functies. Die komt zeker!

### De huidige situatie

Thans zijn er 8 academische/toppreferentie-/topklinische ziekenhuizen, circa 25 topklinische ziekenhuizen, alle met opleiding en diverse topklinische functies, en circa 75 ziekenhuizen, vele met diverse opleidingen en enkele topklinische functies. Binnen de ziekenhuizen is er de bekende verdeling in intensive/high/medium/special care, 'gewone' bedden, dagverpleging/short-stay unit en 'de polikliniek'. Daarnaast is er de organisatie van verpleeghuizen, thuiszorg en huisartsen. Dit reeds lang bestaande evenwicht zal gaan veranderen om mee te kunnen gaan met de noodzakelijke aanpassingen. Aangezien van het totale budget van de zorg circa 72% naar salaris/honorarium gaat, ligt het voor de hand om daar de eerste en grootste bezuiniging te gaan zoeken, waar de overige 28% mede wordt bepaald door de vaste lasten [gebouwen, apparatuur]. De kosten van medicatie en

materiaal worden hier verder buiten beschouwing gelaten, hoe interessant ze ook zijn in politieke zin, maar ze vallen wel binnen die 28%. Het logische effect is concentratie en verandering van functies.

### **Te verwachten ontwikkeling**

Als gesteld wordt dat het goedkoper moet, dan wel beter passen binnen het budget, betekent dat in de praktijk altijd meer concentratie van locaties en functies; het een hangt samen met het ander. Dat *niet* gedaan betekent dat de afstand tot het optimum bij het consequent te laag gehouden budget groter zal worden en dat dus de wachtlijsten zullen oplopen, inclusief een toename van de werkdruk, met alle negatieve effecten van dien. Het moet immers binnen dat budget, ook qua beleid! Dure [be]handelingen, die inzet van veel personeel en veel gelden vergen, kunnen niet meer 'overal' gedaan worden, maar worden geconcentreerd. Daarentegen dienen eenvoudige en derhalve goedkopere [be]handelingen zoveel mogelijk 'lokaal' te blijven om onnodig transport te vermijden [ook dat is erg kostbaar], met name om de gewenste brede bereikbaarheid te kunnen blijven 'garanderen'. Minder budget/personeel/materiaal beschikbaar? 'Zet dat schaarse dan optimaal in', dat is de teneur van het te verwachten beleid. Het is dan ook te verwachten dat de concentratie binnen de intramurale zorg zich zal voortzetten, dus meer grote instellingen met een bredere functie. Te verwachten is de ontwikkeling tot het volgende model: 8 academische ziekenhuizen en 40-50 grote ziekenhuizen. Naast die ziekenhuizen zullen dan loco-regionale nevenvestigingen aanwezig [moeten] blijven met functies op het gebied van dagverpleging/short stay, polikliniek, spoedeisende eerste hulp in beperkte vorm [er komen immers 14 traumacentra] en de relaties met huisartsen en thuiszorg.

### **Functies, maatschappen en opleiding**

Met deze concentratie verschuift ook [een deel van] de locatie van topklinische zorg en opleiding, ook voor de radiologie. Ons aantal van 8+13 opleidingen is daarmee niet in strijd; in tegendeel, de kans dat zich hiermede de wens zal ontwikkelen tot meer locaties van niet-universitaire opleiding is groot. Maar eerst en vooral zal er een groter verschil gaan ontstaan qua functie van afdelingen. Die 40 tot 50 instellingen zullen in principe alle zorg in hoge kwaliteit dienen te leveren inclusief, alle gevorderde vormen van radiologie, dus ook inclusief interventies. Die functies verdwijnen dus bij de kleinere eenheden! Er komt ook hier meer tweedeling. Binnen de grote eenheden zullen forse maatschappen gaan ontstaan, dat wil zeggen meer dan 8 à 10 radiologen. Dat roept om een verdere ontwikkeling tot orgaanspecialist dan wel superspecialisatie. Het effect daarvan zal zijn dat een vorm van tweedeling binnen de opleiding tot radioloog binnenkort werkelijkheid zal worden, waar de markt immers zal vragen om drie soorten radiologen:

- universitair gericht, derhalve bijkans per definitie orgaanspecialisten;
- orgaanspecialisten voor de invulling van de grote eenheden, gedifferentieerd per functie;
- algemene radiologen voor de invulling van de kleinere eenheden, minder gedifferentieerd.

Deze grote maatschappen zullen behoefte krijgen aan gedifferentieerd opgeleide radiologen, met een taak die ten dele afhankelijk zal zijn van de functie van de instelling en van de organisatie van het 'moederziekenhuis' plus bijbehorende 'satellieten'. Een deel der radiologen zal dus specifiek 'doorgeleerd' moeten hebben naast de algemene en brede basis, die elke radioloog als basale generalist in circa vier jaar zich zal moeten eigen maken. Ook het onderwijscurriculum dient zich aan te passen aan deze komende werkelijkheid. Een werkelijkheid die men zal moeten aanvaarden, gelijk de komst van: pseudo-dienstverband, feminisering, deeltijdwerk en regulatie van werktijden. Het is te verwachten dat binnen een termijn van vijf jaar de wens tot een dergelijke differentiatie realiteit zal zijn, en dat ligt dan in het verlengde van de nu al bekende beleidslijn vanuit de CCMS en de MSRC, inclusief de aldaar plaatsvindende zelfstandige ontwikkelingen, waaronder de verkorting van de duur van vele opleidingen [basis plus 'aantekeningen'] en de wijze van besluitvorming daarover.

### **De overheid en wetgeving**

De overheid zal deze ontwikkelingen steunen/begeleiden/gedogen zolang haar hoogste doelen (beperking van het budget, kwalitatief goede zorg, voldoende 'bereikbare' zorg en afdoende zeggenschap) niet in het geding komen. De functiedifferentiatie van de ziekenhuizen wordt door haar gezien als een methode om tot een meer aanvaardbare verdeling van de bewust schaarse middelen te komen en toch voldoende toegang tot een kwalitatief verantwoorde zorg te behouden, met als gunstig

neveneffect het verhogen van de lokale ervaring en derhalve kans op verkorten van specifieke wachtlijsten, met behoud van die veel geroemde kwaliteit. Het is alleen jammer dat de leiding vanuit het ministerie te zwak is om een en ander goed begeleid uit te gaan voeren. Het is niet te verwachten dat de overheid op korte termijn direct ingrijpt en het geheel per wet gaat sturen; ze heeft de neiging om echt moeilijke zaken 'in het veld te laten' en de oplossing 'uit betrokkenen' te laten komen. Maar dat wil niet zeggen dat we dan beter af zijn: een actief beleid in allerlei organen en organellen is voor de NVvR van groot belang, en dus moet onder andere binnen de OMS gezorgd worden voor adequate invulling, maar ook in bijvoorbeeld het Capaciteitsorgaan, de MSRC, het CCMS, de KNMG, etc. Alleen via goed functioneren van dergelijke netwerken [een duidelijke taak qua coördinatie voor het bestuur van de NVvR!] kan een goed resultaat voor de leden van de NVvR min of meer zeker gesteld worden.

### **De verzekeraars**

Hier ligt een van de reële machtscentra! De nu vrijwel volledige budgettering van deze groep met een zeer krachtige marktpositie heeft een goede lobby. Met de steun van de wet in de rug zullen de verzekeraars, al dan niet via ZN, hun gegroeide macht en invloed zeker uitbuiten. Zij kopen zorg zo goedkoop mogelijk in en hebben, zowel direct maar met name indirect, zeer veel invloed op het intramurale beleid. Zij halen voor de politiek veel kastanjes uit het vuur en laten zich daarvoor goed betalen middels aparte budgetten en politieke dekking! Op termijn zal hun invloed zeker nog verder stijgen. Zij doen liever [en beter] zaken met 40 tot 50 grote eenheden die regionale dekking geven, dan met 100 kleinere eenheden; het geeft hun grotere zekerheid met het oog op hun eigen 'leveringsplicht en zorgplicht' ten opzichte van premiebetalers. Zeker nu er sprake is van de door Biesheuvel gewenste integratie is hun invloed groot geworden, met name ook nu de overheid het zogenaamd overlaat aan 'het veld'.

### **De ziekenhuizen**

De tweede machtsfactor van betekenis. De wet Integratie Medisch Specialistische Zorg is voor hen een belangrijke steunpilaar qua beleid. Zij zijn contractpartner voor de integrale zorg en hebben verplichtingen qua continuïteit voor 'kwaliteit en zorg' door deze middels afdelings- en honorariumbudget dóór te 'verkopen'. Aan veel is te merken dat zij deze in de wet bevestigde rol *niet* met tegenzin spelen. De combinatie verzekeraar/ziekenhuis is allesbepalend geworden, en hier geldt 'meer voor minder geld is beter'. Het is dus te verwachten dat de tendens van concentratie, differentiatie en functieverhuizing zal worden gebruikt om een voor de instelling gunstig resultaat te behalen of te behouden. Dat alles onder het mom van 'zorgplicht'! De recent afgekondigde 'beheersing' van sommige kosten na de budgettering werkt in het voordeel van de ziekenhuizen.

### **De huisartsen**

Deze groep, die al jaren met succes een beroep weet te doen op de publieke opinie en de politiek [dat ligt in elkaars verlengde], zal ons met rust laten zolang wij hun primaire zorgtaak niet aantasten. Weliswaar komt er te weinig terecht van de functie van poortwachter, maar dat is van een andere orde. Zij varen wel bij huidige klimaat van 'meer zorg naar de goedkope huisarts' en 'minder naar het dure ziekenhuis'. Niemand zal hen daarin belemmeren; in tegendeel, hun tekort wordt, buiten de wet- en regelgeving om, aangepast! Hier is voor ons geen winst te behalen, zij varen een eigen koers en zien ons niet eens staan!

### **De staven**

Het grote en bekende dilemma: integratie en harmonisatie. Het eerste is nu bij wet geregeld, en daar zullen we dus aan moeten wennen; beter nog, we zullen proactief moeten gaan medewerken, want alleen dan is er nog winst te behalen. De harmonisatie in werklust is nog ver weg, waar velen wel al zijn begonnen met harmoniseren in geld. Deze loskoppeling is erg riskant, maar wordt toch in vele staven en lokale initiatieven gezien. Op termijn zullen we niet ontkomen aan verdere stappen in die richting, want er tekent zich, zij het langzaam, een draagvlak voor af, mede ingezet door de wens tot meer deeltijdwerk en feminisering. Ook hier geldt dat de afdelingen radiologie het advies krijgen om er lokaal voor te zorgen dat zij afdoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen, bij voorkeur door

deelname in de relevante organen zoals stafbestuur en regio-overleg. De komst van DBC is hierin cruciaal; dat wordt lokaal en landelijk onderhandelen [met goede argumenten?].

### **De OMS**

Hier vindt de feitelijke politieke ontwikkeling plaats, hetgeen derhalve ook daar een proactieve deelname vereist van de radiologen, vanuit vertegenwoordiging van staven, regiobesturen en de NVvR. Het is bekend dat vanuit diverse academische instellingen negatief wordt geoordeeld over de werkzaamheden van en vanuit de OMS en de NVvR, maar voorlopig ligt de macht daar wel als 'medegewicht' ten opzichte van verzekeraars, ziekenhuizen en de overheid. Uiteindelijk speelt het spel zich af tussen deze vier partijen! Het bekende dilemma is: proactief, reactief of negatief. Het eindoordeel is, mede gebaseerd op ervaringen sedert 1990, dus inclusief de laatste jaren van de aloude LSV, dat proactief toch het meeste oplevert, en derhalve mag en moet een gezamenlijke inspanning gevraagd worden, ook vanuit de NVvR, haar leden en commissies, inclusief de opleiders.

### **De NVvR**

Met een herkenbaar beleid, gestuurd via een ruime coördinatie vanuit het Bestuur, moet het de verschillende organen van de NVvR gelukken om haar taak naar binnen, maar vooral naar buiten, goed uit te leggen en in te vullen. Veel zal daarbij verlopen via de OMS, de staven en de ziekenhuizen. Maar alles begint met een breed gedragen beleid dat adequaat aan de leden bekend gemaakt is, na diepgaande overwegingen en besluitvorming via een ledenvergadering. Een separate rol is voor de NVvR niet weggelegd; wel is zij de allergrootste van de groep 'ondersteuners'. Met ruim 800 leden is de NVvR ruim tweemaal zo groot als de eerstvolgende, de Pathologie. Deze overheersende positie geeft extra verantwoordelijkheid. Het leggen van dwarsverbanden met de Pathologie wordt al langer gedaan [het zgn. PARA-overleg], en er wordt op vele punten gezamenlijk opgetreden binnen de OMS. Het Bestuur heeft de verantwoordelijkheid een beleidsvoorstel aan de leden voor te leggen.

### **De conclusies.**

Het is reëel een aantal veranderingen in het krachtenveld te verwachten:

- De versterkte positie van verzekeraars en ziekenhuizen bij een zwakke overheid;
- het blijvend en structureel tekortschietend budget, dus noodzaak tot bezuiniging;
- de ontwikkeling van verdergaande differentiatie tussen instellingen met verschuiving van functies
- de komst van differentiaties in de opleiding en verkorting van de basisopleiding tot radioloog;
- de komst van meer orgaanspecialisatie, 'aantekeningen', meer deeltijdwerkers en feminisering;
- de noodzaak tot een proactief beleid, mede ter verkrijging van een passend gewicht binnen de OMS;
- deze aanzienlijke verschuivingen in het totale veld geschieden in de komende 10 jaar;
- de 'verwerking' tot een DBC-sturing wordt cruciaal in velerlei opzicht, inclusief de AGIO-getallen.

*Tekst zoals gebruikt tijdens de bijeenkomst van een aantal commissies en het bestuur van de NVvR op 18 september 2000.*

NB: in de troonrede van 19 september en in de NRC van 18 september zijn bovenstaande tendensen op hoofdlijnen bevestigd. Zo is de beschreven concentratie terug te vinden en blijkt er voor de tweede lijn opnieuw een te beperkte extra bijdrage te zijn gereserveerd. Ook de recente 'beheersing' als aanvulling op de bekende budgettering brengt ons weinig; het verhoogt de druk op de wel gebudgetteerde verzekeraars die des te meer de neiging zullen hebben om goedkope zorg via de geïntegreerde ziekenhuizen in te kopen, want ze 'moeten' nu immers voor elke operatie gaan betalen in het kader van deze ommezwaai, die de hoge politieke nood bij VWS tekent, en in het bijzonder bij deze minister.[LMK]

*Dr. P. Blok, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Pathologie*

*Dr. L..M. Kingma, oud-voorzitter Nederlandse Vereniging voor Radiologie*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.