

Vergaderjaar 1998–1999

26 275

Positionering academische ziekenhuizen

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAPPEN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 1998

Een sterke en dynamische academische sector is een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van een goede gezondheidszorg. Dat betekent dat er voldoende middelen voor deze sector beschikbaar moeten blijven, binnen het totaal dat beschikbaar is voor de gehele gezondheidszorg. Dat geeft mogelijkheden én begrenzings.

Om, binnen deze begrenzings, over een sterke academische sector te kunnen blijven beschikken is op een aantal punten specifiek beleid nodig.

Wij hebben de behoefte het beleid op hoofdlijnen weer te geven in bijgevoegde notitie positionering academische ziekenhuizen. In de eerste plaats vinden wij het gewenst dat er weer een actueel overzicht van de ontwikkelingen binnen de academische sector voor iedereen beschikbaar is. Ook op het terrein van de bekostigingssystematiek en taakverdeling academische ziekenhuizen zijn de nodige inspanningen verricht die ertoe moeten leiden dat in 1999, in samenspraak met de betrokken partijen, beslissingen worden genomen over de invoering van een bekostigingsmodel voor de academische ziekenhuizen en de invulling van het zwaartepuntenbeleid. Een andere reden is het eindrapport van de Interdepartementale beleidsonderzoekswerkgroep Academische ziekenhuizen waarover wij u willen informeren. Dit rapport is, inclusief het NZi-onderzoek naar doorverwijsgedrag van algemene ziekenhuizen, bij deze notitie gevoegd.¹

In gesprekken die wij met de Vereniging Academische Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland hebben gevoerd is het behoud, de kwaliteit en de ontwikkeling van de topreferentiefunctie in de academische ziekenhuizen een belangrijk aandachtspunt gebleken. Daarbij zijn in ogenschouw genomen de karakteristieken die de academische ziekenhuizen onderscheiden van andere ziekenhuizen:

- de concentratie van een breed spectrum aan topklinische functies en geconcentreerd aanbod van topreferentiezorg, ontwikkelingsgeneeskunde en opleidingen binnen het academisch ziekenhuis.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

- de werkplaatsfunctie ten behoeve van de medische faculteiten.

Wij streven ernaar dat in de academische sector evenals in de rest van de zorgsector, de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij uitvoerende partijen ligt.

Voor de positionering van instellingen in het geheel van de curatieve zorg geldt dat het algemene beleid net zozeer voor academische ziekenhuizen als voor de andere ziekenhuizen aan de orde is. Eenvoudig gezegd draaien de academische ziekenhuizen zoveel mogelijk «gewoon mee» in de ontwikkelingen. Bemoeiing van de rijksoverheid met de academische ziekenhuizen blijft echter naar onze opvatting noodzakelijk waar het gaat om hoofdpunten van beleid met betrekking tot de bijzondere zorgfunctie – hun betekenis voor de topklinische en topreferente zorg, de opleidingen en de werkplaatsfunctie en als uitvloeisel daarvan de infrastructuur.

In onze notitie passeert een aantal activiteiten, projecten en onderzoeken de revue. Zo komt onder meer het volgende aan de orde.

- De behoefte aan verbetering van de gezondheidszorg en aan voortgaande aanpassing aan de behoeften van de maatschappij, zowel voor de ziekenhuiszorg als de overige zorg. Het gaat om inhoud en organisatie van de zorg. Hiervoor zijn goed ontwikkelde centra voor research en development vereist.
- De wenselijkheid van een meer samenhangende aansturing door medische faculteit en het academisch ziekenhuis, die in diverse plaatsen al geleid heeft tot de vorming van centra voor academische geneeskunde en gezondheidszorg. De afstemming tussen universiteit en academisch ziekenhuis ten behoeve van de werkplaatsfunctie is neergelegd in een plandocument dat een fundament legt onder het geïntegreerd medisch cluster. In het licht van de recente gewijzigde universitaire bestuursorganisatie zal de wettelijk voorgeschreven structuur voor samenwerking, waarin sprake is van een verplicht gemeenschappelijk beleidsorgaan en een facultatief gemeenschappelijk uitvoeringsorgaan, worden geëvalueerd.
- De verticale en horizontale netwerken in de gezondheidszorg ontwikkelen zich snel. De academische centra hebben als kenniscentrum hierin van nature een innoverende rol. De regiefunctie die de academische centra in de opbouw van de netwerken kunnen en moeten vervullen, hebben een natuurlijk karakter, niet opgelegd en sterk afhankelijk van de acceptatie door de partners.
- Verdere uitwerking van het beleid van zwaartepunten en taakverdeling door de academische clusters en het maken van concrete afspraken over concentratie van topzorg en onderzoek.
- De wettelijke inkadering van de topklinische zorg is recentelijk gemoderniseerd en de beleidsuitvoering (in de vorm van halfjaarlijks overleg, planningsbesluiten en vergunningen, financiering) heeft een geaccepteerde vorm gekregen.
- Voortzetting van het Hoofdlijnenakkoord voor de komende jaren, gebaseerd op nieuwe inzichten. Overigens vinden de meerjaren afspraken tussen de VAZ en de minister van VWS in deze kabinetsperiode plaats in het bredere kader van de «nieuwe bestuurlijke aanpak» zoals beschreven in het Regeerakkoord.
- Het NZi doet onderzoek naar de topreferentiefunctie en maakt deze inzichtelijk. Ook levert het NZi bouwstenen ten behoeve van de ontwikkeling van een bekostigingsmodel. Na afronding van het NZi-onderzoek wordt een besluit genomen over de vormgeving van de bekostiging van de topreferentiefunctie.
- Zowel door de veranderende opvattingen over ziekenhuisbouw in het algemeen als door de veranderende relatie tussen het academisch ziekenhuis en de faculteit is er behoefte aan herbezinning ten aanzien

van de regelingen betreffende bouw van academische ziekenhuizen. De achterstand die de academische ziekenhuizen hebben met betrekking tot de verantwoordelijkheid over de instandhouding wordt ingelopen.

Er wordt volop gewerkt om ook in de toekomst over een krachtige academische sector te kunnen beschikken. Als rode draad loopt door alle activiteiten het uitgangspunt, een en ander zoveel mogelijk in samenspraak met de betrokkenen zelf aan te pakken. Dat zal, mede gelet op de begrenzing in de middelen, niet steeds makkelijk zijn. Wij vertrouwen er echter op dat we door gezamenlijke inspanningen tot goede resultaten kunnen komen.

Tot slot merken wij op dat op grond van discussie over de positionering academische ziekenhuizen de vraag aan de orde is of verandering is gewenst in de bestuurlijke en wettelijke aansturing. Een dergelijke conclusie zal naar onze opvatting de resultante moeten zijn van een zorgvuldige afweging met als richtsnoer, dat verandering van regelgeving dient te leiden tot verheldering van de positie van de academische ziekenhuizen en versterking van hun functioneren op de terreinen van zorg, onderwijs en onderzoek. Hierover zijn wij nog met elkaar in gesprek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen,
L. M. L. H. A. Hermans

POSITIONERING ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	5
1.1.	Beleidscontext	5
1.2.	Functies academische ziekenhuizen	6
2.	Karakteristiek van de gezondheidszorg	7
2.1.	Algemeen	7
2.2.	Samenhang in de zorg	7
2.3.	Marktordening in de zorg	9
3.	Kenniscentrum	10
3.1.	Algemeen	10
3.2.	Werkplaatsfunctie	11
3.2.1.	De werkplaatsfunctie in relatie tot het medisch onderwijs	11
3.2.2.	De werkplaatsfunctie in relatie tot het medisch wetenschappelijk onderzoek	12
3.2.3.	Planning en verantwoording van de werkplaatsfunctie	13
3.3.	Opleiding	13
3.4.	Onderzoek	13
4.	Topzorg	15
4.1.	Hoofdlijnenakkoord VWS-VAZ	15
4.2.	Toppreferentiefunctie	16
5.	Bekostiging academische ziekenhuizen	16
6.	IBO-AZ	18
6.1.	Structuur toppreferentiefunctie	18
6.2.	Bekostiging en financiering toppreferentiefunctie	19
7.	Overige	21
7.1.	Bouw	21
7.2.	Honorering in de medisch specialistische zorg	23

Bijlage

Eindrapport van de Interdepartementale beleidsonderzoekswerkgroep Academische ziekenhuizen¹

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

POSITIONERING ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

1. Inleiding

De combinatie van patiëntenzorg en de verbondenheid met een medische faculteit heeft niet alleen gevolgen voor de aard van de zorgverlening door de academische ziekenhuizen, maar stelt ook specifieke eisen aan de besturing, organisatie, financiering en inrichting.

Het academisch ziekenhuis is er voor de patiënt, velen moeten er beroep op doen. Maar ook voor de arts: de arts is voor zijn opleiding en specialisatie, voor de ontwikkeling van zijn vakgebied en voor advies betreffende zijn patiënten op het academisch ziekenhuis aangewezen. Samen met de medische faculteit van de universiteit vormt het academisch ziekenhuis het centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg ten behoeve van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Hier vindt de basisopleiding tot arts en een zeer groot deel van de medische vervolgopleidingen, de ontwikkelingsfunctie en het onderzoek plaats. Nederland heeft een groot economisch belang bij de voortgang van de ontwikkeling van het medisch vakgebied, zowel voor eigen gebruik als voor export van medische technologie. Deskundigheid die bovendien wordt ingezet voor advisering van de overheid, voor onderzoeksprogramma's en voorlichting aan het publiek. Het academisch centrum onderscheidt zich door de veelheid, diversiteit en complexiteit van activiteiten met een navenant complexe organisatie.

In bestuurlijke zin komt dit ook tot uiting in de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor en aansturing van de sector door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.

De academische centra hebben een positie in de top van de piramide van de ziekenhuisvoorzieningen. Dit stelt bijzondere eisen aan het besturingsstelsel, de aard en omvang van de verleende zorg en daarmee ook aan de infrastructurele voorzieningen. Dit betekent ook dat de academische centra in deze context een belangrijke rol spelen en een taak hebben om initiatieven te nemen die de maatschappij en gezondheidszorg ten goede komen.

Een academisch centrum heeft in dit opzicht een belangrijke publieke en maatschappelijke dienstverlenende functie. Van zo'n centrum mag verwacht worden dat het zijn deskundigheid en informatie voor anderen ter beschikking stelt en vernieuwingen binnen de patiëntenzorg breed verspreidt.

1.1. Beleidscontext

In 1991 traden in werking de wijzigingen van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), met betrekking tot de academische ziekenhuizen. Hiermee zijn de academische ziekenhuizen voor wat betreft de patiëntenzorgtaken ingepast in de reguliere planningssystematiek van de ziekenhuissector. Op grond van art. 5a van de WZV wordt met de opstelling van een overzicht van beleidsvoornemens – met betrekking tot de academische ziekenhuizen – beoogd randvoorwaarden te stellen bij de provinciale ziekenhuisplanning. Inmiddels is het beleid op het gebied van de planning veranderd. Er worden geen provinciale ziekenhuisplannen meer gemaakt. Het overzicht van beleidsvoornemens voor de academische ziekenhuizen krijgt daardoor een andere betekenis dan indertijd was beoogd.

Deze notitie zal een algemeen beeld over de positionering van de academische ziekenhuizen verschaffen, toegespitst op enkele specifieke actuele thema's.

Ten aanzien van bijzondere vormen van zorg is vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid, kostbaarheid en vanuit eventuele medisch ethische aspecten een grote mate van directe bemoeienis vanuit de centrale overheid vereist. De wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) biedt de overheid een instrumentarium op maat om bijzondere ontwikkelingen op het terrein van de medische technologie en ontwikkelingsgeneeskunde te stimuleren, te faciliteren, te verbieden of te concentreren in enkele centra (op 14-11-1997 in werking getreden; Staatsblad 1997, 515).

Naast de regelgeving in de gezondheidszorg hebben de academische ziekenhuizen te maken met de WHW. De WHW legt de positie vast die de academische ziekenhuizen hebben ten opzichte van de universiteit en bepaalt de politieke en bestuurlijke eindverantwoordelijkheid van de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. De Raad van Toezicht van academische ziekenhuizen verbonden met een openbare universiteit wordt door de Minister van OCenW benoemd en is aan hem verantwoording verschuldigd.

De taken van academische ziekenhuizen op grond van de WHW vormen het uitgangspunt voor de uitoefening van de zogenaamde topreferentiefunctie (TRF) door academische ziekenhuizen.

In de WHW is de taak van de academische ziekenhuizen als volgt omschreven: «Academische ziekenhuizen zijn werkzaam op het gebied van de patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Zij vervullen mede topklinische en topreferentiefuncties in de gezondheidszorg. Voorts verlenen zij medewerking aan de opleiding tot medisch specialist.» (art. 1.4. WHW)

1.2. Functies academische ziekenhuizen

Academische ziekenhuizen vervullen verschillende functies. In de eerste plaats leveren zij patiëntenzorg. In uiteenlopende mate fungeren deze ziekenhuizen daarbij ook als regionaal ziekenhuis, voor de opvang van «doorsnee» patiënten uit de omgeving. De patiëntenzorg omvat naast deze *reguliere functies, ook de topklinische functies en topreferentiefuncties*. Het geheel van de zorg staat mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek van de universiteit waaraan het academisch ziekenhuis verbonden is.

De *topreferentiefunctie* is in zeer hoge mate gekoppeld aan de academische centra. Patiënten met gezondheidsklachten die niet of onvoldoende opgelost kunnen worden in algemene ziekenhuizen, worden doorverwezen naar deze centra. Door hun gebundelde, specifieke kennis fungeren vooral de academische ziekenhuizen voor deze patiënten als «last resort». De topreferentiefunctie kan uitgeoefend worden dankzij de uitgebreide infrastructuur, de interdisciplinaire aanpak en de bijzondere kennis en ervaring op het gebied van diagnostiek en behandeling die mede ontstaat door de voortdurende wisselwerking met het wetenschappelijk onderzoek.

Karakteristiek voor het academisch ziekenhuis is de *werkplaatsfunctie*, die het vervult voor de faculteit der geneeskunde. Op de werkplaats komen de aankomende medici met de dagelijkse praktijk van de geneeskunde in aanraking, terwijl vanuit de patiëntenzorg en het onderzoek een voortdurende en directe terugkoppeling naar het onderwijs plaats vindt. Voor een goede werkplaats is een breed aanbod aan specialismen, een diversiteit in functies en een representatief patiëntenaanbod van belang.

Tevens vervullen de AZ-en een *opleidingsfunctie*. Met de medische faculteiten zijn ze verantwoordelijk voor het grootste deel van de medische vervolgoopleidingen.

Verder mag de *onderzoeks- en ontwikkelingsfunctie* niet ongenoemd

blijven. Deze functie is in de academische centra in den brede aanwezig, variërend van fundamenteel onderzoek tot praktisch onderzoek in de zorgverlening. De noodzaak en het vermogen tot verdere ontwikkeling van de zorgverlening draagt ertoe bij dat de grenzen van mogelijkheden en wenselijkheden voortdurend worden verlegd. Het innovatieve vermogen manifesteert zich in de ontwikkeling van nieuwe functies, verbetering van de bestaande en het uitdragen van uitontwikkelde functies naar andere ziekenhuizen¹. De resultaten van onderzochte verbeteringen en vernieuwingen worden actief verspreid binnen de gezondheidszorg en zorgt ervoor dat de academische ziekenhuizen weer ruimte krijgen in hun ontwikkelcapaciteit.

De academische ziekenhuizen vervullen tenslotte een *voortrekkersfunctie in internationaal verband*. Met andere (academische) topinstellingen zijn er structurele contacten en/of samenwerkingsverbanden die leiden tot uitwisseling van kennis en afstemming van onderzoek(sresultaten).

2. Karakteristiek van de gezondheidszorg

2.1. Algemeen

Uit de «Volksgezondheid Toekomst Verkenning» (1997, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en «De Staat van de Gezondheidszorg» (1997, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt dat er in ons land overwegend sprake is van kwalitatief goede, betaalbare, efficiënt georganiseerde, toegankelijke gezondheidszorg.

In de toekomst zal naar verwachting de Nederlandse burger niet met minder genoegen nemen. De kwalitatieve eisen van de «cliënt» zullen eerder toenemen dan afnemen. Bovendien versterkt de overheid door wettelijke regelingen de positie van de patiënt.

Daarnaast is evident dat kwantitatief de zorgvraag zal toenemen, onder meer door de bevolkingstoename, de vergrijzing, de geleidelijk toenemende medische mogelijkheden (en het vertrouwen van de burger hierin) en de belasting van de informele zorg (RIVM).

Omdat de zorgvraag – kwalitatief en kwantitatief – sneller zal groeien dan het BNP blijft kostenbeheersing een belangrijk punt van aandacht.

De vraag naar gezondheidszorg heeft echter eveneens aanzienlijke economische betekenis. Gezondheidszorg moet niet alleen als kostenpost worden gezien maar levert nadrukkelijk ook economische baten op als verminderd ziekteverzuim, hoogwaardige technologische ontwikkeling en werkgelegenheid.

In toenemende mate achten wij de internationale context van betekenis. Het gaat daarbij om grensoverschrijdende gezondheidszorg in Europa, informatie-communicatie technologie in de zorg en in de toekomst wellicht Europese taakverdeling. Dit is mede van belang in relatie tot de toelating van buitenlandse artsen en internationale kennisoverdracht.

De snelle maatschappelijke ontwikkelingen vragen om voortdurende aanpassing en verbetering van de gezondheidszorg. Dit betreft zowel de ziekenhuiszorg als de overige zorg. Het gaat om de inhoud én de organisatie van die zorg. Hiervoor zijn goed ontwikkelde, actieve centra voor research & development vereist.

2.2. Samenhang in de zorg

Een centraal uitgangspunt voor het beleid voor de curatieve zorg is dat er, om de patiënt beter van dienst te kunnen zijn, meer samenhang in de zorgverlening moet ontstaan. Vergroting van de samenhang speelt binnen instellingen, tussen instellingen en tussen verschillende typen zorgaan-

¹ Voor voorbeelden zie VAZ-brochure «De ontwikkelingsfunctie van het academisch ziekenhuis» 1996.

bieders. Continuïteit van zorg en zorg op maat voor de patiënt maar evenzeer doelmatigheid en kennisoverdracht zijn hier leidende principes.

Om binnen instellingen tot een samenhangend zorgaanbod te komen is het gewenst, dat ziekenhuizen zich ontwikkelen tot geïntegreerde organisaties voor medisch specialistische zorg. Wij constateren dat de academische ziekenhuizen daarmee relatief ver gevorderd zijn. Door te werken aan een geïntegreerde organisatie kan ook gekomen worden tot meer samenhang op medisch specialistisch gebied. Een interdisciplinaire aanpak en het werken met richtlijnen, standaarden en protocollen worden daarbij meer en meer gemeengoed. De academische ziekenhuizen en de beroepsgroepen/wetenschappelijke verenigingen spelen hierbij, mede gezien hun ervaring op het gebied van onderzoek en ontwikkeling, een voorname rol. Van niet te onderschatten belang is verder de veranderende samenwerking binnen het ziekenhuis- waarbij vooral valt te denken aan de geleidelijke ombouw van een organisatie opgebouwd uit medische afdelingen en parallel hieraan diverse diensten (o.m. de verplegingsdienst) naar een organisatie opgebouwd uit functioneel samenhangende clusters («kanteling»). Hierdoor wordt (onder meer) de interdisciplinaire samenwerking gestimuleerd en de kwaliteit en doelmatigheid bevorderd.

Ook horizontale netwerken – samenwerking met ziekenhuizen in een regio – groeien, zowel in het kader van de opleidingen als ter wille van een meer efficiënte verdeling van de patiëntenzorg. Er zijn diverse bijzondere functies zoals traumazorg en oncologie waarvoor een bovenregionaal samenwerkingsverband van belang is.

Voor patiënten die binnen ziekenhuismuren behandeld moeten worden is het zaak, dat ze op de meest passende plek behandeld worden. Voor tal van aandoeningen kan dat het algemeen ziekenhuis in de regio zijn. Voor zeer gespecialiseerde zaken, topklinische zorg en topreferentiezorg, zal het academisch ziekenhuis veelal in beeld komen. Het is belangrijk dat er daadwerkelijk sprake is van een zinvolle en tijdige doorverwijzing van patiënten over en weer tussen de academische en de algemene ziekenhuizen. Door tussen ziekenhuizen – op alle niveau's – afspraken te maken over de taakverdeling, kan hieraan op een systematische wijze vorm gegeven worden. Bij uitontwikkelde topklinische zorg kunnen grote algemene ziekenhuizen een belangrijke rol spelen. Functies ex WBMV (voorheen ex-artikel 18 WZV) kunnen ten dele meer routinematig van aard worden en dan gespreid gestalte krijgen in enkele grote algemene ziekenhuizen. In dit verband is te noemen de volume-ontwikkeling van de bijzondere interventies aan het hart. Bij de verdeling van dit volume zijn in toenemende mate algemene ziekenhuizen betrokken. Dat is nodig om op een doelmatige wijze zorg te bieden, waarbij het academisch ziekenhuis ruimte houdt voor zijn kerntaken, in dit voorbeeld voor de ontwikkeling van nieuwe technieken bij interventies aan het hart. Wij vinden het dan ook belangrijk dat onder meer tussen de VAZ en de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen afspraken worden gemaakt over taakverdelingen. Een goede taakverdeling tussen de academische ziekenhuizen onderling is ook van belang (zie ook paragraaf 3.4).

Samenwerkingsverbanden zijn voorts belangrijk voor de opleidingen. De kwaliteit van de opleidingen zal veelal gebaat zijn bij een meer gestructureerde, gezamenlijke aanpak. Voor de medisch specialisten-opleidingen wordt gestreefd naar de ontwikkeling van opleidingsclusters van algemene en academische ziekenhuizen. Bovendien leidt het hebben van een opleiding in een ziekenhuis ertoe dat de opleiders (vanwege de opleidingseisen) genoodzaakt zijn continu de laatste ontwikkelingen bij te houden. Dit draagt er toe bij dat ontwikkelingen snel doordringen in de praktijk met positieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg (zie ook paragraaf 3.2.1 en 3.3).

Een samenwerkingsverband tussen verschillende zorgaanbieders heeft een toegevoegde waarde voor de gehele regio. Het streven is immers om een in de brede innoverende sector te hebben. Het gaat hierbij om uiteenlopende zorgaanbieders zoals huisartsen, verpleeghuizen en revalidatie-instellingen. De noodzaak van continuïteit en samenhang in de zorg geldt dus tussen vele hulpverleners.

De altijd al bestaande samenwerking tussen beroepsbeoefenaren in diverse deelsystemen van de gezondheidszorg wordt in snel tempo intensiever en vereist organisatorische inbedding. Er ontstaan ook hier netwerken voor geïntegreerde zorgarrangementen, voor onderwijs en opleiding, voor research en voor doelmatigheidsverbetering en de ontwikkelingsfunctie. De academische centra nemen op diverse plaatsen het voortouw in de verticale netwerken. De schaalgrootte en territoriale situering van de netwerken is uiteraard per functie verschillend. De sterk afwijkende vormen van regelgeving voor genoemde sectoren – historisch bepaald en verklaarbaar – kunnen een belemmerende factor gaan vormen. «Ontschotting» is derhalve van groot belang.

Geconcludeerd kan worden dat de verticale en horizontale netwerken in de gezondheidszorg zich snel ontwikkelen. Van de academische centra wordt hierbij een innoverende rol verwacht. De regie-functie die de academische centra in de opbouw van de netwerken kunnen vervullen, is sterk afhankelijk van acceptatie door de partners. Er kan geen sprake zijn van een opgelegde zaak. De uitstraling van kwaliteit moet het doen. De overheid heeft hierbij een faciliterende verantwoordelijkheid door het wegnemen van schotten waar dat vanuit het beleid gewenst is.

2.3. Marktordening in de zorg

In het voorgaande is vooral de wens verwoord om te komen tot (verdere) samenhang in de zorg. Dit betekent echter niet dat een volledig afgedichte markt zonder enige vorm van marktprikkels nagestreefd wordt. In dit verband wijzen wij op de notitie «marktprikkels in de zorg» (Meva 9887, 29-1-1998).

Marktwerking is tot nu toe voor de ziekenhuissector van beperkte betekenis gebleken. Deels heeft dit te maken met het beperkte aantal ziekenhuizen, met name in de meer landelijke gebieden, deels ook met een vrij strakke aanboden tariefwetgeving op basis van de WZV en Wet tarieven gezondheidszorg.

Vanuit overwegingen van kostenbeheersing is het voorkómen van een overschot van capaciteit in de ziekenhuiszorg steeds het uitgangspunt van het kabinet geweest en daarmee continuering van de bemoeienis bij met name grootschalige bouw van ziekenhuizen. Tegelijkertijd werd ook gestreefd naar vergroting van de mogelijkheden van de ziekenhuizen door middel van overheveling van verantwoordelijkheden naar ziekenhuizen. Daarnaast is het beleid erop gericht om meer competitieve prikkels voor de ziekenhuizen in het stelsel in te bouwen. In dit kader zijn in de loop van 1996 twee belangrijke rapporten verschenen met aanbevelingen voor meer vrijheid van handelen voor ziekenhuizen en de introductie van markelementen in deze sector: «Het ziekenhuis ontketend» (rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg) en « Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming» (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). Deze rapporten zijn door de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg verder uitgewerkt. De kern van een meer competitieve ziekenhuiszorg zou volgens de projectgroep moeten bestaan uit onderlinge vergelijkingen van prijs/kwaliteit-verhoudingen tussen ziekenhuizen op basis van zorgproducten (benchmarking). Hiervoor is het nodig producttypering te ontwikkelen en te gebruiken. Risicodragende verzekeraars zijn een belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van deze aanpak.

Tegelijkertijd zou de ziekenhuisbudgettering meer ruimte moeten geven om verzekeraars deze rol te laten spelen. Deze ontwikkeling is ook van toepassing op de academische ziekenhuizen, zij het dat vanwege hun topreferentiefunctie een aparte plaats innemen. Bij het introduceren van competitieve prikkels zal hiermee rekening moeten worden gehouden. In het rapport «Het ziekenhuis, a human enterprise?» (1998, MDW-projectgroep ziekenhuiszorg), ter nadere uitwerking van «Het ziekenhuis ontketend», wordt dit ook gedaan, en wordt ook aandacht gegeven aan de wijze waarop met de topreferentiefunctie in dit verband kan worden omgegaan. Het kabinet heeft inmiddels de in de rapportage «Het ziekenhuis: a human enterprise?», aangegeven lijn, waarin nadruk wordt gelegd op marktordening en het vinden van een juiste balans tussen marktwerking en overheidssturing, overgenomen. In paragraaf 6.2. komen we hierop nader terug.

3. Kenniscentrum

3.1. Algemeen

Wetenschappelijke kennis speelt bij de verbetering van de gezondheidszorg een belangrijke rol. In de eerste helft van deze eeuw waren vooral de indrukwekkende resultaten van de natuurwetenschappen een belangrijke inspiratiebron voor de ontwikkeling van de geneeskunde. Op empirie gebaseerde methoden werden de basis voor het onderzoek en ook het onderwijs aan toekomstige artsen werd in die geest opgezet. Onder meer dankzij de klinische epidemiologie ontstonden daarna ook betere methoden voor klinisch wetenschappelijk onderzoek, zij het dat de wortels ervan eveneens al oud zijn. Heden ten dage is «evidence based medicine» het «vlaggenschip van de geneeskundige vloot», niet alleen in Nederland maar in de meeste westerse landen.

Van oudsher zijn de faculteiten der geneeskunde samen met de academische ziekenhuizen aangewezen als de kenniscentra voor de gezondheidszorg. Medisch handelen is kennis-intensief. Het hoogste niveau van kennis is schaars en moet vanwege de doelmatigheid geconcentreerd zijn. De internationale status van het Nederlandse klinisch-wetenschappelijk onderzoek is uitstekend en de laatste decennia goed vooruitgegaan. In het algemeen geldt bij de beoordeling van de onderzoekskwaliteit dat Nederland in veel opzichten «een rijk land» is («Wetenschapsbudget», OCenW). Export van kennis en technologie zijn sterke punten. Eind 1998 zal opnieuw een Disciplineadvies Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) verschijnen, waarin een kwalitatieve beschrijving van het gezondheidsonderzoek wordt gepresenteerd.

De taken van de academische ziekenhuizen zijn zeer divers. Op het niveau van de individuele medewerker – in dit geval met name de medisch specialist die tevens wetenschappelijk onderzoeker en docent is – moet de samenhang en synergie worden verwezenlijkt. Omdat patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs elk hun eigen werkingsmechanisme, productie- en kwaliteitscriteria, cultuur, deskundigheid en ambitie kennen, zijn voor elk van deze taken eigen aansturingsmethoden noodzakelijk, waarbij geen van de taken door het primaat van één ervan mag worden benadeeld. Dit is in de loop van deze eeuw een alom aanvaard beginsel geworden. Tegenwoordig is eveneens duidelijk dat de realisatie van de academische geneeskunde afhankelijk is van een goed gekozen samenhang van taken op instellingsniveau. De consequentie hiervan, namelijk dat er sprake moet zijn van een vorm van samenhangende aansturing door faculteit en ziekenhuis, is in de afgelopen jaren ook steeds duidelijker geworden. Tevens is helder dat ten aanzien van de bestuurlijke vormgeving voor die samenhang niet overal dezelfde keuzen worden gemaakt. Dat is ook niet

noodzakelijk. In brede zin is de bestuurlijke relatie tussen academisch ziekenhuis en medische faculteit binnen de vigerende wetgeving (opnieuw) in transitie. Het concept van «het centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg» is geïntroduceerd als het eigentijds antwoord op het bestuurlijk vraagstuk dat hierboven werd geschetst. Binnen dergelijke *centra voor academische geneeskunde en gezondheidszorg* is/ontstaat een samenhangende besturing, die uiteraard gebaat is bij een samenhangende regelgeving. Wij vinden dit een belangrijke ontwikkeling en zullen in dit verband waar nodig graag aandacht geven aan de samenhang in de regelgeving.

3.2. Werkplaatsfunctie

De academische ziekenhuizen zijn werkzaam op het gebied van de patiëntenzorg en staan mede ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Bij het bestuur en de inrichting van het academisch ziekenhuis wordt voor zover de belangen van de patiënten dat toelaten, rekening gehouden met de belangen van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek bij de universiteit. Het resultaat van de onderlinge afstemming van werkzaamheden van de universiteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis ten behoeve van medisch onderwijs en onderzoek wordt neergelegd in een plandocument. Ten behoeve van het vervullen van opgedragen werkzaamheden ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek hebben de academische ziekenhuizen aanspraak op een vastgesteld deel van de rijksbijdrage voor de universiteit waaraan het academisch ziekenhuis is verbonden.

Deze dienstbaarheid van het academisch ziekenhuis aan de medische faculteit, welke zich uit in fysieke en personele infrastructuur en in een specifiek activiteitenpatroon, is de kern van de werkplaatsfunctie. Het beleid ten aanzien van medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek vereist vertaling naar de concrete invulling van de werkplaatsfunctie, bijvoorbeeld in de vorm van aangepaste zorgprocessen, specifieke ruimtes voor het onderwijsproces en afstemming over en weer van facultaire onderzoekszwaartepunten en patiëntenstromen.

3.2.1. De werkplaatsfunctie in relatie tot het medisch onderwijs.

Om kwantitatieve en gaandeweg ook kwalitatieve redenen is het academisch ziekenhuis niet meer de exclusieve werkplaats voor de medische opleiding. Een belangrijk deel van de co-assistentenschappen vindt plaats in geaffilieerde ziekenhuizen. De visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, ingesteld door de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU), beschrijft hiervan twee verschijningsvormen. In het ene (meestvoorkomende) geval doorloopt een student een deel van zijn klinische stage in het academisch ziekenhuis en een deel in het geaffilieerde ziekenhuis. In het andere geval doorloopt een student zijn gehele co-assistentenschappen hetzij in het academisch hetzij in het geaffilieerde ziekenhuis. De visitatie-commissie acht de eerste variant, waarbij de student zowel in het academisch ziekenhuis als ook in de periferie ervaring opdoet, het meest geschikt. Wij vinden met de visitatie-commissie dat kwaliteitsaspecten voorop dienen te staan bij de keuze voor een bepaalde inrichting van de co-schappen. Het is tevens vanzelfsprekend dat de kostbare infrastructuur van de academische ziekenhuizen onder andere ten behoeve van het medisch wetenschappelijk onderwijs, zo doelmatig mogelijk wordt benut. Bij het maken van afspraken over de co-schappen door de universiteit/medische faculteit en het academisch ziekenhuis zijn derhalve kwaliteits-

en doelmatigheidsaspecten aan de orde. De afspraken omtrent de omvang van de betrokkenheid van het academisch ziekenhuis bij de co-assistentieschappen worden beschreven in het plandocument.

3.2.2. De werkplaatsfunctie in relatie tot het medisch wetenschappelijk onderzoek

Vanwege de relatie met de medische faculteit enerzijds, en hun positie in de zorgnetwerken anderzijds, spelen de academische ziekenhuizen een grote rol in de ontwikkeling en implementatie van kennis. Het is van het grootste belang dat er goede en kenbare afspraken worden gemaakt op landelijk en lokaal niveau over het wetenschappelijk onderzoek en de inzet van de participanten. De landelijke en lokale afspraken staan in nauwe relatie tot elkaar.

Mede op basis van het rapport «Academische ziekenhuizen als werkplaats voor onderzoek» van de Commissie Profilering Klinische Research (1992) o.l.v. prof. D. de Wied, is het besef ontstaan dat de academische ziekenhuizen zich meer moeten profileren op speerpunten en aandachtsgebieden die onderling en met de overheid zijn afgestemd.

In het in paragraaf 4.1 te bespreken hoofdlijnenakkoord tussen VWS en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) over de (topklinische) zorg, is de intentie neergelegd dat de academische ziekenhuizen in overleg met de medische faculteiten vorm geven aan een zwaartepuntenbeleid. Het resultaat hiervan is in december 1996 door de VAZ en de VSNU/Discipline-overleg Medische Wetenschappen vastgelegd in het rapport «Ontwikkeling in samenwerking». De instellingsbesturen (en naar mag worden verwacht eveneens de onderzoekscholen) spelen hierin een nuttige rol. Enerzijds is er weinig «dubbel werk» (goede afstemming tussen de lokaties), anderzijds is er een redelijke dekking van het gehele veld (geen «witte vlekken»). Wij achten het noodzakelijk dat dit proces zich voortzet en leidt tot heldere afspraken. In dit verband is voorts van belang het advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (BAGO) fase 3 dat eerder (1995) is uitgebracht door de Raad voor het gezondheidsonderzoek. Beide rapporten gaan in breed verband in op de (gewenste) samenhang en zwaartepunten in onderzoek(beleid).

Uitwerking hiervan zal effect hebben op de te verlenen topreferentiezorg en de verdeling van de topklinische functies wanneer concentratie daarvan in enkele centra noodzakelijk wordt geacht.

De bovengenoemde rapporten zijn te beschouwen als stappen in de richting van meer afstemming, profilering, keuze van zwaartepunten en daarmee samenwerking. Keuzes van concentratie en taakverdeling zijn voor een doelmatige besteding van de gezondheidszorgmiddelen en onderzoeksmiddelen noodzakelijk. Dit betekent dat taakverdeling en concentratie op het vlak van topzorg en onderzoek onderwerp zal moeten zijn van overleg binnen het academische cluster en andere gezondheidszorginstellingen. Wij vinden het belangrijk dat onder meer op het gebied van de kindergeneeskunde en oncologie op korte termijn gekomen wordt tot nadere afspraken. Daarover vindt overleg met de betrokken organisaties plaats.

De VAZ en DMW werken inmiddels voort aan het zwaartepuntenbeleid. Een zeer belangrijk ijkpunt daarbij vormt het disciplineadvies geneeskunde van de KNAW dat tegen het eind van dit jaar wordt verwacht. De wetenschappelijke kwaliteit en de toekomstperspectieven van de kristallisatiepunten in het onderzoek worden dan gewogen. Buitenlandse experts zullen hierbij een rol spelen.

3.2.3. Planning en verantwoording van de werkplaatsfunctie

Het deel van de rijksbijdrage aan de universiteit ten behoeve van het academisch ziekenhuis is mede ten bate van de uitvoering van de verscheidenheid van met elkaar samenhangende taken. Eén van die taken is de ondersteuning van het medisch wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Het spreekt voor zich dat die taak wordt uitgevoerd in een context van planning en verantwoording.

Het beleid van de universiteit/medische faculteit en het academisch ziekenhuis betreffende het medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek leidt tot concrete afspraken omtrent inzet van personeel, ruimte en middelen. Deze afspraken worden neergelegd in het plandocument van het medisch cluster. Hiermee wordt de afstemming tussen partijen bevorderd over de inhoud van de werkplaatsfunctie en in het verlengde daarvan kan een goede verantwoording tot stand komen in het jaarverslag. Daarvoor zijn plandocumenten met een goede kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing van onderlinge afspraken over samenwerking onontbeerlijk. Samen met het jaarverslag zijn de plandocumenten voor ons de toetssteen voor de beoordeling van de inzet van overheids-gelden. Het plandocument legt een fundament onder het geïntegreerd medisch cluster en bevordert tevens de profilering van de verschillende clusters. Op de verschillende locaties is sprake van vergaande gezamenlijke aansturing van het cluster, mede mogelijk gemaakt door de wijziging van de WHW in verband met de bestuursorganisatie van de universiteiten. In dat licht zal de wettelijk voorgeschreven structuur voor samenwerking, waarin sprake is van een verplicht gemeenschappelijk beleidsorgaan (GBO) en een facultatief gemeenschappelijk uitvoeringsorgaan (GUO) geëvalueerd worden.

3.3. Opleiding

Tot de taak van de academische ziekenhuizen behoort voorts de opleiding tot medisch specialist. Van oudsher vervullen de academische ziekenhuizen een sleutelfunctie bij de vervolgopleiding van artsen tot medisch specialist. Het is immers van groot belang dat de aankomende specialisten kennis maken met de jongste vernieuwingen in zorg en wetenschap en zelf ook bijdragen aan de ontwikkelfunctie. In bijna alle academische ziekenhuizen bestaan A-opleidingen voor 28 medische specialisaties. Voor sommige specialismen wordt deze opleiding uitsluitend in de academische ziekenhuizen gegeven. Voor grote specialismen bestaan ook A-opleidingen in een aantal grotere algemene ziekenhuizen. In veel gevallen worden zulke opleidingen, zoals ook genoemd in 3.2.1, in zogenoemde opleidings-clusters georganiseerd. Er is een duidelijke tendens waarneembaar in de richting van dergelijke gecombineerde opleidingen. Wij juichen dit toe om dat dit er ons inziens aan bijdraagt dat ontwikkelingen snel doordringen in de algemene ziekenhuizen met positieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

Met betrekking tot de toekomstige aansturing en financiering van alle medische en tandheelkundige specialisaties wordt thans overleg gevoerd met een door de veldpartijen geformeerde Stuurgroep Opleidingsfonds. Het betreft hier een uitwerking van de desbetreffende aanbevelingen uit het Kabinetstandpunt over de modernisering van de curatieve zorg (juni 1995). In aansluiting op brieven aan betrokkenen (CSZ/BenO 9712780 van 18-12-1997; CSZ/BenO 9712 780 van 29-5-1998) is op 8-7-1998 afgesproken dat partijen een capaciteitsorgaan oprichten.

3.4. Onderzoek

In de context van de toelichting op ons beleid is op deze plaats een

globale aanduiding van de soorten «gezondheidsonderzoek» dienstig. Te onderscheiden zijn:

- Fundamenteel onderzoek, dierexperimenteel of patiëntgebonden, hypothesevormend.
- Vroeg-klinisch onderzoek («fase I of II»), gericht op een indruk van de effectiviteit en van de risico's; betreft meestal een gering aantal patiënten.
- Vergelijkend klinisch onderzoek («fase III»), gericht op het bepalen van effectiviteit c.q. doeltreffendheid; betreft meestal een aanzienlijk aantal patiënten en wordt vaak multi-centre uitgevoerd.
- Meta-analyse (Cochrane collaboration).
- Ontwikkelingsgeneeskunde, gericht op doelmatigheid c.q. kosten-effectiviteit: vergelijkend onderzoek, multi-disciplinair, meestal multi-centre.
- Doelmatigheidsprojecten, gericht op de toepassing van de resultaten («implementatie») bijvoorbeeld door richtlijnen/formularia/protocollen.

In de centra voor academische geneeskunde worden over de volle breedte van het gezondheidsonderzoek activiteiten ontplooid.

Het is, ook voor de overheid, zinvol vroegtijdig op de hoogte zijn van (aankomende) vernieuwingen. Van oudsher speelt de Gezondheidsraad hier een belangrijke rol met zijn periodieke rapportages. Voor de kwaliteit van de zorg in ons land achten wij deze adviezen van groot belang. De inbreng in de commissies door experts uit de centra voor academische geneeskunde is daarbij essentieel. Deskundigheid op een breed terrein wordt hier up to date gehouden, zodat ook buiten het directe terrein van het ziekenhuis een nuttige publieke functie bestaat. Vergelijkbare vormen van maatschappelijke «dienstverlening» door deskundigen uit de centra voor academische geneeskunde zijn te vinden in tal van adviesorganen en commissies die mede voor de vormgeving van het overheidsbeleid van groot belang zijn. Ook van de inbreng van zulke deskundigen in diverse beroepsorganisaties en ten dienste van publieksvoorlichting en maatschappelijk-ethisch debat maken wij in dit verband gewag.

De totstandkoming van het programma «Ontwikkelingsgeneeskunde» (OG) heeft een belangrijke en nuttige invloed gehad op een beheerste en weloverwogen introductie van nieuwe vormen van zorg, en tevens op de evaluatie van reeds lang bestaande en soms niet meer adequate vormen van zorg. Het programma als zodanig staat niet ter discussie, zij het dat bepaalde aspecten in de uitvoering voor verbetering in aanmerking komen. De wettelijke verankering in de WBMV garandeert de continuïteit en biedt ons aanvullende beleidsinstrumenten voor aansturing van dat programma.

De academische ziekenhuizen hebben in dit programma in de afgelopen (bijna 10) jaren een actieve en positieve rol gespeeld.

Onze maatregelen voor de aansturing van het doelmatigheidsonderzoek hebben wij de voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport toegezonden (overzicht doelmatigheidsonderzoek 16-9-1997 CSZ/ZT-9715052 en doelmatigheidsonderzoek 16-4-1998, GZB/PCZ/981661).

Qua doelmatigheid scoort de gezondheidszorg in Nederland niet slecht (internationaal gezien, eveneens afgaand op patiënten-oordelen). Niettemin is er nog veel winst te boeken. De academische ziekenhuizen spelen bij doelmatigheidsverbetering (bij behandelmethoden) een belangrijke rol voor de gehele gezondheidszorg, in afstemming met andere organisaties. De verantwoordelijkheid voor de diffusie naar de beroepsbeoefenaars kan in toenemende mate bij de centra voor acade-

mische geneeskunde worden gelegd. Er kan verantwoording achteraf over worden afgelegd.

Recent zijn aanvullende initiatieven genomen om de doelmatigheid verder te verbeteren, onder meer door meer aandacht voor de implementatie van resultaten van onderzoek, alsmede het evidence-based ontwikkelen van richtlijnen, formularia, e.d. Het voorgenomen VAZ-programma «doelmatigheidsprojecten» vervult hierbij een centrale rol.

De overheid heeft bij het gezondheidsonderzoek om velerlei redenen een belang, bijvoorbeeld omdat de kennis die ten grondslag ligt aan vernieuwing bij uitstek gemeenschapsgoed is. De gedachten die door de Minister van Economische Zaken ten aanzien van «innovatieve clusters» bij het Parlement zijn neergelegd kunnen naar ons oordeel eveneens vrucht dragen in de gezondheidszorg. Wij vinden het dermate belangrijk dat wij de VAZ zullen verzoeken hier invulling aan te geven. Er zijn goede voorbeelden dat de relatie tussen industrie en gezondheidszorg- (instellingen) goede producten oplevert. Wij denken onder meer aan de digitalisering van beeldmateriaal (scan's, röntgen, waarbij röntgenmateriaal van patiënten op afstand bestudeerd kan worden). Op het gebied van kostenbesparende technologische ontwikkelingen en verbetering van doelmatigheid is het voor ons vanzelfsprekend dat de academische ziekenhuizen een voortrekkersrol hebben.

4. Topzorg

Onder topzorg wordt verstaan de topklinische zorg en de topreferentiefunctie.

Ten aanzien van deze bijzondere vormen van zorg is vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid, kostbaarheid en vanuit eventuele medisch ethische aspecten een grote mate van directe bemoeienis vanuit de centrale overheid vereist. De wettelijke inkadering van de topklinische zorg is recentelijk gemoderniseerd (WBMV) en de beleidsuitvoering (in de vorm van halfjaarlijks overleg, planningsbesluiten en vergunningen, bekostiging) heeft een geaccepteerde vorm gekregen.

4.1. Hoofdlijnenakkoord VWS – VAZ

Op 15 september 1995 hebben de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Vereniging Academische Ziekenhuizen een belangrijk akkoord (het Hoofdlijnenakkoord) gesloten over de (topklinische) zorg in academische ziekenhuizen. Twee maal per jaar vindt op basis hiervan gestructureerd overleg plaats, waar afspraken worden gemaakt tussen academische ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid over de uitvoering van het (top)zorgbeleid.

Een belangrijke leidraad hierbij is het besef dat er niet alleen sprake is van een toestroom van topklinische zorg en topreferentiezorg, maar ook van afstoot van bepaalde zorgfuncties waar al meer ervaring is opgedaan of van reguliere zorg.

Het resultaat van het overleg is dat concrete afspraken zijn gemaakt over de invulling van de financiële ruimte en dat geen overschrijdingen van het gegeven financiële kader hebben plaatsgevonden. De cyclus uit het verleden van budgetoverschrijdingen, gevolgd door kortingen is hiermee gebroken.

Deze ervaringen hebben ertoe geleid dat inmiddels ook een akkoord voor de algemene en categorale ziekenhuizen is gesloten.

Met de VAZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgesproken de opgedane ervaringen van de afgelopen jaren nog eens kritisch te bezien zodat verbeteringen kunnen worden ingebracht in een nieuw Hoofdlijnen-

akkoord voor deze kabinetsperiode. Dit omvat wat ons betreft zowel de algemene, de categoriale als de academische ziekenhuizen. Hierbij zal de positie van het lokaal overleg tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars een aandachtspunt zijn. De betekenis van het lokaal overleg wordt sterk beïnvloed door ons beleid met betrekking tot de topzorg. Met betrekking tot de voortzetting van het Hoofdlijnenakkoord zal onder meer worden nagedacht over de inpassing hiervan in de te maken Meerjarenaafspraken en over een verbeterde synchronisatie van genoemd overleg met de Begrotingscyclus.

Tevens zal dan aan de orde zijn op welke wijze het beste kan worden aangesloten bij de WBMV. Betreffende de topklinische zorg streven overheid en veld ernaar, de overheidstaak te beperken tot het kernbeleid (welke zorg wordt gereguleerd, welke centra). Het veld realiseert een nadere taakverdeling op onderdelen.

4.2. Topreferentiefunctie

Bij de topreferentiefunctie (TRF) is sprake van diagnostiek en behandeling met zeer gespecialiseerde kennis en kunde. De voorwaarde voor het vervullen van de topreferentiefunctie is gelegen in de aanwezigheid en beschikbaarheid van een optimale infrastructuur en gespecialiseerd personeel van hoog niveau.

In de loop van de jaren is voor TRF de volgende omschrijving ontstaan: «De Topreferentiefunctie betreft zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is» (VAZ, april 1995).

De topreferentiefunctie omvat derhalve het leveren van ultieme deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling. Het is typisch een kerntaak van de academische ziekenhuizen, die voor patiënten met moeilijk te behandelen aandoeningen het «last resort» vormen. De topreferentiefunctie ontstaat door een sterke interactie tussen patiëntenzorg en klinisch wetenschappelijk onderzoek en de infrastructuur die de medische faculteit en het academisch ziekenhuis daartoe onderhouden. Door diverse omstandigheden kan specifieke topreferentiedeskundigheid tijdelijk en/of beperkt buiten een academisch ziekenhuis voorkomen (bijvoorbeeld omdat specialisten na hun opleiding uitzwermen naar algemene ziekenhuizen). Voorts zijn er enkele uitzonderingen zoals bijvoorbeeld het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en een enkel gespecialiseerd categoriaal ziekenhuis. Het verschil hierbij is echter dat bij de academische ziekenhuizen sprake is van een bewust beleid met bijpassende facilitering. Dit gelet op de structurele taak van de academische ziekenhuizen op het gebied van de bijzondere patiëntenzorg en de werkplaatsfunctie. Het opbouwen of bewust in stand houden van TRF buiten de academische ziekenhuizen is evenwel geen beleidsoptie.

5. Bekostiging academische ziekenhuizen

De verwevenheid van taken en functies, deels hetzelfde als bij andere ziekenhuizen en deels afwijkend, komt ook tot uiting in de wijze van bekostiging en de gemengde verantwoordelijkheid in deze van VWS en OCenW. De bekostiging van de academische ziekenhuizen loopt via twee hoofdstromen, te weten: het patiëntenzorgbudget en de rijksbijdrage OCenW. Een inzichtelijke relatie tussen aansturing van de verschillende taken en bekostiging ontbrak tot voor kort.

Op verzoek van de Minister van OCenW is door de VAZ in 1993 onderzoek verricht naar de gewenste wijze van bekostiging van academische ziekenhuizen. De opzet van het VAZ rapport «Bepaald Betaalbaar» is in hoofdlijnen door ons overgenomen voor verdere uitwerking.

Voor een drietal kernfuncties, te weten de werkplaatsfunctie, de reguliere patiëntenzorg en andere taken waaronder topreferentiefunctie, is afgesproken bekostigingsmodellen te ontwikkelen.

De gedeelde verantwoordelijkheid is daarbij als uitgangspunt gehandhaafd en moet ook tot uiting komen door een inzichtelijke relatie tussen aansturing en bekostiging.

a. verschuiving middelen

Een eerste stap in de financiële heroriëntatie is geëffectueerd door een voor de AZ-en budgettair neutrale verschuiving van middelen van de begroting van OCenW naar het premiecircuit (VWS). Het rapport van de VAZ gaf aanleiding de rijksbijdrage van OCenW en het patiëntenzorgbudget op macroniveau in overeenstemming te brengen met de omvang van de verschillende taken. Een overheveling van f 255 mln. van de onderwijsbegroting naar het patiëntenzorgbudget is per 1 januari 1996 gerealiseerd. De verlaging van de rijksbijdrage van OCenW is verdeeld over de individuele academische ziekenhuizen en budgettair geneutraliseerd door een compenserende verhoging van het patiëntenzorgbudget per academisch ziekenhuis.

b. rijksbijdragemodel

Een volgende stap was de evaluatie en aanpassing van het verdeelmodel AZ-rijksbijdrage-delen van OCenW waaruit een deel van de lasten van het academisch ziekenhuis wordt bekostigd. Deze dient er mede toe, de kostbare infrastructuur in stand te houden die het academisch ziekenhuis nodig heeft om als werkplaats voor de medische faculteit te kunnen fungeren. Bij deze evaluatie en herijking van het model zijn de criteria voor onderwijs en onderzoek verder aangescherpt. Hiermee wordt in de bekostiging vanuit OCenW recht gedaan aan het honoreren van de beschikbaarheid en inspanning van het academisch ziekenhuis ten behoeve van de medische faculteit. Het nieuwe model is per 1-1-1997 in werking getreden (Staatsblad 1996 nr. 598). In het bekostigingsmodel voor de universiteiten en dat voor de academische ziekenhuizen wordt deels gebruik gemaakt van dezelfde parameters met betrekking tot onderwijs en onderzoek. Het ligt voor de hand om relevante veranderingen in het type parameters in het bekostigingsmodel voor de universiteiten te vertalen naar het model voor de academische ziekenhuizen. Daardoor kan worden volstaan met één informatiesysteem.

c. functiegerichte budgettering (fb-model)

Een andere stap betrof de ontwikkeling van het verdeelmodel patiëntenzorgbudget.

Wij achten het wenselijk dat voor de academische ziekenhuizen zo veel mogelijk wordt overgegaan op een met de algemene ziekenhuizen vergelijkbare budgetsystematiek. Dat wil zeggen, een systematiek die niet op historische (vanaf 1983), maar op functiegerichte basis werkt. Bij de ontwikkeling van dit model vormden transparantie en de mogelijkheid van enige competitie tussen academische en algemene ziekenhuizen de uitgangspunten.

Het COTG heeft, na een overbruggingsfase sinds 1-1-1996, inmiddels een bekostigingsmodel voor de patiëntenzorg in academische ziekenhuizen uitgewerkt dat per 1-1-97 is ingevoerd. Op dit punt zijn de academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen in vergaande mate vergelijkbaar geworden.

Dit laat onverlet dat modernisering van de bekostigingssystematiek zoals thans aan de orde voor de algemene ziekenhuizen, ook voor de acad-

mische ziekenhuizen aandachtspunt is. Hierbij is evenwel duidelijkheid omtrent een bekostigingsmodel voor de topreferentiefunctie van belang.

d. normeringsmodel topreferentiefunctie

Tegelijk met de invoering van het rijksbijdragemodel en het fb-model zijn er afspraken gemaakt om voor het restant (de zogenaamde «kijkdoos») een bekostigingsmodel te ontwikkelen. Hiervoor is inzicht in de huidige kostenstructuur van de academische ziekenhuizen noodzakelijk. Het onderzoek «Bekostiging Bepaald» dat het NZI thans verricht, zal dit inzicht in de geldstromen in een academisch ziekenhuis geven. Overigens is het van belang te realiseren dat de topreferentiefunctie een gedeelte is van deze «kijkdoos». Deze zogenaamde kijkdoos bevat ook activiteiten op het gebied van opleiding en ontwikkelingsfunctie.

NZi-onderzoek «Bekostiging Bepaald»

De uitkomst van het onderzoek geeft informatie om te komen tot de verdere uitwerking van het bekostigingsmodel voor de academische ziekenhuizen. Deelonderzoek 1 is afgerond. Dit deel geeft inzicht in onderscheid en kwantificering van de functies van het academisch ziekenhuis, transparantie in de kostenstructuur, de (meer)kosten van de topreferentiezorg en bevat een diepteonderzoek naar een aantal functies t.w. kindergeneeskunde, KNO, thoraxchirurgie. Inmiddels wordt door de onderzoekers gewerkt aan deelonderzoek 2, gericht op een bekostigingsmodel voor de topreferentiefunctie. Parameterisering daarvan dient plaats te vinden aan de hand van voor de topreferentiefunctie kenmerkende factoren. Op dit moment kan op de uitkomst hiervan niet worden vooruitgelopen, maar binnenkort is de eindrapportage beschikbaar. Vervolgens is discussie met de veldpartijen (in ieder geval VAZ en ZN) nodig, gevolgd door besluitvorming. Invoering van een model zal mogelijk een dynamisch karakter hebben, dat wil zeggen dat het eerder om een proces gaat dan om een moment. In het model wordt aange-stuurd op incentives voor gewenst gedrag. Verder vormen bij de invoering de onderlinge differentiatie in taak en uitvoering en historische verschillen die in de budgetten zijn ontstaan een punt van aandacht.

6. IBO-AZ

6.1. Structuur topreferentiefunctie

De Interdepartementale beleidsonderzoekswerkgroep Academische ziekenhuizen (IBO-AZ) had als taak om, mede in het licht van de nieuwe financieringsstructuur van de zorgsector, een visie te geven op de wijze van financieren van de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen. De IBO-werkgroep is er in geslaagd een interessante analyse op tafel te leggen vanuit een verrassend perspectief: het doorverwijsgedrag (van tweede naar derde echelon) door algemene ziekenhuizen. Voor de conclusies van de IBO-werkgroep wordt verwezen naar bijlage 1 (met name de pagina's 8-12). In onderstaande wordt op deze conclusies ingegaan.

De werkgroep concludeert dat de academische ziekenhuizen bij uitstek geschikt zijn voor het vervullen van de «last resort»-patiëntenzorg in de gezondheidszorg. De werkgroep wijst, terecht, op drie onderscheidende kenmerken, te weten,

- de werkplaatsfunctie,
- het werkplaatsbudget,
- en brede bundeling van specialisaties en (hoeveelheid) topklinische

functies, die de academische ziekenhuizen geschikt maken voor het vervullen van de topreferentiefunctie.

De werkgroep wijst verder op een mogelijke disbalans tussen algemene en academische ziekenhuizen vanwege de hoge mate van specialisatie van het academisch ziekenhuis. Een zichzelf versterkend effect van aanzuigende werking op de zorgverlening kan hiervan het gevolg zijn. Wij delen deze zorg. Wij zijn er voorstander van dat de academische ziekenhuizen zich beperken tot die punten waar zij sterk in zijn. Het afstoten van bepaalde patiëntenzorgtaken naar algemene ziekenhuizen kan daarmee gepaard gaan. Zo ontstaat ruimte voor specialisatie maar ook de gelegenheid (mede vanuit onderzoek en onderwijs) kritisch de bestaande medische methodieken te evalueren op hun doeltreffendheid en doelmatigheid. Ook bij uit-ontwikkelde topklinische zorg kunnen grote algemene ziekenhuizen, zoals eerder opgemerkt, een belangrijke rol spelen. Zo kan op een doelmatige wijze zorg geboden worden, waarbij het academisch ziekenhuis ruimte houdt voor zijn kerntaken.

Dit laat onverlet dat gezien de werkplaatsfunctie het academisch ziekenhuis ook voldoende «gewone» zorg moet geven. Het gaat daarbij tevens om het vinden van een ideale patiëntenmix. De netwerken die er voor de diverse vormen van samenwerking (moeten) zijn spelen hierbij een rol. Eén en ander zal uitdrukkelijk gestalte moeten krijgen in goed overleg met de omliggende algemene ziekenhuizen.

De werkgroep constateert met betrekking tot het begrip topreferentiefunctie dat een definitie niet concreet is te geven. Dit is ook een lastig begrip waarop velen gestudeerd hebben (en nog studeren). De IBO-werkgroep heeft dit ook uitvoerig geanalyseerd zonder tot een sluitende conclusie te komen. Voorlopig zullen we het dus moeten doen met de omschrijving zoals opgenomen in paragraaf 4.2.

De IBO-werkgroep concludeert dat de topreferentiefunctie niet per definitie eenzijdig voorbehouden is aan een selecte groep ziekenhuizen maar dat er binnen de piramidale stratificatie van de ziekenhuissector sprake is van een continuüm van toenemende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Het eenzijdig benadrukken van de topreferentiefunctie in het bovenste gedeelte van de piramide doet daar volgens de werkgroep geen recht aan. De werkgroep is dan ook van mening dat de topreferentiefunctie geen nadere markering dient te krijgen in de gezondheidszorgwetgeving.

Wij onderkennen de nuancering maar zien de topreferentiefunctie, maar dan inderdaad in strikte zin te definiëren, als een specifieke taak voor de academische ziekenhuizen en van vitaal belang. De middelen die daarvoor in de afgelopen decennia gezamenlijk zijn geïnvesteerd in de academische ziekenhuizen zijn te omvangrijk om daaraan voorbij te gaan. In de Eerste Kamer heeft het vorige kabinet dan ook het voornemen uitgesproken de TRF in wetgeving vast te leggen.

Een wettelijke positionering achten wij gewenst om te voorkomen dat de topreferentiefunctie (onbedoeld) in het gedrang zou kunnen komen. Onze voorkeur gaat daarbij uit naar de voorgenomen Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen. Deze wet voorziet in landelijke sectorale zorgvisies en regiovisies. In onze optiek is de te ontwikkelen landelijke sectorale zorgvisie de logische plaats waar de topreferentiefunctie nadrukkelijk aandacht moet krijgen. Het accent ligt hierbij op een kwalitatieve benadering en secundair op een financiële waarborging.

6.2. Bekostiging en financiering topreferentiefunctie

De IBO-werkgroep geeft aan dat met de topreferentiefunctie een omvangrijk bedrag is gemoeid (500 mln.) maar constateert dat er geen

bevredigend antwoord gegeven kon worden op de vraag of hiermee voldoende «value for money» geboden wordt. Wij onthouden ons nu op dit punt van een oordeel omdat wij de bevindingen van het NZi daarbij willen betrekken.

Wij zijn het wel met de werkgroep eens dat, mocht het NZi-onderzoek onvoldoende het topreferentiebudget en de doelmatigheid ontrafelen, verdergaand onderzoek niet effectief meer lijkt. Er zal dan over de omvang van het topreferentiebudget een beleidsmatige beslissing genomen moet worden.

De IBO-werkgroep geeft een interessante analyse van mogelijk «onjuist» doorverwijsgedrag van algemene naar academische ziekenhuizen. Bij het IBO-rapport is ook een zeer lezenswaardige studie van het NZi opgenomen van ervaringen op dit punt in het buitenland. Het NZi constateert dat er in de bestaande situatie van de ziekenhuissector geen eenduidige positieve financiële doorverwijsprikkel bestaat. Wel acht het NZi de kans reëel dat de financiële doorverwijsprikkel sterker wordt als deze sector competitiever wordt.

De IBO-werkgroep heeft ook gekeken naar de wijze waarop de «kijkdoos» in de bekostiging kan worden vormgegeven. Een drietal varianten wordt onderscheiden:

- a. als apart budget laten bestaan (komt neer op oormerken kijkdoos)
- b. parameteriseren op basis van NZi-onderzoek en
- c. verdelen van de budgetten van alle ziekenhuizen (en budget overdragen bij doorverwijzing naar een academisch ziekenhuis).

Elke variant heeft eigen positieve kanten in zich. Variant a. heeft vooral de charme van de eenvoud. Variant b. bevordert de transparantie. Variant c. kan bijdragen aan concurrerend gedrag.

Gelet op de aard van de TRF hebben wij de volgende overwegingen. Deze functie vereist in hoge mate beschikbaarheid van een gespecialiseerde outillage. Een concentratie van kennis en onderzoekspotentieel is daarvoor onmisbaar. In algemene budgetteringstermen wordt dit ook wel een beschikbaarheidsfunctie van ziekenhuizen genoemd. Voor deze functie is vergroting van de transparantie zonder meer zinvol. Dat geldt overigens over de volle breedte van de zorg. De besteding van de middelen in de sector moet inzichtelijk zijn. Tegelijkertijd menen wij dat de TRF niet het type functie is dat bij uitstek voorop kan lopen in een concurrentie bevorderend bekostigingssysteem.

Dit brengt ons op het standpunt dat variant c. minder geschikt is. Het systeem van een patiënt-volgend budget doet onvoldoende recht aan de beschikbaarheidsfunctie van het «last-resort». Ook sluit het minder aan bij de algemene bekostigingssystematiek die momenteel in ontwikkeling is. Voorstel c. betreft een patiënt-volgende budgetsysteem voor een segment van de ziekenhuiszorg. Voor het geheel van de ziekenhuiszorg wordt voor de komende periode uitgegaan van meerjarenafspraken voor instellingsbudgetten, met een maximale aanwendingsvrijheid, vooral ook voor zorgvernieuwing. Een opgelegd doorschuifstelsel tussen ziekenhuizen voor TRF sluit daar niet direct op aan. Een nadeel van deze variant kan daarnaast nog zijn dat algemene ziekenhuizen een suboptimale allocatie van de benodigde infrastructuur realiseren. Doorverwijzing die met budgetoverdracht gepaard gaat wordt voor deze ziekenhuizen immers minder aantrekkelijk.

Eén en ander overziende komen wij tot het volgende model voor de bekostiging en de financiering van de TRF.

Voor wat betreft de bekostiging wordt gestart met optie a., oftewel een oormerking van de kijkdoos. Ondertussen wordt gewerkt aan de – mogelijk geleidelijke – invoering van optie b. Daarmee kan een grotere

transparantie bereikt worden, terwijl inpasbaarheid in de algemeen voorgestane systematiek goed mogelijk lijkt. De verdere vormgeving hangt samen met de bevindingen van het NZi-onderzoek. Omdat de aanwezigheid van TRF nauw samenhangt met de werkplaatsfunctie zal bij de keuze van een verdeelsleutel voor dit deelbudget aan dit aspect aandacht gegeven moeten worden.

Voor wat betreft de financiering zij vooropgesteld dat deze thuis hoort – en blijft horen – in het tweede compartiment. In dat compartiment is de voortzetting van het beleid om ziekenfondsverzekeraars risicodragend te maken een bepalende factor. De MDW-projectgroep ziekenhuiszorg ziet ruimte voor enige competitie tussen ziekenhuizen in een regiomodel (1998, «Het ziekenhuis, a human enterprise?»). Vanuit die risicodragendheid krijgen deze verzekeraars prikkels om zich kritischer dan tot nu toe te kunnen gaan opstellen tegenover de geboden zorg. Ook met betrekking tot de TRF ligt de wens tot sturing op prestaties en bijvoorbeeld doorverwijzing dan in de rede.

Op dit moment zijn de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op dit vlak nog beperkt. Wij staan een vergroting van die mogelijkheden voor. Parallel aan de stap voor stap uitwerking van de bekostigingsmethode voor de TRF streven we in de financiering het volgende traject na.

In eerste instantie worden de kosten van de TRF toegerekend aan het vaste deel van de budgetten van de ziekenfondsverzekeraars, vergelijkbaar met de huisvestingskosten. De MDW-projectgroep ziekenhuiszorg stelt dit ook voor. Dit sluit tevens aan op het standpunt van verzekeraars dat een relatie legt tussen het inzicht in en de mate van sturing van de TRF en het risico dat gedragen kan worden.

Met het toenemen van het risico én de de beïnvloedingsmogelijkheden van de verzekeraars ligt het vervolgens voor de hand na te gaan of een verschuiving van de TRF financiering van het vaste naar het variabele deel mogelijk is. De mogelijkheden hiervan hangen af van de mate waarin optie b kan worden ingevoerd. Op deze wijze wordt een situatie bereikt waarin de kosten herkenbaar en normeerbaar zijn, terwijl verzekeraars een prikkel hebben om prestaties van hoog niveau te honoreren.

In vervolg op de modellen die in de afgelopen periode zijn ingevoerd met betrekking tot de Rijksbijdrage – voor de werkplaatsfunctie – en de functiegerichte budgettering – voor de patiëntenzorg – zien wij dit als een belangrijk derde traject (zie ook paragraaf 5, afspraken naar aanleiding van «Bepaald Betaalbaar»).

Bij de uitwerking van het bovenstaande zullen de VAZ en ZN nadrukkelijk betrokken worden.

7. Overige

7.1. Bouw

Naast de kennisinfrastructuur wordt in de gezondheidszorg de gebouwde omgeving gezien als een infrastructurele voorziening die (op grote lijnen) overheidssturing behoeft. Dat geldt dus ook voor de bouw van academische ziekenhuizen. De aandacht van de overheid richt zich daarbij, naar analogie met die in de kennisinfrastructuur, op de functionele aspecten. De overheid heeft als taak de voorwaarden te scheppen, die een goede aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod garanderen. Het gaat daarbij om de voorwaarden ten aanzien van de noodzakelijke faciliteiten in termen van capaciteit en functionaliteit.

De beleidsmatige inkadering van de ziekenhuisbouw zal in de komende jaren zowel kwantitatief en kwalitatief veranderen. Het ziekenhuis van de toekomst ziet er totaal anders uit dan dat van vandaag. De functionaliteit van toekomstige bouw zal veelzijdig moeten zijn. Zowel het proces van

bouwvoorbereiding als de beoordeling door de overheid zullen wijzigen, onder meer vanwege de implementatie van «Raad op maat». Voor de academische ziekenhuizen is thans sprake van een praktijk van bouwbegeleiding door daarvoor aan te wijzen «Gemachtigden bouw».

De samenhang met de faculteit is voor de academische ziekenhuizen van groot belang. Academische ziekenhuizen vormen ook in de bouw en het gebouwgebruik en -beheer in toenemende mate een geïntegreerde eenheid samen met de medisch faculteit. Veelal bevinden zij zich ook letterlijk onder één dak. Terwijl de bevoegdheid en verantwoordelijkheden voor de bouw van een medisch faculteit geheel bij de universiteiten is gelegd, vindt in de gezondheidszorg aansturing plaats via de overheid en haar uitvoeringsorganen.

Wij vinden een grotere afstand van de overheid bij bouw wenselijk. Daarom zal er voor de academische ziekenhuizen een sturingsmethode geïntroduceerd worden die voorziet in een grotere autonomie van de instellingen. Daarmee kunnen afstemmingsproblemen tussen academisch ziekenhuis en faculteit vanwege procedures vermeden worden. Voor een systeem met verregaande autonomie is het noodzakelijk dat de instelling beschikt over een lange-termijn huisvestingsplan. Dit huisvestingsplan moet frequent aan de actuele inzichten, bijvoorbeeld met betrekking tot het functiepakket en functionaliteit van de instellingen, worden aangepast.

De achterstand die de academische ziekenhuizen hebben met betrekking tot de verantwoordelijkheid over de instandhouding wordt ingelopen. Hierdoor sluiten de academische ziekenhuizen aan bij het principe zoals dat thans voor de algemene ziekenhuizen geldt. Er zal worden gewerkt aan de introductie van de eigen verantwoordelijkheid bij de instandhouding van de gebouwen, eveneens naar analogie van het model dat met ingang van 1-1-1996 bij de algemene ziekenhuizen is geïntroduceerd. Dat geeft toenemende verantwoordelijkheid aan en mogelijkheid voor de instelling jaarlijkse en incidentele (groot onderhoud en renovaties) instandhoudingsinvesteringen te doen. De mogelijkheden die het Planning en Bouwvolume Academische ziekenhuizen (PBA) biedt om deze decentralisatie van verantwoordelijkheden voor de huisvesting planmatig en budgettair te realiseren, worden daartoe verkend. Een werkgroep zal dit onderzoeken. Een overlegstructuur zal tot stand worden gebracht waarin de bestuurlijke en technische vraagstukken, verbonden aan de mogelijkheid jaarlijkse en incidentele instandhoudingsinvesteringen te doen, in de eerste helft van 1999 worden uitgewerkt. Vervolgens zullen de resultaten ter besluitvorming aan ons worden voorgelegd. Het streven is erop gericht deze verantwoordelijkheid voor de huisvesting per 1 januari 2000 gerealiseerd te hebben. De ervaringen die zijn opgedaan met de meldingsregeling voor de algemene ziekenhuizen worden daarbij betrokken. Zo mogelijk leidt dit tot een generieke regeling. Over de bouw die niet onder de nieuwe meldingsregeling zal gaan vallen wordt, zullen wij met betrokkenen de te hanteren uitgangspunten bespreken die recht doen aan de rol van de overheid en de relatie tussen academisch ziekenhuis en faculteit (centrum voor academische geneeskunde). Dit vraagt om een geïntegreerde benadering vanuit beide functies en dus ook vanuit beide Ministeries.

Het bovenstaande komt er op neer dat zowel door de veranderende opvattingen over ziekenhuisbouw in het algemeen als door de veranderende relatie tussen het academisch ziekenhuis en de faculteit, er behoefte is aan herbezinning ten aanzien van de wettelijke regelingen betreffende bouw van academische ziekenhuizen. De taak van de overheid is (de

randvoorwaarden betreffende) de structurering over het totaal van de ziekenhuizen en de noodzakelijke functionaliteit vast te stellen. De taak van de instelling is deze te realiseren en in stand te houden.

7.2. Honorering in de medisch specialistische zorg

Van de academische ziekenhuizen wordt medisch specialistische zorg en ondersteuning van medische wetenschap van het hoogste niveau verwacht. Hiervoor is het nodig dat voldoende, goed gemotiveerde menskracht aangetrokken kan worden. Een passende honorering is daarbij van belang.

Van oudsher zijn de medisch specialisten in de academische ziekenhuizen in dienstverband bij universiteit of ziekenhuis. Daarnaast heeft het hoofd van de afdeling namens de afdeling het declaratierecht van de honoraria voor een deel van de patiënten. Daarmee kan het inkomen «arbeidsmarkt-conform» gemaakt worden.

De honorering van de poliklinische hulpverlening geschiedt voor een belangrijk deel op basis van de korte kaart en de jaarkaart. Voor klinische hulpverlening aan particuliere patiënten kunnen – naast tarieven voor velerlei soorten onderzoeken en behandelingen – tarieven per ligdag in rekening worden gebracht. Bij de vaststelling van de bedragen voor de korte kaarten, de jaar kaarten en de ligdagtarieven is wél rekening gehouden met de verscheidenheid in specialismen, maar binnen eenzelfde specialisme niet met de verscheidenheid in intensiteit en duur van de behandeling. De reeds langer bestaande trend dat academische ziekenhuizen zich meer richten op specialistische en meer intensieve zorg – en derhalve minder op zorg waar niet zoveel tijdsinzet van de medisch specialist mee gemoeid is – leidt ertoe dat de inkomsten van de medisch specialisten in de academische ziekenhuizen voor dit deel verhoudingsgewijze lager zijn.

De lokale initiatieven hebben de inkomensverschillen inzichtelijker gemaakt. Dat heeft effect gehad op de arbeidsmarktpositie van de academische ziekenhuizen. Uiteraard spelen bij die positie naast de honorering ook andere factoren zoals de (secundaire) arbeidsvoorwaarden, verbondenheid met het (type) ziekenhuis en werkomgeving een belangrijke rol.

In het toekomstig beleid zal de gelijkwaardigheid van de honorering van medisch specialisten in de academische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen een punt van aandacht zijn.