

# Medisch specialisten gehonoreerd

Worden de lokale initiatieven in 1997 voortgezet?

Y.W. van Kemenade en  
C.G.F. van der Linde-Winkens

**De honorering van de medisch-specialistische zorg zal de komende jaren moeten worden gezien in de context van veranderingen en vernieuwingen in de zorgsector. De 'nieuwe' rol van de verzekeraars, de outputpricing van ziekenhuizen en de mogelijkheden van selectieve contractering zijn ontwikkelingen die ook van invloed zijn op de medisch-specialistische hulp. Zullen we inderdaad komen tot een 'geïntegreerd product ziekenhuiszorg' dat meer inhoudt dan alleen een gezamenlijke rekening voor de patiënt?**

**A**L JARENLANG worden er discussies gevoerd over de groei van de uitgaven aan medisch-specialistische hulp. Aanleiding voor allerlei beheersingsmaatregelen was onder andere de ontwikkeling van de uitgaven. Het afgelopen jaar hebben bijna alle vrijgevestigde medisch specialisten, ziekenhuisdirecties en verzekeraars een raamovereenkomst getekend (voor de periode 1995-1996), waarin een aantal afspraken zijn gemaakt, onder andere over het budget medisch-specialistische hulp. Het komende jaar zal moeten blijken of de huidige lokale initiatieven in 1997 zullen worden voortgezet. Om handreikingen te geven in de discussies en de opkomende vragen de komende periode is er een boek verschenen 'Medisch specialisten gehonoreerd'.<sup>1</sup> Dit artikel is gebaseerd op de inhoud van dat boek.

## Beheersingsmaatregelen medisch-specialistische hulp

In tabel 1 op de volgende bladzijde is de ontwikkeling van de kosten, volumina en prijzen van medisch specialisten weergegeven over de periode van 1985 tot en met 1994.

In 1989 initieerde de overheid een overleg tussen de betrokken veldpartijen (spe-

cialisten, ziekenhuizen en verzekeraars), resulterend in het zogenaamde Vijfpartijenakkoord (VPA), waarin afspraken werden gemaakt over de maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de medisch-specialistische hulp. Er werden onder andere afspraken gemaakt over de bevroering van de uitgaven van de medisch-specialistische hulp op niveau 1989. Het aantal verrichtingen van de medisch-specialistische hulp bleef evenwel stijgen. In 1992 werd geen overeenstemming bereikt over de verrekening van de overschrijdingen van de voorgaande jaren; voor de overheid was dit aanleiding het heft weer in eigen handen te nemen en tariefsmaatregelen af te kondigen. In datzelfde jaar kreeg de overheid bovendien een krachtig wettelijk instrument in handen om eenzijdige tariefsmaatregelen op te leggen door de aanvaarding in 1991 van het onschuldig lijkend amendement op de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) van het CDA-kamerlid Tuinstra. Vanaf 1992 heeft zij hiervan veelvuldig gebruikgemaakt, hetgeen tot uitdrukking komt in de daling in de prijsindex vanaf 1992. Vooral in 1993 zijn de tarieven fors gedaald: met 11,2%. Dit is een gevolg van de incidentele macrobudgetkorting van 309 miljoen gulden die per 1 april 1993 in werking trad "ter compensatie van een groot deel van de problematiek die in de VPA-periode was ontstaan" (FOZ 1996:48). Deze macrobudgetkorting werd per 1 april 1994 verlengd, waardoor de tarieven op hetzelfde lagere niveau gehandhaafd bleven. Op 1 april 1995 vond opnieuw verlenging plaats, waarbij de onderhavige korting met 88 miljoen gulden werd verhoogd tot 397 miljoen gulden in verband met de zogenaamde restantproblematiek 1992. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Simons was van mening dat de achtereenvolgende tariefsmaatregelen geen structurele oplossing vormden voor het beheersen van de uitgaven voor de medisch-specialistische zorg: in de periode 1989 tot en met 1994 zijn de prijzen met 12% gedaald maar bleef het volume stijgen (met 28%), waardoor de totale uitgaven ook met 13% zijn gestegen. Verklaringen voor de vo-

lumentijgingen in de eerste jaren sinds 1990 kunnen zijn gelegen in de automatisering van het declaratieverkeer (een gevolg van het Vijfpartijenakkoord) en autonome ontwikkelingen in de zorgvraag. Ook wordt wel gesuggereerd dat de medisch specialisten ter compensatie van de tariefdalingen meer handelingen zijn gaan uitvoeren om zodoende het inkomensniveau te handhaven.

In 1993 werd de commissie-Biesheuvel geïnstalleerd, die onder andere moest adviseren over een nieuwe aanpak. Dit heeft in januari 1994 geresulteerd in het rapport 'Gedeelde zorg, betere zorg'. Ter uitwerking van de in dat rapport gedane voorstellen werd drie maanden later het Platform Curatieve Zorg ingesteld. Een paar maanden later werd duidelijk dat men in dit overleg niet tot overeenstemming kon komen over de positionering en honorering van de medisch specialisten. Met het aantreden van het paarse kabinet en minister van Volksgezondheid mw Borst werd aan de voorstellen van de commissie-Biesheuvel invulling gegeven. In de nota 'Modernisering curatieve zorg' (juni 1995) onderschreef de minister de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel, met name de integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis en de financiering van de medisch-specialistische zorg via het ziekenhuisbudget. Inmiddels was al gekozen voor een aanpak die meer gericht was op het eigen initiatief van partijen en minder op het afdwingen van veranderingen via landelijke regulering.

Anno 1996 is de 'medisch specialisten gehonoreerd' een onderwerp waarover nog steeds vele discussies worden gevoerd. Nadat hierover jarenlang op nationaal niveau was gediscussieerd, is de discussie sinds 1995 langzamerhand meer verschoven naar het regionale niveau. Dit heeft geleid tot diverse ontwikkelingen binnen de ziekenhuizen. Specialist, ziekenhuisdirecties en ziektekostenverzekeraars zijn in 1995 druk bezig geweest met elkaar afspraken te maken over de wijze van bekostiging van de medisch specialisten in de komende jaren. Deze bereidheid om op regionaal niveau met

elkaar in overleg te treden, kan worden gezien als een belangrijke stap op weg naar het ontwikkelen van een oplossing voor de jarenlange discussies over de kostenontwikkeling binnen de medisch-specialistische zorg.

### Lokale initiatieven

Met haar brief van 17 november 1994 heeft minister Borst het startschot gegeven voor de lokale honoreringsinitiatieven. In deze brief sprak de minister haar bereidheid uit het budget van de medisch specialisten met 290 miljoen te verhogen (met andere woorden: geen tariefkorting als gevolg van resterende overschrijding 1992 en de overschrijding 1993), mits er voor 1 april 1995 op regionaal en lokaal niveau afspraken zouden worden gemaakt over de samenwerking tussen de ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars met betrekking tot de organisatie en honorering van de specialistische zorg.

De regionale en lokale afspraken zijn gebaseerd op de voorstellen van de commissie-Biesheuvel, waarin wordt gesproken van het opnemen van de budgetten van de medisch specialisten in die van het ziekenhuis teneinde te werken aan een ziekenhuis nieuwe stijl waarin geïntegreerde zorg wordt geleverd.

De minister heeft een aantal voorwaarden gesteld aan de initiatieven. Zo dient er tussen partijen overeenstemming te bestaan over het startbudget, de mutatiesystematiek en de hoogte van het budget medisch-specialistische zorg op instellingsniveau. Daarnaast geldt dat projecten niet alleen een financiële constructie moeten bevatten, maar juist gericht moeten zijn op kwaliteits- en doelmatigheids-effecten.

In haar brief van 13 februari 1995 heeft minister Borst de gestelde termijn van 1

april 1995 verlengd tot 1 november 1995. Aanmelding na 1 november 1995 betekende dat men de vrijwaring voor het jaar 1995 zou mislopen en op z'n vroegst pas per 1 januari 1996 met een project van start zou kunnen gaan.

Op 26 april 1995 gaat de minister in een brief in op een aantal randvoorwaarden voor de initiatieven. Voor deelname aan een initiatief gelden de volgende spelregels:

1. Er moet op lokaal/regionaal niveau worden onderhandeld. De onderhandelingen moeten een tripartiet karakter hebben (ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars).
2. Alle specialisten uit het ziekenhuis moeten meedoen. Deze eis is later afgezwakt: in ieder geval de poortspecialismen moeten meedoen en aangetoond moet worden dat er pogingen zijn ondernomen om ook de anderen te laten deelnemen. Voor extramuraal werkende specialisten geldt dat zij zich in principe moeten aansluiten bij de afspraken die zijn gemaakt voor de intramuraal werkenden. Als er uitsluitend extramuraal wordt gewerkt, kan er geen sprake zijn van deelname aan een lokaal initiatief.
3. Het onderhandelingsresultaat moet worden vastgelegd in een overeenkomst waarin zowel zorginhoudelijke als financiële aspecten worden geregeld.
4. Aanmelding dient te geschieden bij het ministerie van VWS, directie Verzekeringen, Marktordering en Prijsvorming.
5. Het ministerie beoordeelt de aanvraag.
6. Bij aanvaarding volgt een toetsing door het COTG, dat vervolgens ook het budget vaststelt.

Als doelstelling voor de nieuwe projecten geldt: bevordering van kwaliteit, doelmatigheid, doeltreffendheid en beheers-

te kostenontwikkeling. Wezenlijk is dat de doelstellingen van de specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars in dezelfde richting gaan wijzen. Verhoging van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg wordt dan een gezamenlijk belang.

De onderhandelingen tussen de specialisten, verzekeraars en de ziekenhuisdirecties die op vele plekken in het land hebben plaatsgevonden, hebben geresulteerd in een variëteit aan raamovereenkomsten, waarin de volgende punten lokaal verschillen: startbudget, bandbreedte, mutatiesystematiek, verrekeningsmethode, weglek-effecten, kwaliteit/doelmatigheid.

### Startbudget

Uitgangspunt is dat de te maken afspraken zich verdragen met de FOZ-kaders en de uiteindelijke goedkeuring van het COTG verkrijgen. Het startbudget (lumpsum 1995) komt tot stand conform een aantal COTG-richtlijnen.<sup>2</sup> De basis van de berekening van het startbudget is de omzet aan specialistische verrichtingen in een basisjaar naar keuze voor het jaar met het hoogste volume: 1992, 1993 of 1994. Die keuze geldt voor alle deelnemende specialisten uit een ziekenhuis. Het is niet mogelijk verschillende basisjaren te kiezen. In verreweg de meeste initiatieven is gekozen voor het basisjaar 1994. Specifieke lokale omstandigheden hebben er toe geleid dat een enkel ziekenhuis 1992 als basisjaar heeft gekozen.

### Bandbreedte

In het overleg dat in het veld wordt gevoerd, wordt veelal gesproken van een bandbreedte van ongeveer 2,5%. Dit wordt ook voorgesteld in de door het Strategieteam opgestelde handleiding. Specialisten in de lokale situaties zijn hier

Tabel 1. Ontwikkeling van kosten, volumina en prijzen van specialistenpraktijken over de periode 1985-1994.<sup>2</sup>

	totale kosten (f mln)	kosten index (1989 = 100)	kosten mutatie t.o.v. vorig jaar (in %)	volume-index (1989 = 100)	volume mutatie t.o.v. vorig jaar (in %)	prijnsindex (1989 = 100)	prijnsmutatie t.o.v. vorig jaar (in %)
1985	2.114	89		86		104	
1986	2.220	94	5,0	91	6,3	103	-1,2
1987	2.231	94	0,5	97	6,1	97	-5,3
1988	2.276	96	2,0	99	2,6	97	-0,5
1989	2.372	100	4,2	100	0,8	100	3,4
1990	2.504	106	5,6	104	4,1	101	1,4
1991	2.710	114	8,2	111	7,0	103	1,2
1992	2.829	119	4,4	118	5,6	101	-1,2
1993	2.664	112	-5,8	125	6,1	90	-11,2
1994	2.686	113	0,8	128	2,5	88	-1,7

Bron: CBS, Kosten en financiering van de gezondheidszorg, Voorburg/Heerlen 1995

over het algemeen op tegen (zij pleiten voor loon naar werken, 100% variabel). Een bandbreedte van 2,5% houdt in dat de afgesproken productie met een afwijking van 2,5% naar boven en 2,5% naar beneden het risico is van het betrokken specialisme of maatschap. Buiten deze bandbreedte zou het risico door de andere partijen moeten worden gedragen. Worden tijdens het lopend jaar de productieafspraken niet aangepast, dan zijn de lopende productieafspraken en het hieraan gekoppelde honorariumbudget, eventueel met de overeengekomen bandbreedte, het maximum van te leveren zorg. Worden tijdens het lopend jaar de productieafspraken en het daarbij behorende honorariumbudget wel aangepast en leiden deze tot overschrijding van het FOZ, dan komen de daaruit voortvloeiende financiële risico's voor rekening en risico van partijen, waarbij veelal het meeste risico bij de zorgverzekeraars wordt gelegd. Een probleem treedt op wanneer een maatschap/specialisten gedurende het jaar constateren dat de productieafspraken bij een ongewijzigd beleid worden overschreden en de meer-activiteiten het financiële risico van de maatschap/specialisten zelf is. Reële productieafspraken en productieplanning en -bewaking zijn dan ook noodzakelijk om niet voor onwelkome verrassingen te komen staan. In het merendeel van de raamovereenkomsten is geen bandbreedte opgenomen. Veelal is overeengekomen dat bij een dreigende overschrijding van de overeengekomen productie overleg zal plaatsvinden tussen partijen (directie, verzekeraar, specialisten) over de mogelijkheden van extra financiering en anders het temporiseren van de zorg.

#### Mutatiesystematiek 1995-1996

De optelsom van de omzetgegevens per maatschap/specialisme geldt als lumpsum voor het betreffende jaar. Eventuele reallocaties binnen de lumpsum zijn een zaak van partijen zelf, waarbij de specifieke lokale omstandigheden ruim aan bod kunnen komen. In circa 50% van de overeenkomsten is afgesproken dat mutatie van de lumpsum binnen een jaar niet mogelijk is. In het overgrote deel van de overige gevallen is een mutatie mogelijk in geval van 'calamiteiten'; wij merken hierbij op, dat de invulling van het begrip 'calamiteit' per overeenkomst kan verschillen. Mutatie van de lumpsum van het ene naar het andere jaar zal grotendeels plaatsvinden op basis van onderhandelingen over de aantallen voordeurparameters: klinische opname, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken, waarbij de gerealiseerde productie uit het voorafgaande jaar en de objectieve zorgvraag belang-

rijke uitgangspunten zijn. Om de productie en de veranderingen daarin te koppelen aan de toegestane FOZ-groei is een mutatiesystematiek ontwikkeld waarbij de parameters onderling met elkaar worden gewogen en gewaardeerd.

Afspraken op het terrein van de doelmatigheid en de kwaliteit kunnen een verschuiving van parameters tot gevolg hebben (substitutie) en dus ook andere gewichten. Vervolgens speelt in vele onderhandelingen de vraag of een deel van de te muteren productie moet plaatsvinden op basis van een vast bedrag, gerelateerd aan het budget van het jaar daarvoor, en een variabel deel; hiermee zou de koppeling tussen productie en gewenste substitutie voor een beperkter deel gevolgen hebben voor het honorariumbudget. Specialisten zijn hier veelal geen voorstander van, zij willen de mutatie volledig koppelen aan een vertaling in budget (100% variabel). Toch is bij circa éénderde van de overeenkomsten een vast-variabele component opgenomen; de vaste component varieert hierbij van 20% tot 50%.

#### Verrekeningsmethode

De specialisten declareren net als voorheen de COTG-tarieven op basis van de uitgevoerde verrichtingen. Deze verrichtingen zullen moeten worden 'vertaald' naar de afgesproken volumeparameters. Net als binnen de ziekenhuisbudgetsysteematiek zal de hoogte van het honorariumbudget niet altijd hetzelfde zijn als de werkelijke opbrengst van de declaraties. Voor de verevening van het verschil van de door het COTG goedgekeurde budgetten en de som der declaraties wordt een centraal verrekeningscentrum opgericht. In circa 65% van de overeenkomsten ligt de verantwoordelijkheid van het verrekenen op medisch stafniveau. In de overige is het een gedeelde verantwoordelijkheid van specialisten en het ziekenhuis dan wel de zorgverzekeraar.

#### Weglek-effecten

In een aantal raamovereenkomsten is een paragraaf opgenomen over weglek-effecten. Bedoeld wordt dat er geen zorg mag weglekken uit het betreffende ziekenhuis naar andere regio's of naar het buitenland (in de grensgebieden). Omdat in de raamovereenkomsten afspraken worden gemaakt over de productieomvang van een jaar (volume) kan het voorkomen dat de vraag naar zorg groter blijkt dan verwacht. Het risico bestaat dan dat patiënten naar elders worden doorverwezen. Door het opnemen van een artikel hieromtrent in de raamovereenkomst willen partijen voorkomen dat er oneigenlijke verschuivingen gaan plaatsvinden van patiëntenstromen naar een ander ziekenhuis.

Tabel 2. Overzicht van eerste beoordeling raamovereenkomsten door het ministerie van VWS.

goedgekeurd	42
afgekeurd	5
goedgekeurd onder voorwaarden	52
WAARVAN MET DRIE VOORWAARDEN:	1
- alle poortspecialisten moeten deelnemen	
- overeenkomst aanpassen	
- kwaliteits/doelmatigheidsparagraaf invullen	
WAARVAN MET TWEE VOORWAARDEN:	3
- alle poortspecialisten moeten deelnemen	
- overeenkomst aanpassen	
WAARVAN MET TWEE VOORWAARDEN:	4
- overeenkomst aanpassen	
- kwaliteits/doelmatigheidsparagraaf invullen	
WAARVAN MET TWEE VOORWAARDEN:	5
- er komt een eigen aansluitovereenkomst	
- kwaliteits/doelmatigheidsparagraaf invullen	
WAARVAN MET DE VOORWAARDE:	
- alle poortspecialisten moeten deelnemen	24
- overeenkomst aanpassen	7
- kwaliteits/doelmatigheidsparagraaf invullen	8

In veel raamovereenkomsten wordt dit risico voor een deel al afgedekt door de opname van een artikel waarin staat dat indien de zorgbehoefte groter blijkt dan ingeschat de partijen in overleg treden binnen het lopende contractjaar om de gerezen problemen te bespreken. Als partijen hierover overeenstemming bereiken dan worden in beginsel aanvullende productieafspraken gemaakt. Worden er geen aanvullende productieafspraken gemaakt, dan kan dit leiden tot temporisering van de zorg (of weglek-effecten). In een aantal overeenkomsten wordt als extra passage onder de weglek-effecten opgenomen dat indien het volume van de bij het ziekenhuis en de specialisten gecontracteerde zorg onvoldoende blijkt om de zorgvraag uit het adherentiegebied te kunnen voldoen, de zorgverzekeraar een eventueel extra in te kopen volume voor de betreffende populatie eerst zal aanbieden aan het betreffende ziekenhuis.

#### Kwaliteit en doelmatigheid

Doelstellingen van de lokale initiatieven zijn de bevordering van kwaliteit, doelmatigheid, doeltreffendheid en een beheerste kostenontwikkeling. De bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg wordt door de minister als een belangrijk punt ervaren. De wijze waarop de kwaliteit en de doelmatigheid vorm hebben gekregen in de verschillende raamovereenkomsten is zeer verschillend; in een aantal raamovereenkomsten is een aantal projecten uitgebreid beschreven, andere vermelden dat men zich zal

inspannen om een aantal concrete projecten uit te werken.

### Stand van zaken

In november 1995 moesten de raamovereenkomsten ter goedkeuring aan het ministerie van VWS worden voorgelegd. Het betrof 94 ziekenhuizen (*tabel 2*).<sup>3</sup> In vier ziekenhuizen is geen lokaal initiatief tot stand gekomen. In het veld ligt de voorwaarde dat alle poortspecialisten moeten deelnemen het moeilijkst; bij 28 ziekenhuizen is daarvan sprake. Daarnaast hebben 61 ziekenhuizen een opmerking gekregen over de wijze waarop zij het honorariumbudget van de specialisten hebben berekend. Voorts stelt het ministerie als voorwaarde dat de modelovereenkomst specialist-ziekenhuis wordt getekend.

Uiteindelijk zijn ook de voorwaardelijke goedkeuringen omgezet in een goedkeuring.

Wat er gebeurt met de specialisten die geen overeenkomst hebben getekend, is, afgezien van de tariefskorting van 1 april 1995, niet duidelijk. Het gevaar bestaat dat voor deze groep specialisten aanvullende maatregelen op landelijk niveau worden ingevoerd, waarbij steeds de dreiging van verdere tariefskortingen bestaat.

### Beschouwing

De tot dusver tot stand gekomen lokale initiatieven zijn het resultaat van enerzijds de financiële druk van het macrobudget en de tariefskortingen (het amendement-Tuinstra) en anderzijds van de visie die is uitgedragen door de commissie-Biesheuvel.

In het komende jaar zal een aantal praktische zaken moeten worden uitgewerkt en vorm dienen te worden gegeven. Zo zullen op korte termijn de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten verder moeten worden uitgewerkt. Verder zal de werking van het verrekencentrum gestalte moeten krijgen (productieplanning en -bewaking). Naast de uitwerking van deze concrete zaken zal moeten worden nagedacht over en gewerkt moeten worden aan een langetermijnperspectief voor de lokale initiatieven. De raamovereenkomsten die zijn getekend, zijn geldig tot en met 1996. In 1996 zal dus moeten blijken of de huidige situatie in 1997 en de daaropvolgende jaren zal worden voortgezet. Het jaar 1996 is cruciaal: op dit moment zijn er veel discussies gaande tussen specialisten en tussen specialisten en ziekenhuisdirecties die al dan niet zullen uitmonden in intenties de lokale initiatieven voort te zetten. Indien men bij de conflicten die zijn ontstaan de komende tijd geen oplossing bereikt, bestaat de mogelijkheid dat de situatie (tariefskortingen) van voor 1995

terugkeert. De niet-deelnemende specialisten zullen geconfronteerd blijven met de kortingen als gevolg van de volumeoverschrijdingen. Differentiatie per specialisme naar bijdrage aan de overschrijding zal zo mogelijk worden toegepast.

De honorering van de medisch-specialistische zorg zal de komende jaren moeten worden gezien in de context van andere veranderingen en vernieuwingen in de zorgsector. Bijvoorbeeld de 'nieuwe' rol van de verzekeraars, als zij volledig gebudgetteerd gaan worden, de outputpricing van ziekenhuizen en de mogelijkheden in de toekomst van selectieve contractering zijn ontwikkelingen die ook van invloed zijn op de medisch-specialistische hulp.

De vraag is of men de komende jaren inderdaad komt tot wat zo mooi een 'geïntegreerd product ziekenhuiscare' wordt genoemd dat meer inhoudt dan alleen een gezamenlijke rekening voor de patiënt. Een absolute voorwaarde hierbij is dat de interne conflicten bespreekbaar worden en ook worden opgelost. Blijken deze conflicten de komende periode onoplosbaar te zijn, dan bestaat de kans dat alle inspanningen en activiteiten van de afgelopen jaren uiteindelijk op niets structureels zullen uitlopen. Wat betekent het als eind 1996 partijen besluiten niet verder te gaan met de voortzetting van de raamovereenkomsten en men terug wil naar de situatie van voor 1994?

### Congres 'Lokale initiatieven'

Op een congres van het Nederlands Studie Centrum op 24 april over 'Lokale initiatieven: gehonoreerd per 1997?!' hebben medisch specialisten, ziekenhuisdirecties en verzekeraars die bij verschillende regionale experimenten betrokken zijn hun ervaringen met elkaar gedeeld. De eerste spreker van de dag, S.G. Rijpmma, benadrukte dat de overheid veel waarde hecht aan de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten en de daarbij te behalen resultaten. Opvallend bij de verzekeraars, de medisch specialisten en de ziekenhuisdirecteuren, die daarna aan het woord kwamen, was hun positionering ten opzichte van elkaar: van de vele samenwerkingsrelaties die zich het afgelopen jaar hebben ontwikkeld, het vertrouwen dat tussen partijen is gegroeid, bleek niet veel.

De overheid blijft het lokaal initiatief stimuleren via facilitering van het proces en geeft daarbij aan dat nevenschikking een goede basis kan bieden. Problemen die naar voren kwamen betroffen onder meer de groeiende zorgvraag en hoe daar budgettair mee om te gaan en de discussie over dienstverband of vrij-ondernemerschap. Verder werd gesproken over te

behalen efficiency-winst binnen het medisch bedrijf, snijden in het verstrekkingspakket, harmonisatie van inkomens, positionering van de medische staf en de veranderende rol van de verzekeraars als onderhandelingspartner.

Na deze dag was het duidelijk dat de problemen die zijn gerezen, moeten worden opgelost in tripartiet overleg. Bondgenootschap is hierbij belangrijk, de vijandschap tegenover elkaar moet verdwijnen. Dat er, gezien de verschillen tussen partijen, altijd dualisme blijft bestaan, is logisch. Een echte uitspraak over de termijnen waarin de lokale initiatieven voortgang zouden moeten vinden, werd niet gedaan; gesproken is over een verlenging voor 1997 en waarschijnlijk 1998.

Duidelijk is dat we op de goede weg zijn, maar momenteel te maken hebben met een *tussenmodel*. Binnen een paar jaar moet er een structureel model worden bedacht. Hoe dat er moet gaan uitzien is nog de vraag. •

MEDISCH SPECIALISTEN

BEHEERSINGSMATREGELEN

LOKALE INITIATIEVEN

#### dr Yvonne van Kemenade

is werkzaam bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) en heeft een eigen onderzoeks- en adviesbureau

#### drs Caroline van der Linde-Winkens

is werkzaam bij de Nederlandse Vereniging van Artsen (VVAA)

De auteurs hebben dit artikel op persoonlijke titel geschreven.

### Literatuur en noten

1. Kemenade YW van, Bakx KCMN. Medisch specialisten gehonoreerd. De Tijdstroom, 1996.
2. Het startbudget = het overeengekomen budget voor 1995 van medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis.
3. Zorgverzekeraars Nederland 1995, pp. 1-2.
4. De CBS-definitie 'Kosten van specialistenpraktijken' omvat alle kosten van praktijken van vrijgevestigde specialisten voor zover die kosten niet elders (bijvoorbeeld via de exploitatiekoningen van de ziekenhuizen) zijn verwerkt. De CBS-definitie 'Kosten van specialistenpraktijken' vormt de optelsom van drie in het FOZ onderscheiden categorieën: medisch specialisten, tandheelkundig specialisten en vrijgevestigde psychiaters.