

Artsen onder druk

Van dit boek is tevens een handelseditie verschenen bij Uitgeverij Elsevier/De
Tijdstroom, Utrecht.

ARTSEN ONDER DRUK

Het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996, als gevolg van de interne en externe druk op de zelfregulering van artsen.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM OP GEZAG VAN DE
RECTOR MAGNIFICUS

PROF. DR. P.W.C. AKKERMANS

EN VOLGENS HET BESLUIT VAN HET COLLEGE VOOR PROMOTIES
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP

DONDERDAG 23 OKTOBER 1997 OM 16.00 UUR

DOOR

RUDI VAN HERK
GEBOREN TE ROTTERDAM

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOR: Prof.dr. A.F. Casparie
OVERIGE LEDEN: Prof.dr. H.M.J. Binneveld
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten
Prof.dr. R.P.T.M. Grol

CO-PROMOTOR: Dr. R.M.J. Schepers

Inhoudsopgave

Voorwoord 11

Inleiding op het onderwerp 13

Inleiding 13

Probleemstelling en onderzoeksvragen 17

Doelstellingen van dit onderzoek 18

Methode en dataverzameling 19

Opzet van dit proefschrift 22

1 Zelfregulering; een theoretische beschouwing 25

1.1 Regulering, de overheid en het medisch beroep 25

1.1.1 Van medische zelfregulering tot overheidsregulering in de gezondheidszorg 25

1.1.2 De overheid 27

De veranderende overheidsstructuur 27

De overheid en pressiegroepen 30

1.1.3 Het medisch beroep 31

1.1.4 Professionele dominantie 32

1.2 Zelfregulering onder druk? 34

1.2.1 Het deprofessionaliseringsdebat 34

1.2.2 Toenemende regelgeving voor het medisch handelen 36

1.3 Het zicht versluiert: de verwevenheid van de klinische autonomie met belangenbehartiging 39

1.3.1 Onbepaaldheid versus techniciteit in het medisch handelen 39

1.3.2 De verwevenheid tussen klinische autonomie en belangenbehartiging 41

1.4 Grenzen aan expliciete regulering van de zorgverlening: het omslagpunt 43

1.5 Slotbeschouwing 45

2 Kwaliteit en kwaliteitszorg 49

2.1 Kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrumenten 50

2.2 Actoren en kwaliteitsaspecten 52

2.3 Instrumenten voor kwaliteitszorg 54

2.3.1 Educatieve kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep 55

2.3.2 Normerende kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep 57

2.3.3 Instrumenten van de overheid en derde partijen 58

2.4 Slotbeschouwing 61

3 De regulering van het medisch beroep in Groot Brittannië 63

3.1 De Britse gezondheidszorg 64

Een krachtige overheid 64

Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht 64

Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem 65

- 3.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970 66
 - 3.2.1 De opkomst van het medisch beroep 67
 - 3.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming 67
 - 3.2.3 De medische opleidingen 69
 - 3.2.4 Het medisch tuchtrecht en de NHS-klachtenprocedures 70
 - 3.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1970-1996 71
 - 3.3.1 Van geleidelijke aanpassingen naar een 'Big Bang': 'Working for Patients' (1989) 72
 - 3.3.2 Om de macht in het ziekenhuis: specialisten versus managers, 1983-1996 76
 - Specialisten en managers, een strijd tussen twee verschillende culturen* 77
 - De periode 1985-1991: het budgetteren van consultants* 78
 - De periode 1991-1996: specialisten en managers in de interne markt* 80
 - De 'league table' en de certificatie van instellingen* 82
 - 3.3.3 Huisartsen in de gezondheidszorg, 1970-1996 83
 - Huisartsen in de luwte, 1970-1989* 84
 - Huisartsen in verzet tegen 'a New Contract', 1990-1996* 84
 - De budgethoudende huisarts, 1991-1996* 86
 - 3.3.4 De juridisering van de Britse gezondheidszorg 87
 - 3.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996 91
 - De General Medical Council onder druk* 91
 - 3.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996 94
 - 3.5.1 Medical audit onder specialisten 95
 - Interne verdeeldheid over 'medical audit', 1970-1989* 95
 - De overheid introduceert 'medical audit' onder specialisten, 1991* 97
 - 'Medical audit' onder specialisten in de praktijk* 98
 - 3.5.2 'Consensus development conferences' van specialisten 101
 - 3.5.2 'Clinical guidelines' voor specialisten 103
 - 3.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996 107
 - 3.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen 108
 - 3.6.2 De beroepsopleiding tot huisarts, 1952-1981 108
 - 3.6.3 'Medical audit' onder huisartsen 110
 - Beroepsorganisaties verdeeld over 'medical audit'* 110
 - De overheid introduceert 'medical audit' onder huisartsen in 1992* 112
 - 'Medical audit' onder huisartsen in de praktijk* 113
 - 3.7 Slotbeschouwing 114
- 4 De regulering van het medisch beroep in Nederland 119
 - 4.1 De Nederlandse gezondheidszorg 120
 - Consensuspolitiek en het maatschappelijk middenveld* 120
 - Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht* 121
 - Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem* 121

- 4.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970 122
 - 4.2.1 De opkomst van het medisch beroep 122
 - 4.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming 123
 - 4.2.3 De medische opleidingen 125
 - 4.2.4 Het medisch tuchtrecht 126
 - 4.2.5 De ontwikkeling van de medische staf, 1950-1960 127
- 4.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1970-1996 128
 - 4.3.1 Het overheidsbeleid in de gezondheidszorg in vogelvlucht, 1970-1996 129
 - 4.3.2 Toenemende overheidsregulering voor de financiering van de medisch specialistische zorgverlening 130
 - Budgettering van ziekenhuizen* 131
 - Functiewaardering voor specialisten ten behoeve van een 'inkomensbeleid'* 132
 - Tariefkortingen, de versplintering van de LSV en het ziekenhuis 'nieuwe stijl'* 133
 - Informatievoorziening door niet-medische actoren* 135
 - 4.3.3 De huisartsen behouden hun positie in de gezondheidszorg 136
 - 4.3.4 De juridisering van de Nederlandse gezondheidszorg 138
 - Nieuwe wetgeving voor de gezondheidszorg* 139
 - Het toenemende gebruik van bestaande en nieuwe wetgeving in de gezondheidszorg* 141
- 4.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996 145
 - 4.4.1 Het stijgende aantal tuchtrechtszaken 146
 - 4.4.2 Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (BIG) 147
 - 4.4.3 Kwaliteitszorg als de verantwoordelijkheid voor veldpartijen, de Leidschendamconferenties 150
- 4.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996 154
 - 4.5.1 Succesvolle invoering van intercollegiale toetsing in 1976 154
 - Zelfregulering onder druk* 155
 - De LSV introduceert intercollegiale toetsing onder specialisten* 157
 - Intercollegiale toetsing onder specialisten in de praktijk* 159
 - 4.5.2 Consensusbijeenvakkomsten van specialisten 160
 - 4.5.3 Protocollen voor specialisten 163
- 4.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996 166
 - 4.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen 167
 - 4.6.2 De beroepsopleiding tot huisarts, 1958-1996 168
 - 4.6.3 De mislukte invoering van intercollegiale toetsing in 1976 169
 - Zelfregulering onder druk* 170
 - Van toetsing naar standaarden* 172
 - 4.6.4 Het standaardenbeleid van het NHG, 1987-1996 173
 - De zelfregulering wederom onder druk* 174
 - NHG-standaarden in de praktijk* 176
 - 4.6.5 Intercollegiale toetsing als onderdeel van herregistratie, 1996 177
- 4.7 Slotbeschouwing 179

- 5 De regulering van het medisch beroep in België 183
- 5.1 De Belgische gezondheidszorg 184
 - De Vlaams-Waalse politieke verhoudingen* 185
 - De federalisering van België* 185
 - Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht* 186
 - Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem* 187
- 5.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970 188
 - 5.2.1 De opkomst van het medisch beroep 188
 - 5.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming 189
 - 5.2.3 De medische opleidingen 192
 - 5.2.4 Het medische tuchtrecht 193
- 5.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg 1970-1996 196
 - 5.3.1 De geleidelijk toenemende externe druk op het medisch beroep, 1970-1996 196
 - 5.3.2 Toenemende overheidsregulering voor specialisten bij een groeiend overaanbod van medisch specialistische zorg 198
 - Het overaanbod aan medisch specialistische zorg* 199
 - De inkrimping van het ziekenhuisaanbod en budgettering van medische diensten* 199
 - Responsibilisering van ziekenfondsen en pathologiefinanciering voor ziekenhuizen* 202
 - Oplopende spanningen tussen het ziekenhuismanagement en specialisten* 205
 - Minimale en andere klinische gegevens* 206
 - 5.3.3 De marginalisering van het huisartsenberoep en het uitblijven van echelonnering 207
 - 5.3.4 De juridisering van de Belgische gezondheidszorg 209
- 5.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996 213
 - 5.4.1 Het ontbreken van een numerus fixus voor de medische basisopleiding 214
 - 5.4.2 Kritiek op de Orde der Geneesheren 215
 - 5.4.3 Medische profielencommissies en 'medische profielen' 216
 - 5.4.4 Accreditatie: een scheiding in het artsenaanbod door kwaliteitszorg? 217
- 5.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996 219
 - 5.5.1 Intercollegiale toetsing onder specialisten, eerste poging 220
 - 5.5.2 Het Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de zorgverlening 221
 - 5.5.3 Intercollegiale toetsing onder specialisten, tweede poging 222
- 5.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996 225
 - 5.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen 226
 - 5.6.2 De beroepsopleiding tot huisarts 227
 - 5.6.3 Kwaliteitskringen 230
 - 5.6.4 De introductie van intercollegiale toetsing onder huisartsen 231
- 5.7 Slotbeschouwing 233

- 6 Slotbeschouwing 237**
- 6.1 Inleiding 237
- 6.2 De invloed van historische, organisatorische, economische en wettelijke omstandigheden en het overheidsbeleid op de zelfregulering van de medische beroep 239
Op welke wijze vertaalden brede maatschappelijke ontwikkelingen zich in toenemende overheidsregulering? 240
Hebben juridische en financieringsinstrumenten de zelfregulering kunnen bedreigen? 242
- 6.3 De bedreiging van normerende kwaliteitsinstrumenten voor de zelfregulering van het medisch beroep 246
Is het medisch handelen via normerende kwaliteitsinstrumenten meer in regels gevat? 246
Verschuift de klinische autonomie van de individuele arts naar zijn beroepsorganisaties? 247
Brachten normerende kwaliteitsinstrumenten lekencontrole dichterbij? 248
- 6.4 Discussie: verandering volgens geijkte patronen, een poging tot verklaring 252
De invloed van individuele bestuurders op verandering in de gezondheidszorg 252
De invloed van medische beroepsorganisaties als pressiegroep op verandering in de gezondheidszorg 253
De invloed van gezondheidszorgsystemen op verandering in de gezondheidszorg 254
Functionalisme en machtsdenken in de gezondheidszorg als verklaringskader voor de zelfregulering van het medisch beroep 254

Noten 257

Bijlagen 275

I Literatuur 277

II Lijst van geïnterviewden 295

III Lijst van gebruikte afkortingen 297

Summary 301

Voorwoord

Eigenlijk is het de schuld van Esmeralda Bautz, mijn grote liefde, dat ik in de gezondheidswetenschappen verzeild ben geraakt. Tijdens haar co-schappen voor het artsexamen werd mijn interesse gewekt door de meester-gezel verhalen die me deden denken aan de colleges middeleeuwen gedurende mijn studie maatschappijgeschiedenis. Na een onderzoek naar de totstandkoming van de huisartsenopleiding, heb ik de gezondheidszorg als werkterrein niet meer verlaten. Mijn oude leermeester Hans Binneveld bezorgde mij vervolgens een baan bij het VU-ziekenhuis te Amsterdam, waar ik een gedenkboek mocht schrijven. Wellicht heeft dit boek ertoe bijgedragen dat ze in 1992 bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) zo gek waren mij de AIO-opdracht te vergeven, waarvan het resultaat thans voor u ligt.

Eén blik in de spiegel vertelt dat de afgelopen vijf jaar niet ongemerkt voorbij zijn gegaan. Grijs haren trek ik er allang niet meer uit. De vraag is hoe het zover heeft kunnen komen. Zeker, het laatste jaar was zwaar en had veel weg van een gebed zonder einde. Maar er zijn storende factoren in het spel. De 'buiten-academische' activiteiten met BMG-collega's waren eveneens een aanslag op mijn gestel. Echter, aan diezelfde mensen ben ik ook dank verschuldigd voor hun steun bij het schrijven van dit proefschrift.

Een proefschrift schrijft je namelijk nooit alleen. Ik heb het geluk gehad drie jaar een kamer te mogen delen Elly Breedveld, die tussen het lachen door altijd een antwoord had op mijn vele vragen over kwaliteitsbeleid waarvan ik, in tegenstelling tot wat ik op mijn sollicitatiegesprek heb beweerd, totaal geen notie had. Mijn tweede kamergenoot, Isabella Fabbicotti, heeft het grootmoedig met me uitgehouden in de laatste proefschriftperiode, toen ik beduidend minder goed was gestemd. Leo van Vliet dank ik voor de jaren dat we het lief en leed van Feyenoord mochten delen en zijn perfecte logistieke ondersteuning. Hoewel Erik Schut mij op de Boompjes vaak de vernieling in heeft gelopen, ben ik hem dank verschuldigd voor de vele (voor mij) leerzame discussies die wij over perikelen in de gezondheidszorg hebben gehad. Bovendien was Erik nooit te beroerd om mijn artikelen voor inzending nog eens kritisch door te lezen. Hetzelfde geldt voor Han(nibal) Bleichrodt, die hoofdstuk 6 van commentaar voorzag en het corrigeren van de Engelse samenvatting voor zijn rekening nam, als goedmakertje voor de keren dat hij mij sloopte op de conditietraining, in het zwembad en aan de bar. Mijn voorganger Henk van de Velden dank ik voor zijn kritiek op hoofdstuk 4. Niek Klazinga heeft het gehele proefschrift kritisch becommentarieerd. Niet alleen heb ik van Niek veel geleerd en samengewerkt aan artikelen, maar ook heb ik geprofiteerd van zijn gave om op elk moment het juiste positieve woord te spreken. Mijn promotor Ton Casparie was als bewaker van de grote lijnen zowel op afstand als dichtbij wanneer de situatie daar om vroeg. Een aan perfectie grenzende nauwkeurigheid en een eindeloos geduld zijn niet zozeer mijn karaktereigenschappen, maar die van Rita Schepers. Met een onuitputtelijke energie en kennis heeft Rita mij voorzien van informatie en commentaar, waarmee ik mijn voordeel heb kunnen doen. Dieptepunt was het overlijden van Ate Nievaard in 1997, die een onmisbare bijdrage leverde aan het

wetenschappelijk werkklimaat op de iBMG, waar ik vijf jaar van heb mogen profiteren.

Al in de eerste week bij mijn nieuwe werkgever, de provincie Zuid-Holland, werd ik op een werkconferentie publiekelijk aan de schandpaal genageld door collega Evert van Wijk. Tekenend voor Evert is echter dat hij zich met een even groot gemak bereid heeft verklaard mijn proefschrift taalkundig te corrigeren, waarvoor mijn hartelijke dank.

Tenslotte wil ik mijn ouders bedanken voor hun niet aflatende onvoorwaardelijke steun.

Ruud van Herk.

Inleiding op het onderwerp

Inleiding

Tot in de jaren zeventig werd de medische professie gezien als een beroeps-groep met een grote mate van gezag en professionele vrijheid, die haar kennis in dienst stelde van de belangen van patiënten en samenleving. Omdat de samenleving vanouds een groot belang aan gezondheid hecht, maar geen zicht heeft op de kwaliteit en prijs van het medisch handelen, kwamen West-Europese overheden en de medische beroepen al rond de eeuwwisseling tot een vergelijk over de 'aanbodregulering' van de zorg. In ruil voor een redelijk inkomen en bescherming tegen concurrentie, reguleert het medisch beroep zichzelf in dienst van het algemeen belang door haar bepalende invloed op zaken zoals de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht. Een belangrijk kenmerk van de aldus totstandgekomen zelfregulering is de klinische autonomie, waarvan de kern zich bevindt in de diagnostische en therapeutische vrijheid in het handelen van de individuele arts. Essentieel voor de werkzaamheid van de zelfregulering is dat burgers erop vertrouwen dat artsen de verkregen privileges, met name de klinische autonomie, niet zullen misbruiken.¹

Dit vertrouwen in het altruïsme van artsen is nooit een algemeen goed geweest. In 1911 schreef de Britse schrijver Bernard Shaw bijvoorbeeld: 'That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting of your leg, is enough to make one despair of political humanity.'² Sedert de jaren zeventig kreeg dit wantrouwen in de sociaal-wetenschappelijke literatuur hernieuwde aandacht. Binnen de machts- en beheersingsbenadering worden professies door sociologen, zoals Freidson, beschouwd als kartels gericht op het eigen belang.³ Tegelijkertijd stelde een economische recessie grenzen aan de alsmaar stijgende kosten van de gezondheidszorg. Tot die tijd waren de aanvallen van niet-medische partijen op de zelfregulering van het medisch beroep succesvol door de artsen gepareerd. Sindsdien blijken de tijden voor de Britse, Nederlandse en Belgische artsen, gesitueerd in drie verschillende gezondheidszorgsystemen, drastisch te zijn veranderd.

Traditionele instrumenten waarmee het medisch beroep zelf de kwaliteit van zorg waarborgt, zoals de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht, worden door niet-medische partijen niet meer voldoende geacht. In reactie op de externe druk van niet-medische partijen op de zelfregulering zijn verschillende West-Europese medische beroepsorganisaties de afgelopen decennia een meer 'transparant kwaliteitsbeleid'⁽¹⁾ gaan ontwikkelen, in een poging het vertrouwen van nationale overheden, verzekeraars en patiënten in de zelfregulering van het medisch beroep te herstellen. Aan transparant kwaliteitsbeleid wordt inhoud gegeven door de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsinstrumenten, zoals intercol-

⁽¹⁾ Het begrip 'transparant' verwijst hier naar het voor leken zicht- en meetbaar verantwoord van de kwaliteit van het medisch handelen.

legiale toetsing, consensusbijeekomsten en richtlijnontwikkeling.⁽²⁾ Hiermee wordt met name gepoogd het medisch handelen in regels te vatten, om vervolgens (zelf) de beroepsuitoefening te kunnen beoordelen met vooraf door artsen geëxpliciteerde normen (zie paragraaf 2.3). Deze 'normerende kwaliteitsinstrumenten' kunnen tevens worden gezien als een hulpmiddel van artsen voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg in de dagelijkse beroepsuitoefening. De mogelijke bijwerkingen van normerende kwaliteitsinstrumenten zijn tweeledig. Allereerst zou er een stratificatie binnen het medisch beroep kunnen ontstaan tussen een elite onder de artsen die de medische normen opstelt en de artsen die aan de normen dienen te voldoen. Een hierdoor gestimuleerde formalisering van de professionele controle zou de al aanwezige stratificatie binnen het medisch beroep versterken, hetgeen kan leiden tot grotere interne spanningen of zelfs tot scheuringen binnen de beroepsgroep. Ten tweede brengt een vergrote inzichtelijkheid van de medische beroepsuitoefening ook mogelijke controle op het medisch handelen door niet-medische partijen dichterbij.⁴ Wanneer de medische beroepsuitoefening zich inderdaad in meer expliciete regels laat vatten en voor derden inzichtelijk wordt, valt een belangrijk fundament onder de zelfregulering van het medisch beroep weg, namelijk: de complexiteit van het medisch handelen waarop leken geen zicht hebben. Hierdoor zou het medisch beroep volgens sommigen aan klinische autonomie en daarmee aan zelfregulering verliezen. Anderen benadrukken dat de autonomie van artsen niet wordt ondermijnd, zolang artsen zelf een beslissende stem in het kapittel houden bij het ontwikkelen en implementeren van normerende kwaliteitsinstrumenten.⁵ Het introduceren van een transparant kwaliteitsbeleid, en met name van normerende kwaliteitsinstrumenten, bevindt zich hiermee op het snijvlak van het afleggen van verantwoording aan derden en het behouden van de zelfregulering. Dit maakt de bestudering ervan bij uitstek geschikt voor het verwerven van inzicht in een eventueel verlies aan zelfregulering van artsen, ofwel de vermeende deprofessionalisering van het medisch beroep sinds het begin van de jaren zeventig.

De vraag is of en waarom artsen zich sinds het midden van de jaren zeventig meer zicht- en meetbaar zijn gaan verantwoorden voor de kwaliteit van hun medisch handelen. Hiervoor zijn een aantal ontwikkelingen binnen en buiten het medisch beroep aan te wijzen.

⁽²⁾ Het formuleren van consensusrichtlijnen via consensusbijeekomsten kan in Nederland worden beleefd als een vorm van richtlijnontwikkeling. Echter, consensusontwikkeling staat daarbij voornamelijk voor het 'expert' en 'opinion based' formuleren van richtlijnen, terwijl het begrip richtlijnontwikkeling veeleer aan een 'evidence based' benadering refereert. Voorts zijn consensusbijeekomsten eerst in de Verenigde Staten ontwikkeld als een vorm van 'medical technology assessment' (MTA). Consensus over nieuwe technologieën zou besluitvorming over de toepassing ervan mogelijk moeten maken. In de jaren tachtig is het instrument in een aangepaste vorm geïmplementeerd in Groot-Brittannië en Nederland. Aangezien het hier oorspronkelijk een MTA-instrument betreft en omdat de consensusbijeekomsten in Groot-Brittannië en Nederland verschillend vorm kregen, wordt in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen consensusbijeekomsten en richtlijnontwikkeling.

Binnen het medisch beroep kunnen grofweg drie ontwikkelingen worden onderscheiden: (i) de specialisatie van artsen en de toenemende complexiteit van diagnostische en therapeutische mogelijkheden maakten teambehandeling noodzakelijk; (ii) de verwetenschappelijking van de geneeskunst heeft artsen gestimuleerd het werk verder te rationaliseren voor het afwegen van risico's en baten van het medisch handelen;⁶ (iii) het medisch handelen is onderhevig aan een proces van rationalisering en formalisering, waardoor de onbepaalde geneeskunst terrein zou verliezen aan de meer technische geneeskunde. Voor een goede teambehandeling is het maken van meer formele afspraken over het medisch handelen een belangrijke voorwaarde. De technischer wordende medische beroepsuitoefening vergemakkelijkt het in regels vatten van het medisch handelen.⁷

Toch kan het ontwikkelen van een meer transparant kwaliteitsbeleid niet worden beleefd als een spontane uiting van vrijwillige zelfregulering. Individuele en plaatsgebonden initiatieven van gemotiveerde artsen in deze, worden pas door hun beroepsorganisaties omarmd als niet-medische partijen de zelfregulering expliciet ter discussie stellen.⁸

Ontwikkelingen buiten het medisch beroep die de zelfregulering ervan onder druk zetten zijn: (i) de toenemende kosten van de gezondheidszorg die mede worden gestimuleerd door de vergrijzing van de bevolking en een mondiger geworden publiek, dat hogere eisen stelt aan de zorgverlening; (ii) financiële beperkingen voor het betalen van de groeiende kosten van de zorgverlening door de economische recessies vanaf het midden van de jaren zeventig. Kostenbeheersing was sindsdien het dominante thema in het gezondheidszorgbeleid van de nationale overheden in West-Europa.

Binnen dit kader behoorde het medisch beroep zich grofweg om twee redenen meer zicht- en meetbaar te verantwoorden voor de kwaliteit van zorg: (i) omdat het medisch beroep zelf medeverantwoordelijk werd gesteld voor de gestegen kosten van de zorg, terwijl de door artsen toegevoegde gezondheid er geen gelijke tred mee hield; (ii) de beoogde bezuinigingen in de zorgverlening mogelijk ten koste zouden gaan van de kwaliteit van zorg, hetgeen leidde tot de wens deze mogelijke achteruitgang te kunnen meten.⁹

Het ontwikkelen van normerende kwaliteitsinstrumenten, en daarmee het in regels vatten van het medisch handelen, kan niet los worden gezien van de toenemende overheidsregulering in de gezondheidszorg in het kader van kostenbeheersing. Voor succesvolle overheidsregulering is het voor een overheid van belang haar greep op de belangrijkste zorgaanbieders, de artsen, te verstevigen. Hiertoe lijkt de kans van slagen sinds de jaren zeventig aanzienlijk gestegen, onder meer omdat de specialisatie van artsen de interne homogeniteit van het medisch beroep heeft aangetast, waardoor de macht over de verschillende segmenten van het medisch beroep is verdeeld, hetgeen de overheid de mogelijkheid biedt deze verschillende segmenten tegen elkaar uit te spelen.

Via (het formuleren van) wet- en regelgeving kunnen overheden zichzelf, of andere niet-medische partijen zoals verzekeraars, voorzien van nieuwe reguleringsbevoegdheden. Voor het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg

zijn de afgelopen decennia diverse (financierings)instrumenten ontwikkeld, waarmee Britse, Nederlandse en Belgische overheden de medische beroepsuitoefening in een door hen gewenste richting proberen te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld: het budgetteren van artsenpraktijken en het ontwikkelen van contracteringsmodellen voor het maken van expliciete afspraken over prijs, volume en (soms) kwaliteit van de zorgverlening in Groot-Brittannië; pogingen tot het formuleren van een functiewaardering voor artsen en het ontwikkelen van nieuwe financieringsstructuren voor specialisten in Nederland; en het controleren van de medische beroepsuitoefening met 'medische profielen' in België. De mate waarin de overheid erin slaagt met deze instrumenten de medische beroepsuitoefening te beïnvloeden, is echter vooral afhankelijk van de beschikbare informatie over de medische beroepsuitoefening. Deze informatie dient te worden aangeleverd door de artsen zelf. Hiermee zijn we weer aange- land bij de toenemende behoefte van niet-medische partijen aan een zicht- en meetbare kwaliteitszorg (alle activiteiten die ten doel hebben de kwaliteit van zorg te behouden en te verbeteren) van het medisch beroep. Het is echter de vraag in hoeverre individuele artsen hun medewerking verlenen aan een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg, als niet-medische partijen de verkregen inzichtelijkheid kunnen gebruiken voor het beknotten van de medische handelingsvrijheid en het inkomen van diezelfde artsen.

De mate waarin individuele artsen aan klinische autonomie verliezen door contro- le - van hun beroepsverenigingen of niet-medische partijen - op hun medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten is afhankelijk van de volgende variabelen: (i) wie stelt de richtlijnen op en mag de beroepsuitoefening op basis daarvan beoordelen; (ii) vindt de beoordeling van het medisch handelen plaats op vrijwillige of verplichte basis; (iii) wordt niet-deelname gesanctioneerd; (iv) worden richtlijnen voor toepassing op lokaal, regionaal of landelijk niveau ontwikkeld; (v) wie krijgt toegang tot de informatie over de beoordelingsresulta- ten van artsen?¹⁰

Wanneer een *substantieel* deel van het medisch handelen zich niet in formele regels laat vatten, door het onbepaalde karakter ervan, valt te verwachten dat expliciete overheidsregulering succesvol door artsen kan worden begrensd. Alleen dan kunnen beroepsorganisaties de controle over de normerende kwali- teitsinstrumenten in eigen hand houden. Mogelijk ontwikkelen artsen een dermate grote hindermacht dat zelfs de controle van beroepsverenigingen op hun medisch handelen beperkt blijft, waarmee individuele artsen hun medische handelingsvrijheid behouden. Normerende kwaliteitsinstrumenten zouden dan uiteindelijk evolueren tot een variant van de traditionele instrumenten, zoals de medische opleiding en het medisch tuchtrecht. Hiermee wordt de beroepsuitoefening veelal met impliciete criteria beoordeeld en staat het educatieve element op de voorgrond. Alleen wanneer een substantieel deel van het medisch handelen zich niet in regels laat vatten, zijn artsen in staat een aanzienlijke hindermacht te ontwikkelen, waarmee de overheidsinvloed op de medische beroepsuitoefening via nieuwe juridische en financieringsinstrumenten kan worden gefrustreerd. Als de kosten van meer directe en expliciete overheidsre- gulering voor de zorgverlening oplopen terwijl de baten hierbij achterblijven, kan

de overheid op termijn worden gestimuleerd de zorgverlening minder expliciet te reguleren en de zelfregulering van het medisch beroep meer te respecteren. Hoewel de zelfregulering van het medisch beroep in de tijd door deze ontwikkelingen continu verandert, kan het medisch beroep wel een dominerende rol in de gezondheidszorg blijven vervullen.

Probleemstelling en onderzoeksvragen

In het voorgaande is door Shaw aangegeven dat de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts onlosmakelijk verbonden is met de wijze waarop hij voor zijn diensten wordt vergoed. Als overheden in drie verschillende landen met uiteenlopende gezondheidszorgsystemen de kosten van de zorgverlening aan financiële grenzen pogen te binden, zoals in de laatste decennia, gaat dit onherroepelijk ten koste van de klinische vrijheid van de arts (zie voor een nadere uitleg paragraaf 1.1.4). Op basis van deze laatste trend is de probleemstelling voor dit onderzoek geformuleerd:

In hoeverre hebben Britse, Nederlandse en Belgische artsen tussen 1970 en 1996 onder druk van niet-medische partijen hun medewerking verleend aan het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg om de zelfregulering te behouden, terwijl zij daarmee mogelijk aan medische handelingsvrijheid en inkomen dreigen te verliezen.

De eerste onderzoeksvraag, alsmede de hiervan afgeleide deelvragen, richt zich op de geconstateerde verschillen in de organisatie van de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België:

- 1 In welke mate is de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van het medisch beroep beïnvloed door de historische, organisatorische, economische en wettelijke omstandigheden en het overheidsbeleid in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996?
 - 1.1 In hoeverre vertaalden brede maatschappelijke ontwikkelingen zich in toenemende overheidsregulering, al dan niet gedelegeerd aan andere niet-medische partijen, voor de Britse, Nederlandse en Belgische gezondheidszorg?
 - 1.2 In welke mate zijn niet-medische partijen erin geslaagd de zelfregulering van het medisch beroep te bedreigen met juridische en financieringsinstrumenten?

Als artsen aan diagnostische en therapeutische vrijheid verliezen, loopt de zelfregulering van het medisch beroep gevaar. Op basis van de veronderstelling dat het medisch handelen in toenemende mate wordt beoordeeld aan de hand van vooraf gedefinieerde expliciete criteria, is de tweede onderzoeksvraag geformuleerd:

- 2 In welke mate hebben normerende kwaliteitsinstrumenten het medisch handelen voor leken inzichtelijk gemaakt en de klinische autonomie van de individuele arts bedreigd?
 - 2.1 In hoeverre is het medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten in formele regels gevat?
 - 2.2 In welke mate is de klinische autonomie van de individuele arts door de introductie van normerende kwaliteitsinstrumenten verschoven naar die van zijn beroepsorganisaties?
 - 2.3 Leidt het tegemoet komen aan de vraag van burgers en politici om meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg tot een verlies aan klinische autonomie, omdat het controle door niet-medische partijen dichterbij brengt?

Doelstellingen van dit onderzoek

De keuze voor een internationaal vergelijkend onderzoek naar de veranderende positie van het medisch beroep hangt samen met de belangrijkste doelstelling van dit onderzoek: het toeschrijven van veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep aan enerzijds een mogelijke verschuiving van *geneeskunst* naar *geneeskunde* en anderzijds het krachtenspel tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Wanneer artsen in drie verschillende reguleringsculturen⁽³⁾ hun zelfregulering behouden, doordat niet-medische actoren er niet in slagen controle op de medische beroepsuitoefening te bewerkstelligen, zou dit de hypothese ondersteunen dat de zelfregulering in essentie meer samenhangt met de aard van de te reguleren activiteit, geneeskunst.

De keuze in dit onderzoek voor Groot-Brittannië, Nederland en België is ingegeven door de uiteenlopende reguleringscultuur en gezondheidszorgsystemen van deze landen. Waar de Britse overheid nadrukkelijk regulerend aanwezig is, wordt België vrij liberaal gereguleerd en neemt Nederland een tussenpositie in. Hoewel de medische beroepen in deze landen ieder op een verschillende wijze in de gezondheidszorg zijn gesitueerd, nemen zij begin jaren zeventig alle een centrale positie in de gezondheidszorg in. Sindsdien zijn de Britse, Nederlandse en Belgische gezondheidszorgsystemen alle onderhevig geweest aan een aantal gemeenschappelijke trends. In het kader van kostenbeheersing proberen de overheden in de jaren zeventig zelf de gezondheidszorg meer te reguleren door de structuur van de gezondheidszorg aan te passen. Eind jaren tachtig pogen Groot-Brittannië en Nederland de gezondheidszorg te herstructureren door een gereguleerde marktwerking te creëren, terwijl in België al een ruime mate van concurrentie aanwezig was. Concurrentie behoorde de kosten van de gezondheidszorg te drukken, de zorgverlening consumentvriendelijker te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

⁽³⁾ Het begrip 'cultuur' verwijst in dit proefschrift naar een door een bepaalde groep mensen in de tijd gedeelde verzameling van ideeën en regels. Zie bijvoorbeeld: R.M. Keesing, *Cultural anthropology. A contemporary perspective*, New York, 1981.

Tenslotte heeft het traceren van de veranderende positie van het medisch beroep via het kwaliteitsbeleid in internationaal vergelijkend onderzoek nog beperkt aandacht gekregen. Wel is al eerder internationaal vergelijkend onderzoek naar (kwaliteitsbeleid in de) gezondheidszorg verricht. In 1990 bestudeerde Jost in vier West-Europese landen de wijze waarop het medisch beroep kwaliteitsinstrumenten beheert. Hierbij beperkte hij zich tot het heden. Een historische situering van het medisch beroep en de kwaliteitsinstrumenten bleef achterwege. Hafferty en McKinlay (1993), hebben het veranderend medisch beroep in verschillende landen bestudeerd, waarbij normerende kwaliteitsinstrumenten marginaal worden aangestipt. Anderen, zoals Moran en Wood (1993) analyseerden hoe diverse nationale overheden het medisch beroep reguleerden met honoreringssystemen, concurrentieregelingen, marktstructuren en controle over de toegang tot de markt via de opleiding. De kwaliteitszorg van het medisch beroep is bij Moran en Wood één van de reguleringsinstrumenten.¹¹

Methode en dataverzameling

Dit sociaal-historisch onderzoek bestaat uit drie case-studies. Professionaliseringstheorieën uit de medische sociologie vormen tezamen met literatuur over kwaliteitszorg het belangrijkste conceptuele kader. Voor dit onderzoek is 1970 als begin gekozen omdat zowel theoretisch als empirisch een omslag in het denken over het medisch beroep te constateren valt, waarbij de kritiek op het functioneren van artsen toeneemt. Wel wordt in het historisch gedeelte van dit onderzoek aangegeven dat ontwikkelingen die zich in de jaren zeventig openbaarden, al eerder waarneembaar waren. Ten aanzien van de vergelijkbaarheid van de gebeurtenissen in Groot-Brittannië, Nederland en België, kan in ieder geval worden geconstateerd dat in alle drie landen overeenstemming bestaat over het begrip medisch beroep. Zoals eerder vermeld vervullen de medische beroepen in de bestudeerde landen een centrale functie in de respectievelijke gezondheidszorgsystemen, welke zelf onderhevig zijn aan een aantal gemeenschappelijke trends. Voorts is het onderzoek beschrijvend van aard en merendeels gebaseerd op kwalitatieve data. Over het gebruik van data voor sociaal-historisch onderzoek schreef Castles: '... the variables of intentionality, purpose and strategy, which are always central to the political and historical analyses of events and developments in individual countries... ...are impossible to capture from quantitative data.'¹²

Bij het vergelijken van gezondheidszorgsystemen bestaan er voor de onderzoeker diverse gevaren, zoals onder meer de 'bias' van het eigen nationale gezondheidszorgsysteem, het oversimplificeren van de werkelijkheid en het reduceren van het belang van de context waarbinnen de bestudeerde verschijnselen zich ontwikkelen. Om te voorkomen dat de casussen te veel op zichzelf worden bestudeerd, is gebruik gemaakt van een kader waarin bepaalde gebeurtenissen ongeveer in dezelfde tijd en volgorde aan bod komen. Hierbij is de medische beroepsvorming eerst beschreven binnen de historische ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem. Hiermee wordt een fixatie op tijdgebonden politieke, economische en sociale ontwikkelingen als verklaringskader beperkt. Nadat

aandacht is besteed aan de sociale, politieke en economische ontwikkelingen binnen de onderzoeksperiode (1970-1996), waarbij wordt aangegeven hoe niet-medische partijen de medische beroepsuitoefening direct proberen te beïnvloeden met juridische en financieringsinstrumenten, is de uitwerking daarvan op de zelfregulering van het medisch beroep onderzocht. Hierbij richt de aandacht zich eerst op de traditionele instrumenten waarmee het medisch beroep de zelfregulering gestalte geeft: de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht. Vervolgens is de bedreiging voor de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts onderzocht, door de introductie van normerende kwaliteitsinstrumenten, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten en richtlijnontwikkeling.¹⁴⁾ Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen huisartsen en specialisten, waaraan vier argumenten ten grondslag liggen: (i) specialisten bezien hun beroepsuitoefening grotendeels vanuit een biomedisch model, terwijl huisartsen vaker een psycho-sociaal model hanteren als leidraad voor hun handelen; (ii) de verschillende beroepsoriëntatie komt ook tot uitdrukking in de organisatie van specialisten en huisartsen in afzonderlijke beroepsverenigingen; (iii) de zelfregulering van huisartsen was tot aan het begin van de onderzoeksperiode achtergebleven bij die van specialisten, onder meer door het ontbreken van een eigen beroepsopleiding; (iv) de onderlinge relatie tussen huisartsen en specialisten heeft in de bestudeerde landen op verschillende wijze vorm en inhoud gekregen.

De dataverzameling vond plaats door gebruik van primaire en secundaire bronnen. Bij primaire bronnen kan worden gedacht aan beleidsdocumenten van de overheden, beroepsverenigingen en andere actoren, waarin zij expliciteren wat zij onder kwaliteitsinstrumenten verstaan en hoe deze aan de eisen van de tijd dienen te worden bijgesteld. Voorbeelden zijn de nota 'Werken aan zorgvernieuwing' (1991) van staatssecretaris van Volksgezondheid Simons in Nederland en de nota 'Working for patients' (1989) van minister van Volksgezondheid Clarke in Groot-Brittannië.¹⁵⁾ Voorts ventileren de diverse segmenten van de

¹⁴⁾ In dit proefschrift is een onderscheid gemaakt tussen richtlijnontwikkeling als het 'top-down' onttrekken van medische richtlijnen uit de medisch wetenschappelijke literatuur en het 'bottom-up' formuleren van richtlijnen door het bereiken van consensus (door middel van consensusbijeenkomsten) over diagnostieken en therapieën uit de dagelijkse praktijk (zie verder paragraaf 2.3.2).

¹⁵⁾ In dit proefschrift is het benoemen van ministeries als volgt vereenvoudigd. Het departement van Volksgezondheid maakt deel uit van een ministerie dat is samengesteld uit verschillende en in de tijd wisselende departementen (van bijvoorbeeld sociale zaken, cultuur of sport). In het vervolg wordt het ministerie waaronder de volksgezondheid valt, aangeduid als het ministerie van Volksgezondheid, tenzij een heldere beschrijving van gebeurtenissen anders verlangt. Voor de ministeries in België zijn de benamingen van hun Nederlandse equivalenten gebruikt. Bijvoorbeeld, het ministerie van 'Sociale Voorzorg' wordt in dit onderzoek het ministerie van 'Sociale Zaken' genoemd.

Met dezelfde 'Nederlandcentristische' benadering is de benaming van de verantwoordelijke bewindslieden in Groot-Brittannië en Nederland geharmoniseerd. Britse ministeries kennen een 'secretary' als politiek hoofd, die wordt ondersteund door enkele 'ministers'.

beroepsgroep hun mening over de gezondheidszorg in de tijdschriften van de standsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen, zoals: 'Medisch Contact', het 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde' en 'Huisarts en Wetenschap' in Nederland; de 'British Medical Journal', 'Lancet' en 'British Journal of General Practice' in Groot-Brittannië; en de 'VAS-berichten' en 'HANU' in België. Verder hebben sommige bewindslieden hun ervaringen op het ministerie en het contact met actoren in de gezondheidszorg voor het nageslacht bewaard in een autobiografie, zoals de Nederlandse staatssecretaris van Volksgezondheid Van der Reijden, of laten bewaren in een biografie zoals de Britse minister Clarke. In aanvulling hierop zijn secundaire bronnen gebruikt, zoals beschouwende artikelen in kranten en weekbladen. Naast kwalitatieve bronnen, zijn ook kwantitatieve bronnen aangeboord, zoals de gegevens verzameld door de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) over de drie in deze studie onderhavige landen.

Van alle geraadpleegde artikelen, boeken, etc. zijn eerst samenvattingen gemaakt, die vervolgens zijn opgeslagen in een voor dit onderzoek gedefinieerde 'database' in 'DataPerfect 2.0.'. Na bestudering van de theorie en het definiëren van de centrale begrippen in dit onderzoek, zijn onderwerpscategorieën benoemd waarin de literatuur in de 'database' is geclusterd. Uiteindelijk is deze 'database' een kleine 4.000 'sheets' gaan bevatten met literatuurverslagen. Aan de hand van de in de database geclusterde literatuur is per paragraaf een conceptverslag geschreven. Vervolgens is nadere informatie vergaard via interviews met 'sleutelpersonen' uit de gezondheidszorg. Per onderwerpscategorie zijn een aantal standaardvragen voor de interviews opgesteld. Hieruit is afhankelijk van de te interviewen persoon een selectie gemaakt, aangevuld met vragen toegesneden op het specifieke en voor dit onderzoek relevante verleden, heden en functie van de geïnterviewde. Hiermee vallen de interviews te kwalificeren als semi-gestructureerd. Na ieder interview is het ter berde gebrachte gecontroleerd in de al beschikbare literatuur of is er een aanvullend literatuuronderzoek verricht. Waar twijfel heeft bestaan over de interpretatie van het naar voren gebrachte is wederom contact opgenomen met de geïnterviewde. Vervolgens zijn de concept-verslagen met de aanvullende informatie nader bijgesteld. Bij de keuze (en volgorde) van de te interviewen 'sleutelfiguren' is de 'spiraal-methode' gehanteerd. Allereerst is gesproken met personen die beschikken over een brede kennis van de gezondheidszorg, veelal wetenschappers en beleidmakers. Vervolgens zijn personen geselecteerd, afkomstig van de te onderscheiden partijen (medisch beroep, wetenschappelijke vereniging, overheid, verzekeraar, etc.) die betrokken waren bij het formuleren, ontwikkelen, in- en uitvoeren van kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg (zie bijlage).

In het vervolg wordt een Britse 'secretary' minister genoemd en worden 'ministers' aangeduid als staatssecretarissen.

Opzet van dit proefschrift

Dit proefschrift is als volgt opgebouwd.⁶⁾ In hoofdstuk 1 worden de belangrijkste professionaliseringstheorieën beschreven. Deze theorieën vormen het theoretisch kader waarmee de empirie zal worden geanalyseerd. Hierbij wordt met name ingegaan op de verschijnselen 'regulering' en 'zelfregulering'. Voorts worden de belangrijkste partijen in de gezondheidszorg, de overheid en het medisch beroep, gesitueerd. Belangrijke thema's in dit hoofdstuk zijn de toenemende verwevenheid tussen de klinische en economische autonomie (het recht van artsen hun eigen honorering te reguleren)¹³, alsmede verschillende methoden voor het in regels vatten van medisch handelen.

De afbakening van het onderzoeksdomein tot kwaliteitsbeleid van artsen en de invloed daarop van niet-medische partijen vindt plaats in hoofdstuk 2. Behalve het definiëren van de centrale begrippen aangaande kwaliteitszorg, wordt hier een nader onderscheid gemaakt tussen overwegend educatieve en normerende kwaliteitsinstrumenten. Voorts wordt het analysekader van dit onderzoek weergegeven, door de bespreking van verschillende juridische en financieeringsinstrumenten van niet-medische partijen en normerende instrumenten van het medisch beroep, te weten: intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten en richtlijnontwikkeling.

Het verslag van de onderzoeksresultaten bevindt zich in de hoofdstukken 3 (Groot-Brittannië), 4 (Nederland) en 5 (België). Deze volgorde in de beschrijving weerspiegelt de lijn van directe overheidsregulering naar een indirecte overheidsregulering. Voor het waarborgen van de vergelijkbaarheid worden in deze hoofdstukken dezelfde onderwerpen besproken, in een volgorde waarmee het in regels vatten van het medisch handelen steeds nauwer wordt omsloten. In een eerste paragraaf van de hoofdstukken volgt een beschrijving van de landelijke reguleringscultuur en de opvattingen van de te onderscheiden politieke partijen over de organisatie van de gezondheidszorg. Vervolgens wordt het gezondheidszorgsysteem kort getypeerd, waarna wordt aangegeven op welke wijze artsen in dit systeem functioneren. In een tweede paragraaf wordt de historische ontwikkeling van het medisch beroep tot aan het begin van de onderzoeksperiode (1970) behandeld, waarmee een beeld wordt geschetst van de op dat moment vigerende vorm van zelfregulering van het medisch beroep. Hierbij wordt nader aandacht geschonken aan de ontwikkeling van de medische beroepsorganisaties, de organisatie van de medische opleiding en het medisch tuchtrecht. Vervolgens komen in een derde paragraaf de ontwikkelingen in de gezondheidszorg tussen 1970 en 1996 aan bod. Hierin worden de diverse

⁶⁾ Over het gebruik van afkortingen van organisaties in de tekst kan het volgende worden opgemerkt. In dit proefschrift is afgeweken van de regel de organisatiernaam één keer voluit te schrijven om vervolgens de afkorting van de organisatiernaam in de tekst weer te geven. Om de lezer veel zoekwerk te besparen worden de organisaties in de hoofdstukken over Groot-Brittannië en België in iedere paragraaf bij eerste vermelding overwegend voluit geschreven. In het hoofdstuk over Nederland is dit nagelaten, aangezien de schrijver een grotere bekendheid van de lezer verwacht met de Nederlandse organisaties in de gezondheidszorg.

juridische en financiële sturingsinstrumenten beschreven waarmee de overheid, of andere niet-medische partijen, het medisch handelen van artsen in een door hen gewenste richting proberen te beïnvloeden. Hiermee is de relevant geachte historische, sociale, politieke, juridische en economische context beschreven waarbinnen veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep plaatsvinden.

De zelfregulering van het medisch beroep is steeds het onderwerp van een vierde paragraaf, waarin aandacht wordt besteed aan veranderingen aangaande de medische opleidingen en het tuchtrecht tussen 1970 en 1996. Vervolgens wordt meer in detail ingegaan op het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeekkomsten en medische richtlijnen, voor specialisten (in de vijfde paragraaf) en huisartsen (in de zesde paragraaf).

Een vergelijking van de bevindingen in de drie bestuurde landen vindt plaats in de slotbeschouwing, waarin de antwoorden worden geformuleerd op de gestelde onderzoeksvragen over de veranderende zelfregulering van het medisch beroep.

1 Zelfregulering; een theoretische beschouwing

Dit hoofdstuk, waarin de theoretische basis van het sociaal-historisch onderzoek wordt gelegd, valt in vier delen uiteen. In de eerste paragraaf wordt allereerst het verschijnsel 'regulering' bestudeerd. Hierna worden de belangrijkste actoren in de gezondheidszorg, de overheid en het medisch beroep, geïntroduceerd. Hierbij komt het bijzondere van het medische beroep - de zelfregulering - aan bod en worden de centrale begrippen gedefinieerd. In de tweede paragraaf wordt de vraag gesteld of het medisch beroep de laatste decennia aan zelfregulering heeft ingeboet. Hierbij wordt een cruciale bedreiging voor de zelfregulering, het meer formeel en expliciet in regels vatten van het medisch handelen, nader in ogenschouw genomen. In de derde paragraaf staan twee vragen centraal: in hoeverre valt het medisch handelen te expliciteren en in welke mate wordt het zicht van niet-medici op de mogelijke explicitering van dit handelen versluierd door de verwevenheid tussen de klinische autonomie en de belangenbehartiging van artsen? In de vierde paragraaf worden de grenzen van expliciete overheidsregulering van het medisch handelen in beeld gebracht, waarmee het omslagpunt wordt geschetst voor een door de overheid te verkiezen vorm van regulering, binnen het continuüm van directe overheidsregulering en algehele zelfregulering van het medisch beroep. Na een korte samenvatting wordt in de slotbeschouwing aangegeven in welke mate veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep zich laten toeschrijven aan enerzijds de te reguleren activiteit zelf (veranderingen in de balans tussen *geneeskunst* en *geneeskunde* in het medisch handelen) en anderzijds het krachtenspel tussen de actoren in de gezondheidszorg, te weten: het medisch beroep, de overheid, de verzekeraars en patiëntenbelangenverenigingen.

1.1 Regulering, de overheid en het medisch beroep

In tegenstelling tot andere beroepen in de gezondheidszorg beschikt het medisch beroep over een belangrijke mate van zelfregulering. Deze zelfregulering dient namens de samenleving door de overheid te worden gelegitimeerd. Vandaar dat in deze paragraaf, nadat aandacht is geschonken aan de verschijnselen 'regulering' en 'zelfregulering', eerst de positie van de overheid in de gezondheidszorg wordt besproken. Hierna komen de verschillende visies op de totstandkoming van de zelfregulering van het medisch beroep aan bod. Tot besluit volgt een nadere analyse van de verschillende visies op het verschijnsel 'zelfregulering', waarin het belangrijkste element ervan, de klinische autonomie, nader wordt gedefinieerd.

1.1.1 Van medische zelfregulering tot overheidsregulering in de gezondheidszorg

Regulering kan worden beschouwd als een belangrijke ordeningstaak van de overheid in de samenleving. Deze wordt door de politicologen Moran en Wood

als volgt gedefinieerd: 'Regulation is the activity by which the rules governing the exchange of goods and services are made and implemented.'¹ De regels die de uitwisseling van goederen en diensten sturen, betreffen zaken als standaarden, aansprakelijkheid en doelmatigheid.

Grofweg zijn er drie gradaties in regulering te onderkennen. Ten eerste valt algehele zelfregulering te onderscheiden. Grofweg houdt dit in dat een in collectief verband georganiseerde groep aanbieders van een bepaalde dienst zelf vaststelt wie voor lidmaatschap in aanmerking komt en hoe en onder welke voorwaarden diensten in hun werkgebied aan de samenleving worden aangeboden. Deze vorm van zelfregulering is evenwel bijzonder zeldzaam in de belangrijke sectoren van de moderne samenleving. Overheden laten regulering zelden geheel in particuliere handen. De beste voorbeelden van deze vorm van regulering zijn te vinden bij de kerken, culturele en sportverenigingen. Zo hebben overheden geen zeggenschap over de (spel)regels en de te heffen sancties op het overtreden ervan door leden van de georganiseerde groep. Een door de overheid gesanctioneerde zelfregulering is de volgende stap. Dit is de huidige vorm van regulering van Britse, Nederlandse en Belgische artsen. Het verschil met algehele zelfregulering betreft de goedkeuring die de overheid officieel, wettelijk, toekent aan de regulering van het eigen handelen door het beroep zelf. Bij het medisch beroep vindt dit plaats door bijvoorbeeld tuchtraden en beroepsverenigingen officieel te erkennen. Regulerende instituties komen daarmee wel onder supervisie van de overheid en lijken daarmee aan zelfstandigheid in te boeten. Echter, als de uitvoering van de regulering in handen blijft van de beroepsvereniging is een alliantie met de overheid pure winst, aangezien deze steun het beroep extra autoriteit kan verlenen en zo mogelijk zelfs bescherming biedt tegen concurrentie. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich directe overheidsregulering. De regulering van de overdracht van goederen en diensten is hierbij geheel in handen van gespecialiseerde overheidsinstituties, welke zowel de standaarden formuleren als de naleving toetsen en waarborgen. Binnen dit reguleringscontinuüm van algehele medische zelfregulering tot directe overheidsregulering, kunnen ook andere niet-medische partijen worden gesitueerd, zoals zorgverzekeraars. De overheid kan een deel van haar reguleringstaak in de gezondheidszorg namelijk delegeren aan ziekenfondsen of/ en particuliere verzekeraars. De mate waarin verzekeraars als onafhankelijke actor in de gezondheidszorg kunnen functioneren, hangt samen met de opvattingen van burgers over de reguleringstaak van de overheid. Deelt een overgrote meerderheid van de burgers de mening dat er voor de overheid in de samenleving een geringe reguleringstaak is weggelegd, zoals in de Verenigde Staten, dan kunnen particuliere verzekeraars een dominante rol in de gezondheidszorg veroveren. In Groot-Brittannië, Nederland en België daarentegen, worden de respectievelijke overheden door haar burgers wel een aanzienlijke reguleringstaak toegedacht, waarbij de uitwerking (Health Authorities, ziekenfondsen) verschillend is. Problemen in de gezondheidszorg zullen met name de regerende politieke partijen worden aangerekend, die voor een goed verkiezingsresultaat hun verantwoordelijkheid niet kunnen ontlopen. Aldoende kunnen door de overheid aan verzekeraars gedelegeerde reguleringstaken, om bijvoorbeeld marktwerking in de

gezondheidszorg te stimuleren, bij tegenvallende prestaties weer snel worden teruggenomen.

Resumerend, de genoemde vormen van regulering vlakken elkaar niet uit. Het is in principe mogelijk dat bijvoorbeeld de toegang tot de gezondheidszorg voor de welgestelden wordt gereguleerd door particuliere verzekeraars, de toegang tot de medische vervolgopleiding geheel door de medische beroepsorganisaties wordt gereguleerd, dat de markt met goedkeuring van de overheid door het medisch beroep wordt gestructureerd, terwijl de honorering direct door de overheid wordt vastgesteld.

In de volgende paragrafen worden de belangrijkste actoren in de gezondheidszorg, de overheid en het medisch beroep, nader in oenschouw genomen.

1.1.2 De overheid

Als collectieve actor is de overheid in een aantal hoedanigheden betrokken bij het in goede banen leiden van de zorgverlening. Zo is de overheid afnemer van medische diensten; belangenbehartiger namens burgers; mediator tussen beroepsbeoefenaar en cliënt; en vertegenwoordiger van het algemeen belang.² Niet in de laatste plaats dient de zelfregulering van het medisch beroep door de overheid te worden gelegitimeerd. De wijze waarop een overheid de gezondheidszorg reguleert wordt, binnen de nationale context en de opvattingen in de samenleving over de reguleringstaak van de overheid, vormgegeven door: de politieke attitudes, het beleid en de structuur van de overheid.³ In deze paragraaf wordt met name aandacht besteed aan de veranderende overheidsstructuur in de twintigste eeuw. Vervolgens komt de relatie van de overheid met pressiegroepen, zoals het medisch beroep, aan bod.

De veranderende overheidsstructuur

De politieke attitudes van de overheid worden geïnspireerd door het heersende politieke gedachtengoed. Als in plaats van sociaal-democratische principes het liberale gedachtengoed hoogtij viert, dan zal de overheid de samenleving minder reguleren. De uiting van politieke attitudes in overheidsregulering wordt beïnvloed door de reguleringcultuur. Het politieke gedachtengoed en de reguleringcultuur beïnvloeden beide de mate en vorm van zelfregulering van het medisch beroep. De politieke attitudes van de overheid moeten voor de regulering van de samenleving worden geoperationaliseerd in beleid. Onder beleid wordt verstaan: het streven bepaalde doeleinden met bepaalde middelen in een bepaalde tijdsvolgorde te bereiken.⁴ Voorts dient het beleid te worden gerealiseerd via beleidsinstrumenten. Een beleidsinstrument is volgens Ringeling: 'Een verzameling van beleidsactiviteiten die overeenkomstige kenmerken vertonen en die gericht zijn op de beïnvloeding van bestuurlijke en maatschappelijke processen.'⁵ Daarnaast bepaalt de structuur van de overheid de kanalen die pressiegroepen gebruiken om invloed te verwerven. Deze overheidsstructuur van Westerse geïndustrialiseerde landen is in de twintigste eeuw geleidelijk veranderd.

In de twintigste eeuw bestaan democratische overheden uit het parlement, het kabinet, de ministers en de ambtelijke departementen. Om de standpuntbepaling van de overheid betreffende de regulering in de gezondheidszorg te kunnen interpreteren is het van belang te bestuderen hoe de macht binnen de overheid is verdeeld. De trend in de twintigste eeuw laat een groeiende overheidstaak en een daarmee samenhangende machtsverschuiving zien van het parlement naar het kabinet, en van het kabinet naar de ministers en de ambtelijke departementen.⁶ Deze machtsverschuiving binnen de overheid manifesteert zich zowel in Groot-Brittannië, Nederland als België, maar uit zich verschillend in de nationaal unieke reguleringscultuur.

De ontwikkelingen die aan de verschuiving van de macht binnen de overheid ten grondslag liggen zijn onder andere: de professionalisering van het ambtenarenkorps, de ontwikkeling van zelfstandige parlementariërs naar grote gedisciplineerde nationale politieke partijen en diep gewortelde constitutionele attitudes ('habit background of societies').⁷ Waar volksvertegenwoordigers in het parlement voor de Tweede Wereldoorlog regelmatig zelf wetsvoorstellen indienen, controleren zij thans meer de wetsvoorstellen die voornamelijk door het kabinet worden ingediend. Slechts enkelen beschikken nog, dankzij relaties of een duidelijke achterban, over invloed op het kabinet, waardoor zij delen in de autoriteit op het gebied van beleidsformulering. Echter, zonder de steun van een ambtelijk apparaat is het formuleren van een wetsvoorstel een vrijwel onmogelijke opgave geworden. Specialisering op één beleidsterrein wordt onvermijdelijk en heeft geleid tot een parlementaire hervorming, de instelling van parlementaire commissies, waar de parlementaire specialisten elkaar spreken voor het algemene debat. Hierbij wordt in sommige landen aan de financieel-economische commissies het meeste gewicht toegekend. Desalniettemin kan worden geconcludeerd dat de macht beleid te formuleren is verschoven van het parlement naar het kabinet. Echter, het kabinet zelf is geen enkelvoudige homogene autoriteit. Individuele ministers kunnen de uitkomst van beleid sterk beïnvloeden. De mate waarin is afhankelijk van: de onderlinge informele hiërarchie tussen de ministers, zowel binnen als buiten het kabinet; het belang van het beleid zelf, aangezien onderwerpen van secundair belang minder in de kabinetsvergaderingen aan bod komen en aan de verantwoordelijke ministers zelf worden overgelaten; de benodigde mate van beleidsvrijheid op alle niveaus om beleidsuitvoerders te kunnen laten reageren op de weerbaarheid van de werkelijkheid, waardoor ministers tijdens de implementatiefase de ruimte krijgen beslissingen te nemen zonder het kabinet te consulteren. Door deze vormen van 'delegated legislation' verkrijgen ministers substantiële invloed op de implementatie van het beleid.⁸ Als ministers vrijheid in de beleidsuitvoering verwerven van het kabinet, verwerven ministeriële ambtenaren dat evengoed van hun ministers. Ook zij behoeven tenslotte een bepaalde mate van vrijheid in handelen, om de uitvoering van het beleid te begeleiden. Dit geeft ambtenaren weer de mogelijkheid beleid anders te interpreteren dan de minister oorspronkelijk heeft bedoeld. De waarschijnlijkheid hiervan wordt vergroot door de wetenschap dat ministers korter in hun functie werkzaam zullen zijn dan de voor de implementatie verantwoordelijke ambtenaren. Waar ministers meer zijn gefixeerd op korte termijn doelstellingen, hebben ambtenaren meer oog voor doelstellingen op lange termijn, hetgeen een ambte-

lijk schaduwbeleid stimuleert. Maar ook bij het formuleren van nieuw beleid is de invloed van ambtenaren, gelijke tred houdend met de toenemende overheidsbemoeienis, gegroeid. Bewindslieden dreigen te worden bedolven door een informatielawine. Ambtenaren fungeren als poortwachters bij de informatiekanaalen door het selecteren van, in hun ogen, voor de bewindslieden relevante informatie. Maar ook de macht en invloed van ambtenaren is aan grenzen gebonden. De introductie van bijvoorbeeld nieuw beleid kan ook het ambtenarenkorps binnen het departement verdelen in voor- en tegenstanders. Desalniettemin geeft de verantwoordelijkheid van poortwachter bij de informatiekanaalen ambtenaren een bepaalde macht en autonomie ten opzichte van de bewindslieden. Het kabinet dat zich daar van bewust is, probeert deze departementale autonomie te beperken en te controleren, door prioriteiten in het beleid te kiezen en daarbij verschillende ministeries te betrekken. Door departementale overlap van een beleid, wordt behoefte gecreëerd aan coördinatie en conflictregulering door het kabinet. Vervolgens worden de kosten van nieuw geformuleerd beleid en daaraan gerelateerde beleidsalternatieven, gecontroleerd door het ministerie van Financiën. Vandaar dat, volgens Hall e.a., de macht van de financieel-economische ministeries die van de andere overstijgt.⁹

Het toenemend belang van kostenbeheersing doet ook in de regulering van de gezondheidszorg opgeld. Als verdeler van schaarste streeft de overheid in de regulering van de gezondheidszorg verschillende doelstellingen na, zoals: gepaste en gelijke (materiële) toegankelijkheid tot zorg; inkomensbescherming; macro- en micro-economische efficiëntie; de keuzevrijheid van de consument; en een mate van zelfregulering van het medisch beroep.¹⁰ De prioritering van deze doelstellingen verandert in de tijd als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. Zo neemt de toegankelijkheid tot de zorg in de jaren vijftig en zestig toe, hetgeen vraagt om meer ordening en structurering van de gezondheidszorg. Als de Westerse wereld in de jaren zeventig en tachtig wordt geconfronteerd met een economische recessie, neemt kostenbeheersing aan belang toe en winnen de financieel-economische ministeries ook voor het volksgezondheidsbeleid aan invloed. Dat is niet alleen in Groot-Brittannië het geval. Voor Nederland heeft Scholten bij de regulering van specialisten hetzelfde aangetoond.¹¹ In België vervult niet het ministerie van Volksgezondheid, maar dat van Sociale Zaken (dat verantwoordelijk is voor de financiering van de gezondheidszorg) de meest dominante rol.

Overheidsbeleid wordt evenwel niet geformuleerd en geïmplementeerd in een vacuüm. Individuen en vooral groepen op wie het overheidsbeleid betrekking heeft zullen vanuit eigen visies en belangen proberen het overheidsbeleid ten eigen bate te beïnvloeden. Hierover handelt de volgende paragraaf.

De overheid en pressiegroepen

Binnen de politicologie bestaan verschillende benaderingen om het verschijnsel pressiegroep te beschrijven en te verklaren. Van deze discussie wordt in dit proefschrift geen verslag gedaan. Wel wordt aangesloten bij de pressiegroep-literatuur. Het medisch beroep als pressiegroep probeert het beleid van de

overheid te beïnvloeden. Een beroepsvereniging voor beroepsbeoefenaren is pas nuttig als daarvan meer succes te verwachten valt dan van individuele actie. Doel van de beroepsvereniging is het verwerven van macht voor de vertegenwoordigde groep, en daarmee het vergroten van individuele macht en machtspositie. In de relatie tussen het medisch beroep en de overheid is evenwel geen sprake van éénrichtingsverkeer. Door aan het medisch beroep bepaalde verantwoordelijkheden te delegeren, zoals bijvoorbeeld het formuleren van medische richtlijnen voor abortus of euthanasie in Nederland, kunnen deze worden gedepolitiseerd. In perioden van sociale verandering kunnen gedelegeerde verantwoordelijkheden worden gepolitiseerd en staat de zelfregulering van het medisch beroep weer ter discussie.

De relatie tussen overheid en medisch beroep heeft twee belangrijke kenmerken. Allereerst spiegelen beroepsorganisaties zich aan de overheid. Een pressiegroep probeert invloed te verwerven door de eigen organisatie en gekozen strategieën af te stemmen op de politieke attitudes, het beleid en de structuur van de overheid. Een zich sterk manifesterende West-Europese overheid vindt meestal een eensgezind medisch beroep aan de andere zijde van de onderhandelingstafel, terwijl een zwakke overheid veelal te maken krijgt met een meer intern verdeeld medisch beroep. Volgens Eckstein hangt binnen deze context de mate waarin medische beroepsorganisaties pressie op de overheid kunnen uitoefenen af van een aantal variabelen, zoals een combinatie van eensgezindheid en organisatiegraad.¹² Een te grote groep kan de eensgezindheid ondermijnen. Andere variabelen die bijdragen aan de beïnvloedingscapaciteit van een pressiegroep zijn: de structuur van de organisatie, de aard van groepsbindingen, de participatiegraad in de groepsactiviteiten, de actiebereidheid van de leden, de legitimiteit van de politieke promotie van de groepsbelangen, de grootte van de belangentegenstellingen, het organisatietalent van de leiders, het gekozen tijdstip voor de actie, de fysieke hulpmiddelen (financieel, publicaties), het prestige van de groep, enzovoort.¹³

Een tweede kenmerk van de relatie die de overheid en het medisch beroep met elkaar onderhouden, is dat de overheid zich in haar gezondheidszorgbeleid ook richt op het medisch beroep. Succesvolle (overheids)beleidsuitvoering is namelijk afhankelijk van het beschikken over informatie, de mate van integratie tussen beleidsvoerders, de doelgerichtheid van de beleidsvoering, en de verdeling van de macht over de betrokken actoren.¹⁴ De informatie over het medisch handelen en de instrumenten waarmee de kwaliteit van dat handelen wordt gewaarborgd, bevinden zich overwegend in de handen van het medisch beroep. Binnen deze context heeft de overheid grofweg twee opties om haar beleidsdoelstellingen ten aanzien van het medisch beroep te verwezenlijken, namelijk dwang of overleg. In het laatste geval kan worden gekozen voor onderhandeling of samenwerking.¹⁵ De wijze waarop de overheid de zelfregulering wil aanpassen hangt af van een afweging tussen enerzijds strijdige en anderzijds gemeenschappelijke belangen in een context van schaarste. Met strijdige belangen wordt bedoeld dat slechts één partij van een bepaald voorstel profiteert. Met gemeenschappelijke belangen wordt de mogelijkheid bedoeld, dat alle betrokken actoren na een conflict via onderhandelingen profiteren van een compromis. De

gereguleerden proberen inspraak te verwerven over de te formuleren beleidsdoelstellingen in ruil voor hun medewerking. Artsen kunnen in die zin bijvoorbeeld een bepaalde mate aan beheersing over kwaliteitsinstrumenten ruilen voor zeggenschap over de inhoud en criteria ervan.

1.1.3 Het medisch beroep

De vraag naar de totstandkoming van de zelfregulering van het medisch beroep werd in het verleden verschillend beantwoord. In de literatuur kunnen grofweg twee benaderingen worden onderscheiden, de functionalistische benadering en de machts- en beheersingsbenadering. Waar de functionalistische benadering de zelfregulering koppelde aan het algemeen belang, beschouwt de machts- en beheersingsbenadering het medisch beroep als een kartel gericht op het eigen belang.

Volgens de functionalistische benadering is de complexiteit van de professionele arbeid van dien aard dat de kwaliteit en de prijs ervan moeilijk door leken kunnen worden beoordeeld. Vanwege enerzijds het gebrek aan inzicht in de *geneeskunst* en anderzijds het belang dat de samenleving hecht aan gezondheid, is het voor zowel het medisch beroep als de samenleving profijtelijk om op voorhand tot een vergelijk te komen. 'Zij (de artsen, Van Herk) brengen een gemeenschap van gelijken tot stand, gebaseerd op gedeelde deskundigheid, collegialiteit en een gezamenlijke beleving van waarden. In ruil verwachten en krijgen professionals het vertrouwen van cliënt en gemeenschap, relatieve vrijheid van sociale controle door leken, bescherming tegen concurrentie en een hoog prestige en inkomen. Hierdoor blijft zelfcontrole aantrekkelijk en houdt de functionele samenhang tussen professie en gemeenschap stand.'¹⁶ Door de nadruk op het gedeelde belang van de zelfregulering voor de samenleving en het medisch beroep, sluit deze benadering nauw aan bij het standpunt dat medische beroepsverenigingen zelf verdedigen.

Wetenschappers binnen de machts- en beheersingsbenadering bekritisieren de functionalistische benadering als een professionele ideologie onder een wetenschappelijke dekmantel. Zij vragen zich af waarom sommige beroepen, zoals bijvoorbeeld civiele ingenieurs, die aan de typerende kenmerken van een professie voldoen, de uiteindelijke professionele status niet bereiken. Het antwoord hierop is dat het medisch beroep deze positie niet door de bijzondere aard van de beroepsuitoefening, maar via een politiek proces heeft verworven. Bij deze benadering staat de collectieve belangenbehartiging in het brandpunt van de aandacht. De belangrijkste vertegenwoordiger binnen de machts- en beheersingsbenadering, de Amerikaan Eliot Freidson, heeft sinds 1970 zijn stempel gedrukt op het denken over het medisch beroep in de medische sociologie. Volgens Freidson is het: '... useful to think of a profession as an occupation which has assumed a dominant position in the division of labour, so that it gains control over the determination of the substance of its own work.'¹⁷ Zelfregulering is bij Freidson aldus het uitvloeisel van een belangenstrijd. De opleiding, tuchtraden, een ethische code zijn slechts middelen om de zelfregulering te legitimeren.¹⁸ Een punt van kritiek van onder meer Schepers op deze benadering is

dat deze te eenzijdig aandacht heeft voor primaire belangenbehartiging, waardoor de interne dynamiek, als gevolg van differentiaties en spanningen tussen individuen en de beroepsvereniging, onderbelicht blijft en de context uit het oog verloren wordt.¹⁹

De verschillen tussen de genoemde benaderingen geven het spanningsveld weer. Bij de een is zelfregulering een gevolg van de complexiteit van het medisch handelen (de balans tussen *geneeskunst* en *geneeskunde*) gekoppeld aan het belang dat de samenleving hecht aan gezondheid, terwijl de andere partij stelt dat het medisch beroep zijn bijzondere positie in de gezondheidszorg door goede belangenbehartiging heeft gecreëerd. Het begrippenkader in de onderstaande discussie over het medisch beroep is grotendeels aan Freidson's professionele dominantietheorie ontleend.

1.1.4 Professionele dominantie

Freidson is één van de prominentste vertegenwoordigers van de eerder genoemde machts- en beheersingsbenadering. Ook het werk van Jamous en Pelloille, dat in paragraaf 1.3.1 zal worden besproken, valt binnen deze benadering te situeren. In het hiernavolgende worden eerst de door Freidson gedefinieerde begrippen, zoals autonomie en dominantie beschreven, waarna enige nuances worden aangegeven.

Freidson onderkent drie centrale begrippen, te weten: monopolie, dominantie en autonomie. Een professie onderscheidt zich van een gewoon beroep doordat het allereerst een monopolie verwerft voor het aanbieden van haar diensten en ten tweede door andere beroepen in de desbetreffende sector te domineren. Dankzij het monopolie en de dominantie van het medisch beroep, beschikt het medisch beroep over een grote mate van autonomie. Binnen het begrip autonomie valt een onderscheid te maken naar niveau en aspect. Zo wordt de individuele autonomie van professionals onderscheiden van de collectieve autonomie van de beroepsgroep, als georganiseerd lichaam ten opzichte van derden. De drie aspecten van autonomie zijn de politieke, economische en klinische autonomie. Politieke autonomie is gelieerd aan het recht tot het nemen van beleidsbeslissingen op grond van gelegitimeerde expertise in gezondheidsaangelegenheden. Economische autonomie verwijst naar het recht van artsen hun eigen honorering te reguleren. Het belangrijkste aspect van autonomie betreft de klinische autonomie.²⁰ Elston onderscheidt daarin: het controleren van de toegang tot de medische opleiding, het beschikken over diagnostische en therapeutische vrijheid en het controleren van de beroepsuitoefening.²¹ De kern van de zelfregulering betreft de onbepaaldheid van veel medisch handelen binnen de unieke arts-patiëntrelatie, waardoor de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts wordt gelegitimeerd.

De werkelijkheid is evenwel weerbarstig, zodat de gedefinieerde centrale begrippen volgens Freidson niet strikt van elkaar kunnen worden gescheiden: 'The autonomy is not absolute, depending for its existence upon toleration and even protection by the state and not necessarily including all zones of occupati-

onal activity' en 'Autonomy is the critical outcome of the interaction between political and economical power and occupational representation, interaction sometimes facilitated by educational institutions and other devices which successfully persuade the state that the occupation's work is reliable and valuable.'²² Hieruit volgt dat de klinische, politieke en economische autonomie van de arts niet strikt van elkaar kunnen worden gescheiden. Kijken we bijvoorbeeld naar de controle over de toegang tot de vervolgoopleiding als onderdeel van de klinische autonomie, dan blijkt dat de opleiding ook dient als instrument voor uitsluiting en onderscheiding.²³ Dankzij deze controle van het aanbod in de markt kan het inkomen (en daarmee de economische autonomie) van beroepsbeoefenaren worden beïnvloed. Maar het omgekeerde is eveneens waar. Door bijvoorbeeld een 'betaling per verrichting' vergoedingssysteem te bedingen kunnen artsen geprikkeld worden die medische handelingen te verrichten die het best worden vergoed. Daarmee beïnvloedt de economische autonomie de klinische autonomie. Hetzelfde geldt voor de verwevenheid van de klinische en economische autonomie met de politieke autonomie van artsen. Stel dat de beroepsvertegenwoordiging zodanig de beleidsvorming van de overheid weet te beïnvloeden (politieke autonomie) dat niet alleen het inkomen van artsen maar ook de kosten van de gezondheidszorg onaanvaardbaar stijgen, dan wordt de overheid gestimuleerd in te grijpen. Bij het formuleren van een nieuw beleid zal de overheid minder genegen zijn naar het advies van de beroepsvertegenwoordiging te luisteren. Vervolgens heeft het nieuwe overheidsbeleid (en verlies aan politieke autonomie) gevolgen voor zowel de economische als de klinische autonomie van de arts.

Op basis van dit internationaal vergelijkend onderzoek wordt gepoogd aan te tonen dat de verschillende opvattingen over de totstandkoming van zelfregulering (zelfregulering gekoppeld aan het algemeen belang en zelfregulering als instrument van het medisch beroep gericht op eigen belang) niet met elkaar in strijd zijn maar elkander complementeren. Wanneer een substantieel deel van het medisch handelen zich in drie verschillende landen niet in regels laat vatten, ondanks pogingen daartoe tussen 1970 en 1996 van zowel niet-medische partijen als van beroepsbeoefenaren zelf, dan duidt een dergelijke bevinding erop dat de complexiteit van het medisch handelen, gekoppeld aan het belang dat de samenleving aan gezondheid hecht, nog altijd een belangrijke basis vormt waarop de zelfregulering van het medisch beroep is gegrondvest. Vervolgens zijn de verschillen in de vorm en inhoud van de veranderende zelfregulering per land en in de tijd toe te schrijven aan het krachten spel tussen de actoren binnen de nationale context van de gezondheidszorg.

Resumerend: de zelfregulering van het medisch beroep lijkt enerzijds samen te hangen met de complexiteit van het medisch handelen, gekoppeld aan het belang dat de samenleving hecht aan een goede gezondheid, en anderzijds met de al of niet succesvolle belangenbehartiging van het medisch beroep. Het fundament van de zelfregulering, de harde kern van de klinische autonomie (ofwel: de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen van artsen) valt niet los te koppelen van de economische en politieke autonomie van het

medisch beroep. Verder is de zelfregulering niet absoluut maar gradueel en continu aan verandering onderhevig. Tenslotte is een algehele zelfregulering voor het medisch beroep minder aantrekkelijk dan een door de overheid gelegitimeerde zelfregulering. Dit impliceert een bepaalde mate van overheidsregulering, alleen niet te veel en te expliciet, maar ook niet te weinig en te impliciet. Daar waar het medisch beroep op één terrein tevreden is, kan het elders veel te wensen hebben. Volgens verschillende auteurs heeft het medisch beroep in verschillende landen de laatste decennia steeds minder reden tot tevredenheid over de mate van zelfregulering.

1.2 Zelfregulering onder druk?

De vraag of het medisch beroep een unieke positie in de gezondheidszorg bekleedt, staat de afgelopen jaren opnieuw in de belangstelling. Maar de toonzetting is veranderd. In plaats van 'waarom is het medisch beroep zo machtig', 'hoe heeft het deze machtspositie veroverd' en 'wat zijn hiervan de gevolgen voor de samenleving', staat de vraag centraal of het medisch beroep de jongste jaren zoveel aan macht en zelfregulering verloren heeft dat niet langer kan worden gesproken van een 'professie'. Binnen de machts- en beheersingsbenadering is het afgelopen decennium de vraag gesteld of het medisch beroep zich weer op de weg terug bevindt naar een gewoon beroep. Verschillende auteurs waaronder ook Freidson zijn van mening dat de machtspositie van het medisch beroep wel verandert maar niet noodzakelijk verzwakt. Maar er zijn ook andere visies mogelijk. Vertegenwoordigers van de deprofessionaliserings- en proletariseringsthesen stellen dat het medisch beroep wel aan monopolie, dominantie en autonomie verliest. Van een echte discussie is eigenlijk geen sprake.²⁴

In het hiernavolgende worden de deprofessionaliserings- en proletariseringsthesen en de reactie hierop van Freidson besproken. Vervolgens komt de belangrijkste bedreiging voor de klinische autonomie van het medisch beroep in Groot-Brittannië, Nederland en België aan bod: het meer in formele expliciete regels vatten van het medisch handelen.

1.2.1 Het deprofessionaliseringsdebat

Vertegenwoordigers van de deprofessionaliseringstheorie, zoals Marie Haug, benadrukken dat de relatie tussen arts en consument dermate verandert dat de culturele en sociale dominantie van het medisch beroep wordt aangetast.²⁵ Een hoger opgeleid publiek verwerft steeds meer medische kennis, hetgeen leidt tot de onmythologisering van het medisch beroep, de betovering wordt verbroken. Artsen verliezen aan gezag bij de consument, hetgeen in de jaren tachtig niet alleen blijkt uit gedrag van patiënten in de spreekkamer, maar ook uit het toenemend beroep dat consumenten doen op de alternatieve geneeswijzen. Voorts zou de ontwikkeling van de medische wetenschap en het toenemend gebruik van technologische hulpmiddelen bijdragen aan een proces van rationalisering en formalisering van het medisch handelen, dat daardoor transformeert van

geneeskunst naar geneeskunde.²⁶ Echter, door grondvesting op ongespecificeerde sociale trends is de deprofessionaliseringsthese moeilijk toetsbaar.²⁷ Vijftien jaar na het formuleren van haar these heeft Haug toegegeven dat de geschiedenis niet zo vriendelijk voor haar stellingen is geweest. Thans benadrukt Haug de toenemende aanbodsregulering door niet-medische partijen in de gezondheidszorg, waardoor artsen in hun handelen aan steeds meer regels worden gebonden.²⁸ Döhler beziet de deprofessionalisering van het medisch beroep op deze wijze als een specifiek Noord-Amerikaanse ontwikkeling.²⁹ Het aldaar vigerende gezondheidszorgstelsel kraakt aan alle kanten, aangezien het duurste systeem ter wereld van zijn cliëntèle het laagste rapportcijfer krijgt.³⁰ Vertegenwoordigers van de op het historisch-materialisme geïnspireerde proletariseringsthese gaan in op rol van professies in de kapitalistische economie en hun relatie met de kapitalistische elite. Overheden en kapitalistische elites zouden professies gebruiken om spanningen in het systeem te neutraliseren. Ten aanzien van de veranderende positie van het medisch beroep, verwijzen vertegenwoordigers van de proletariseringsthese eveneens naar de eerder genoemde brede maatschappelijke ontwikkelingen, maar benadrukken daarbij vooral het verlies aan economische autonomie van de medische beroepsgroep. Dit blijkt volgens McKinlay en Arches in 1985 uit transitie van de arts als vrije beroepsbeoefenaar naar gesalarieerde arbeider, als gevolg van toenemende bureaucratisering van de gezondheidszorg.³¹ Loondienst zou de vrijheid van artsen in hun medisch handelen beperken. De inhoudelijke kritiek op de proletariseringsthese betreft de in de jaren negentig gedateerde marxistische onderbouwing, de algemene en daardoor beperkt toetsbare formulering en de strijdigheid met de empirie van de Verenigde Staten en andere landen.

Freidson bestrijdt dat het medisch beroep zich op de weg terug naar een normaal beroep bevindt. Twee centrale punten in Freidson's argumentatie zijn: dat centrale begrippen als dominantie en autonomie niet in absolute maar in relatieve zin moeten worden geïnterpreteerd; en dat professionele autonomie betrekking heeft op het medisch beroep als collectief en niet op de individuele arts.³² Dit betekent dat een eventuele verschuiving van de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele beroepsbeoefenaar naar de collectieve autonomie van de beroepsgroep geen bewijs is voor de deprofessionalisering van het medisch beroep. Verder bekritiseert Freidson enkele concrete door de oppositie aangedragen argumenten, zoals de toenemende toegankelijkheid van medische kennis en het verlies aan economische autonomie van Noord-Amerikaanse artsen.

In reactie op de door Haug vermeende toenemende toegankelijkheid van medische kennis schrijft Freidson dat oude kennis continu, en steeds sneller, door nieuwe wordt vervangen met als gevolg dat het verschil in kennis tussen leek en arts alleen maar toeneemt. Natuurlijk zal medische kennis in computers worden opgeslagen, maar zolang artsen zelf bepalen wie wat erin stopt en eruit mag halen, is de klinische autonomie niet in het geding.³³ Er is dan slechts sprake van een transitie van autonomie van individueel naar collectief niveau. Even nadrukkelijk haalt Freidson de veronderstellingen van de proletariseringsthese onderuit. Hoewel Noord-Amerikaanse wetenschappers uit de proletarise-

ringshoek het verlies aan economische autonomie van artsen benadrukken, lijkt juist het financiële succes van per handeling vergoede Noord-Amerikaanse artsen (en de falende zelfregulering door de American Medical Association, door geen moreel tegenwicht te bieden aan prikkels van artsen om hun inkomens te vergroten) voor overheid en verzekeraars een reden om invloed te verwerven op het diagnostisch en therapeutisch handelen.³⁴ Noord-Amerikaanse artsen verdienen gemiddeld 5.4 (tegenover Britse artsen 2.4) maal het nationaal modaal inkomen.³⁵ De verdiensten van het naar eigen zeggen meest liberale medisch beroep in West-Europa, het Belgische, steken overigens weer schraal af bij de verdiensten van Britse artsen.³⁶ Verder betwijfelt Freidson de vermeende diagnostische en therapeutische vrijheid van de per handeling betaalde solo-practicus. Vanwege de onderlinge concurrentie zullen deze artsen sneller geneigd zijn tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt, ook al gaat het tegen de eigen klinische opinie in, uit angst klandizie en inkomen te verliezen.³⁷ Daaruit volgt dat de transitie van artsen als vrije ondernemer naar artsen in loondienst een ongeschikt criterium is voor het bepalen van de veranderende positie van het medisch beroep in de gezondheidszorg. Ofwel, een verlies aan economische autonomie hoeft niet tot een evenredig verlies aan klinische autonomie van de arts te leiden.

Tenslotte brengt Larkin in 1988 een belangrijke nuancering aan inzake de vermeende deprofessionalisering van het medisch beroep. Larkin claimt na historisch onderzoek in Groot-Brittannië dat de autonomie en dominantie van het medisch beroep in de tijd niet alleen is overschat, maar dat het beroep nooit vrij is geweest van invloeden zoals de economische ontwikkeling, de inkomensverdeling en gemiddelde levensstandaard.³⁸

Naast verschillen van inzicht tussen de diverse auteurs over de veranderende positie van artsen in de gezondheidszorg, bestaat er ook over enkele zaken overeenstemming. Brede maatschappelijke ontwikkelingen als de rationalisering en de bureaucratisering van de maatschappij en de gezondheidszorg spelen een belangrijke rol in de veranderende zelfregulering van het medisch beroep. Beide ontwikkelingen stimuleren het meer in regels vatten van het medisch handelen, dat daardoor aan transparantie voor leken zou kunnen winnen, waardoor de basis van de zelfregulering van het medisch beroep wordt ondergraven.

1.2.2 Toenemende regelgeving voor het medisch handelen

Alle genoemde stromingen in het denken over het medisch beroep signaleren zowel een proces van toenemende rationalisering en formalisering van het medisch handelen als een proces van bureaucratisering in de gezondheidszorg. Deze trends uiten zich in de toenemende en meer geëxpliciteerde regelgeving voor de medische praktijkvoering. De regelgeving wordt vervolgens toegepast via verschillende soorten instrumenten, waarmee medische en niet-medische partijen het medisch handelen in een door hen gewenste richting wensen te beïnvloeden. Met instrumenten wordt bedoeld: 'datgene waarmee men processen tracht te beïnvloeden teneinde een gewenste situatie te bereiken.'³⁹ Hierin valt een onderscheid te maken naar: juridische en financieringsinstrumen-

ten van niet-medische partijen en de in reactie daarop door artsen en hun beroepsorganisaties ontwikkelde normerende kwaliteitsinstrumenten. Met normerende kwaliteitsinstrumenten worden die kwaliteitsinstrumenten bedoeld, waarmee medische beroepsbeoefenaren beogen het medisch handelen in regels te vatten, om vervolgens de beroepsuitoefening zelf te kunnen beoordelen met vooraf door artsen geëxpliciteerde normen. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van het meer en explicieter in regels onderbrengen van het medisch handelen, waardoor de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts mogelijk wordt ondermijnd.

Het medisch handelen wordt steeds meer door niet-medische partijen beïnvloed met juridische instrumenten. Ontevreden burgers doen vaker en sneller een beroep op de burgerrechter, terwijl de overheden hierdoor worden gestimuleerd nieuwe wetgeving te ontwikkelen om de kritischer wordende burgers tevreden te stellen. Hiermee dreigt een juridisering - een toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties⁴⁰ - van de gezondheidszorg. In Nederland is bijvoorbeeld eind jaren tachtig, begin jaren negentig, wetgeving geformuleerd waarin het medisch handelen aan bepaalde voorwaarden wordt verbonden. Hierbij kan worden gedacht aan de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst voor de arts-patiëntrelatie (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. In Groot-Brittannië zijn de rechten van patiënten expliciet door de overheid vastgelegd in het zogenoemde 'Patient's Charter'. De Belgische overheid formuleerde begin jaren negentig wetgeving waarmee ziekenfondsen en patiënten artsen voor de rechter kunnen brengen, wanneer zij van mening zijn dat artsen een te hoge honorering vragen voor hun diensten.

In het kader van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg zijn diverse financieringsinstrumenten ontwikkeld, waarmee niet-medische partijen de medische beroepsuitoefening proberen te beïnvloeden. Om met deze instrumenten te kunnen sturen is het verwerven van kwantificeerbare informatie over het medisch handelen zelf een voorwaarde. Computertechnologie vergemakkelijkt de financiële controle van niet-medische partijen op de beroepsuitoefening. Nieuwe medische technologieën worden via 'medical technology assessment' met elkaar vergeleken en op waarde geschat, zodat de overheid prioriteiten kan stellen inzake het al dan niet vergoeden van nieuwe behandelingen.⁴¹ Gezondheids-economen proberen met gekwantificeerde informatie over het medisch handelen budgetterings- en contracteringsmodellen te ontwerpen, die artsen stimuleren doelmatig en efficiënt te werken. Zo zijn in de jaren tachtig in de Verenigde Staten 'Diagnosis Related Groups' (DRG's) ontwikkeld, waarop de vergoedingen aan zorgaanbieders worden gebaseerd. Als midden jaren negentig in Nederland de specialisten in toenemende mate moeten integreren in de ziekenhuisorganisatie wordt, geïnspireerd door de Noord-Amerikaanse DRG's, geprobeerd nieuwe instrumenten als 'product-typering' te ontwikkelen. In België is in 1994 de pathologiefinanciering ingevoerd, waarmee ziekenhuizen voor de aandoening van hun patiënten worden vergoed. Voorts zijn in Groot-Brittannië 'Performance Indicators' gedefinieerd, die kunnen worden opgenomen in contracten van inkopers van zorg met ziekenhuizen, specialisten en huisartsen. Kwantificeerbare

informatie over het medisch handelen diende het vergelijken van de gezondheidszorgproductie van artsen en zorginstellingen mogelijk te maken. Tenslotte reageren artsen en hun beroepsorganisaties op de toenemende vraag van niet-medische partijen om meer transparant verantwoording voor de kwaliteit van hun handelen af te leggen, door het ontwikkelen van regels waaraan een goede arts zou moeten voldoen. In de Verenigde Staten is bijvoorbeeld een puntensysteem uitgewerkt voor activiteiten die artsen moeten ondernemen voor het verkrijgen van een herregistratie. De activiteiten variëren van het bezoeken van wetenschappelijke vergaderingen, workshops en nascholingsbijeenkomsten, tot het schrijven van wetenschappelijke artikelen en het houden van voordrachten.⁴² Nederlandse huisartsen bijvoorbeeld introduceerden in 1989 het systematisch ontwikkelen van standaarden voor de medische beroepsuitoefening. Maar het in regels vatten van het medisch handelen via richtlijnen en protocollen brengt ook controle van niet-medische partijen dichterbij. Zo worden Noord-Amerikaanse artsen door burgerrechters op de door de beroepsgroep ontwikkelde klinische richtlijnen aangesproken.⁴³ De Britse overheid wil vergoedingen voor ineffektieve behandelingen vermijden, door de honoraria te baseren op klinische richtlijnen en protocollen.⁴⁴ Nederlandse zorgverzekeraars wensen op basis van klinische protocollen met specialisten bindende afspraken te maken over de te kiezen behandelwijzen.⁴⁵

Vanwege al deze pogingen het medisch handelen aan regels te binden vrezen artsen dat de medische praktijkvoering steeds meer met niet-klinische criteria door derden zal worden beoordeeld. Verder zijn artsen bang dat een 'standard driven' kwaliteitszorg leidt tot een kookboekgeneeskunde, die niet aansluit bij de medische werkelijkheid. Deze vrees stelt de onbevangen medewerking van individuele artsen aan het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg ter discussie.

Resumerend: auteurs als Haug, McKinlay en Arches stellen dat het medisch beroep aan zelfregulering verliest, terwijl anderen, zoals Freidson, beweren dat de zelfregulering slechts verandert en wel in die zin dat de klinische autonomie van de individuele arts verschuift naar die van de beroepsorganisaties. Het mogelijk verlies aan zelfregulering laat zich traceren in de toenemende regelgeving voor het medisch handelen. Hiervoor zijn een aantal ontwikkelingen buiten en binnen het medisch beroep verantwoordelijk. Zo pogen nationale overheden de groeiende kosten van de gezondheidszorg aan banden te leggen door meer overheidsregulering of marktwerking, waarvoor het medisch handelen meer in regels moet worden gevat. Verder is het medisch handelen zelf aan verandering onderhevig. Toenemende rationalisering zou de geneeskunst een technischer karakter geven, waardoor veel medisch handelen zich beter in formele regels zou laten vatten.

In hoeverre het medisch handelen zich laat expliciteren en normeren zou onder meer moeten blijken in het aanpassen van bestaande en de ontwikkeling van normerende kwaliteitsinstrumenten. Het is hierbij niet alleen de vraag of het handelen zich in regels laat vatten, maar ook of het medisch beroep niet-medische partijen ervan kan overtuigen dat veel medisch handelen zich niet in

regels laat vatten. Hiermee kan externe controle door niet-medische partijen op de beroepsuitoefening worden vermeden.

1.3 Het zicht versluierdt: de verwevenheid van de klinische autonomie met belangenbehartiging

In het hiernavolgende worden de eerder genoemde basiselementen van zelfregulering, de klinische autonomie en de belangenbehartiging nader in ogenschouw genomen. Hierbij behoeven twee vragen in onderling verband een antwoord: in hoeverre laat het medisch handelen zich expliciteren en in welke mate wordt het zicht hierop versluierd door de verwevenheid tussen de klinische autonomie en de belangenbehartiging van artsen? Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de onbepaalde en technische aspecten van het medisch handelen en aan de verwevenheid van de klinische autonomie met de belangenbehartiging.

1.3.1 Onbepaaldheid versus techniciteit in het medisch handelen

In 1970 schreven Jamous en Peloille een belangrijke verhandeling over de aard van het medisch handelen, dat zij opdeelden in een mate van onbepaaldheid en een mate van techniciteit. De onbepaaldheid wordt gedefinieerd als dat deel van het kennisarsenaal dat niet in regels valt onder te brengen, waarvan de toepassing afhankelijk is van het vermogen en het talent van de beroepsbeoefenaar. Techniciteit betreft het deel van het kennisarsenaal dat wel in regels kan worden gevat.⁴⁶ Onbepaaldheid en techniciteit zijn elkaars complement en kunnen op ieder moment in een bepaalde (O/T) ratio worden uitgedrukt.

In het kader van een transparante kwaliteitszorg zou het medisch beroep idealiter voor ieder aspect van het medisch handelen de mate van techniciteit moeten vaststellen, om vervolgens een daaraan corresponderende mate van expliciete criteria in de vorm van een richtlijn of een norm te definiëren. Hierin zijn diverse gradaties te onderscheiden. Allereerst meet men een verschil waarbij impliciete van expliciete criteria (een kenmerk van zorgverlening op grond waarvan beoordeling van de kwaliteit kan plaatsvinden) kunnen worden gediscrimineerd. Om te komen tot expliciete criteria zullen eerst richtlijnen, vooraf uitgeschreven stellingen die aan de beoordeling van de kwaliteit van zorg ten grondslag liggen, moeten worden opgesteld. Deze richtlijnen evolueren zo mogelijk tot standaarden, ofwel kwantitatieve specificaties van de toestand van een criterium, uitgedrukt in minimale en maximale waarden. Tenslotte kunnen standaarden zich ontwikkelen tot normen, ofwel de wenselijk geachte toestand.⁴⁷ Richtlijnen of normen maken mogelijk deel uit van (behandelings)protocollen, die kunnen worden gezien als een logisch stroomdiagram, dat bij elke stap één procedure oplevert.⁴⁸ Grofweg kunnen richtlijnen 'bottom-up' aan het dagelijks werk, of 'top-down' aan de medisch wetenschappelijke literatuur worden ontleend.

Het in meer expliciete regels vatten van het medisch handelen stuit echter veel artsen tegen de borst. Deze artsen zullen zich vinden in de redenering dat de

professional door zelftoetsing probeert te komen tot verbetering of bijstelling van zijn handelen. Stegeman bijvoorbeeld onderscheidt enerzijds theoretische kennis en anderzijds kennis die zij omschrijft als 'het synthetiserend vermogen dat voortvloeit uit ervaring'; klinische blik, patroonherkenning, intuïtie, kunst.⁴⁹ Het individuele karakter van dit leerproces hangt samen met de unieke persoonlijke vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, die zich niet leent voor objectieve meting met vooraf geëxpliciteerde normen. De toegevoegde waarde van de *geneeskunde* (techniciteit) is juist afhankelijk van de artistieke van de *geneeskunst* (onbepaaldheid). Het stellen van de juiste diagnose en het toepassen van een geschikte therapie, is daarbij afhankelijk van het vermogen van de arts om te kunnen omgaan met het onverwachte. Hierin onderscheidt een competente arts zich van een buitengewoon competente arts.⁵⁰

De *kunst* in het medisch handelen hangt aldus samen met de beroepsuitoefening binnen de unieke persoonlijke arts-patiëntrelatie. Over de karakteristieken van de arts-patiëntrelatie lopen de meningen uiteen van de consensusbenadering van Parsons tot de conflictbenadering van Freidson. Deze verschillende opinies worden in dit proefschrift niet uitputtend behandeld. Parsons stelt dat de arts-patiëntrelatie twee kenmerken heeft, wederkerigheid en asymmetrie. Met wederkerigheid bedoelt Parsons dat zowel de arts als de patiënt een gezamenlijk doel nastreven, de gezondheid van de patiënt. Asymmetrie heeft betrekking op de kennisongelijkheid tussen arts en patiënt. De patiënt ondergaat de behandelingen van de arts en volgt zijn raadgevingen omdat hij de arts vertrouwt als persoon en vertegenwoordiger van zijn professie. Hierbij komt dat patiënten hun ziektes moeilijk rationeel kunnen beoordelen, omdat zij er emotioneel door worden geraakt, als gevolg van bijvoorbeeld pijn, angst of depressies. Freidson stelt dat de arts-patiëntrelatie meer wordt gekenmerkt door conflictueuze belangen, die samenhangen met de verschillende opvattingen van professionals en leken over ziekteverschijnselen. Factoren die de onderlinge relatie verder in conflictueuze zin beïnvloeden zijn: de aard van het werk van de arts (huisartsen benaderen patiënten anders dan radiologen), de wijze waarop patiënten op aandoeningen reageren (kinderen reageren anders dan volwassenen op ziekten), culturele factoren (herkomst van patiënten) en structurele factoren (in een cliënt-afhankelijke praktijk zijn artsen meer gevoelig voor de wensen van de patiënt dan in een collega-afhankelijke praktijk, alwaar patiënten eerst de huisarts moeten bezoeken, alvorens eventueel te worden doorverwezen naar een specialist). Auteurs zoals bijvoorbeeld Goffman plaatsen strategische interactie tussen de consensus- en conflictbenadering in, door de arts-patiëntrelatie te bezien als een onderhandelingsrelatie, waarin zowel de arts als de patiënt doelbewust en doelgericht proberen hun belangen te vergroten door middel van strategische interactie.⁵¹ Hoewel de meningen over de karakteristieken van de arts-patiëntrelatie uiteenlopen, wordt uit het bovenstaande wel duidelijk dat 'artistieke' en 'vertrouwen' niet alleen door artsen maar ook door sommige sociologen als centrale waarden voor hun beroepsuitoefening binnen de arts-patiëntrelatie worden gezien. Ook zal de techniciteit of *kunde* de onbepaaldheid of *kunst* in het medisch handelen binnen de arts-patiëntrelatie nooit geheel kunnen vervangen.⁵² Wel is het de vraag in hoeverre de *kunde* aan terrein heeft gewonnen van de *kunst* in het medisch handelen.

Echter, juist de onbepaaldheid van het medisch handelen legitimeert de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts en daarmee ook de zelfregulering van het medisch beroep als collectief. Voor het behoud van de zelfregulering hebben artsen er geen belang bij een verschuiving van de onbepaalde *kunst* naar de technische *kunde* in hun handelen voor derden zichtbaar te maken. Het probleem is nu dat leken veranderingen in de continu veranderende (O/T) ratio moeilijk kunnen onderscheiden, aangezien zij hoogstens inzicht kunnen verwerven in de techniciteit (*kunde*) van het handelen. Verder ontwikkelt de geneeskunde zich ook in de diepte. Hierbij kan worden gedacht aan bepaalde hoogwaardige technische behandelingen bij verschillende chirurgische specialismen. Inzicht in deze vormen van *kunde* vereisen een langdurige opleiding, zodat leken ook hierin moeilijk inzicht kunnen verwerven. Dit opent voor beroepsvertegenwoordigers de mogelijkheid om de niet-medische partijen ervan te overtuigen dat het meeste medisch handelen een onbepaald karakter heeft en dat de zelfregulering van het medische beroep alle partijen de meeste voordelen biedt.

In de volgende paragraaf worden de problemen bij zowel het 'top-down' als het 'bottom-up' ontwikkelen van medische richtlijnen nader besproken, met als centraal thema: de verwevenheid tussen de klinische autonomie en de belangenbehartiging van artsen.

1.3.2 De verwevenheid van klinische autonomie en belangenbehartiging

In het hieronderstaande komen eerst de beperkingen van het 'top-down' ontwikkelen van medische richtlijnen aan bod. Als de medische werkelijkheid zich op deze wijze niet afdoende laat expliciteren, dan kunnen medische richtlijnen ook 'bottom-up' aan de dagelijkse praktijk worden ontleend. Echter, deze vorm van richtlijnontwikkeling wordt gehinderd door de belangenbehartiging van artsen op verschillende niveaus binnen het medisch beroep.

Allereerst kan het medisch handelen worden geëxpliciteerd via het ('top-down') onttrekken van richtlijnen uit de medische wetenschappelijke literatuur. Hier doen zich de volgende problemen voor. Allereerst is volgens sommige auteurs slechts 20 tot 30 procent van de normale medische praktijkvoering op wetenschappelijk correcte wijze in de literatuur gedocumenteerd.⁵³ Daarbij komt dat minder dan 5 procent van alle medisch handelingen wordt ondersteund door sterke wetenschappelijke bewijsvoering. Voor 45 procent van alle handelingen is deze bewijsvoering schamel, terwijl die voor de overige 50 procent geheel ontbreekt.⁵⁴ Anderen stellen dat 15 procent (in 1980) en 21 procent (in 1990) van het medisch handelen wordt ondersteund door deugdelijk wetenschappelijk onderzoek.⁵⁵ Ellis e.a. nuanceren deze constatering door te stellen dat (in het geval van een door hen onderzochte ziekenhuisafdeling van interne geneeskunde) die minderheid aan wetenschappelijk bewezen handelingen in de praktijk van alle dag wel het meest worden toegepast.⁵⁶ Ten tweede verschijnen zoveel medisch wetenschappelijke artikelen in de wereld dat vrijwel niemand meer een goed overzicht heeft. Een derde bias betreft de neiging van tijdschriftredacties

artikelen met negatieve bevindingen sneller te weren.⁵⁷ Hoe nu het kaf van het koren te scheiden? Een van de methoden zijn de 'systematic reviews' van de Cochrane Collaboration, waarin 500.000 gerandomiseerde trials zijn ondergebracht om zo systematische overzichten te verkrijgen.⁵⁸ Maar ook 'systematic reviews' hebben beperkingen. Vandenbroucke wees hierbij op de onvergelykbaarheid in onderzoeksopzet, -setting en uitvoering van de verschillende studies.⁵⁹

Een tweede methode is het 'bottom-up' ontleen van richtlijnen aan de dagelijkse praktijk. Dit kan evenwel worden gefrustreerd door de verwevenheid tussen onbepaald medisch handelen en belangenbehartiging op het niveau van de individuele arts, op het niveau van artsen die gezamenlijk bepaalde wetenschappelijke opvattingen over hun specialisme delen en op het niveau van beroepsorganisaties.

Individuele beroepsbeoefenaren zullen door de structuur van hun werkomgeving de dominantie van onbepaaldheid in hun handelen benadrukken en neigen naar het verwerpen van explicitering van hun handelen. De wetenschappelijke kennis van de arts wordt in de praktijk door de concrete hulpvraag van de patiënt op individueel niveau getoetst, zodat kennis door individuele ervaringen wordt verfijnd. Freidson stelt dat deze karakteristieken van het dagelijks werk verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van normen en attitudes die een beperkt verantwoordelijkheidsgevoel aanmoedigen, namelijk een meer persoonlijk dan algemeen of gemeenschappelijk gevoel van verantwoordelijkheid. Het voorgaande impliceert dat artsen niet volledig open staan voor afwijkende opinies van collega's.⁶⁰ Beroepscontrole met meer normerende kwaliteitsinstrumenten op het individueel klinisch handelen wordt op deze manier structureel bemoeilijkt. Dit verklaart mede de soms aanzienlijke praktijkvariatie in diagnostiek en therapie van ziekten. Voor de medewerking van artsen aan het implementeren van normerende kwaliteitsinstrumenten is het niet alleen belangrijk of een normerend kwaliteitsinstrument de individuele klinische autonomie van de arts daadwerkelijk bedreigt, maar of artsen deze instrumenten als een bedreiging percipiëren. Jamous en Peloille stellen in 1970 dat ook op groepsniveau de onbepaaldheid van het medisch handelen verweven is met belangenbehartiging. Om zich te verdedigen tegen innovaties en rationaliseringen van het medisch handelen door nieuwkomers, benadrukt de elite binnen een medisch specialisme de onbepaaldheid van het medisch handelen in een poging hun visie op de medische wetenschap en de daaraan gelieerde voorname positie binnen de beroepsgroep te behouden.⁶¹ De geldigheid van deze stelling is door onderzoek van Dent in 1996 wederom onderschreven.⁶²

Tenslotte zijn beroepsorganisaties derden niet behulpzaam om klaarheid in het medisch handelen te verschaffen, als dat strijdig met de eigen belangen wordt ervaren. Zo ving de Nederlandse overheid in 1981 bot, toen inzicht in het medisch handelen moest leiden tot een functiewaardering om het inkomen van specialisten te toetsen.⁶³ Ook het beoordelen van artsen door tuchtcolleges valt niet strikt te scheiden van belangenbehartiging. Niet voor niets was het 'schaden van de professionele waardigheid' een voornaam criterium voor tuchtcolleges in zowel Groot-Brittannië, Nederland en België.

Het waarnemen van veranderingen in verhouding onbepaaldheid/techniciteit van het medisch handelen laat zich hierdoor het best beschrijven in kwalitatieve termen. Het is bijvoorbeeld heel goed mogelijk te stellen dat de O/T-ratio verandert maar dat de mate van zelfregulering gelijk blijft. Een toenemende techniciteit in het medisch handelen kan namelijk worden gecompenseerd met succesvolle belangenbehartiging.

Resumerend: in deze paragraaf zijn de twee belangrijkste basiselementen van zelfregulering, de klinische autonomie en belangenbehartiging, nader bestudeerd. Een objectieve betrouwbare meting van een verandering in de verhouding tussen de onbepaaldheid en techniciteit van het medisch handelen is vrijwel niet mogelijk. Het onttrekken van medische richtlijnen aan de medisch wetenschappelijke literatuur kent vele beperkingen, terwijl het ontlenen van regels aan het dagelijks medisch handelen wordt bemoeilijkt door de verwevenheid tussen de onbepaaldheid van het medisch handelen en de belangenbehartiging van artsen. Concluderend: veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep laten zich niet eenvoudig toeschrijven aan een verschuiving van *geneeskunst* naar *geneeskunde*, of aan het krachtenspel tussen actoren in de gezondheidszorg. Om hier in kwalitatieve termen toch uitspraken over te doen, worden in de volgende paragraaf de grenzen aan de expliciete overheidsregulering van de medische beroepsuitoefening behandeld.

1.4 Grenzen aan expliciete regulering van de zorgverlening: het omslagpunt

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep in relatieve zin kunnen worden toegeschreven aan enerzijds een transitie van *geneeskunst* naar *geneeskunde* en anderzijds het krachtenspel tussen actoren in de gezondheidszorg. Hiervoor wordt allereerst bestudeerd in welke mate niet-medische partijen erin zijn geslaagd het medisch handelen te expliciteren in regels voor juridische en financieringsinstrumenten, waarmee deze partijen proberen de gezondheidszorg meer te reguleren om onder andere de groeiende kosten daarvan te beheersen. Met name wordt gekeken naar hoe de gemeenschappelijke belangen van het medisch beroep en de overheid grenzen stellen aan het expliciteren van het medisch handelen op verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg. Vervolgens wordt bestudeerd in hoeverre de medische beroepsuitoefening in regels is gevat met normerende kwaliteitsinstrumenten, die het medisch beroep onder externe druk van niet-medische partijen heeft geïntroduceerd. Door het in regels vatten van het medisch handelen aldus per land op verschillende niveaus te analyseren, om vervolgens dit proces in eenzelfde tijdsbestek te vergelijken in drie landen met verschillende gezondheidszorgsystemen, waarvan de gezondheidszorg onderhevig is geweest aan vergelijkbare ontwikkelingen, kan inzicht worden verkregen in de invloed van het krachtenspel op veranderingen in de zelfregulering van het medisch beroep. Mocht de zelfregulering van de medische beroepen, ondanks de verschillende belangenbehartiging in drie landen, gedurende de afgelopen 25 jaar toch stand houden, dan versterkt dit het vermoeden dat naast de belangenbe-

hartiging van artsen ook andere factoren een rol van belang spelen voor het behoud van de zelfregulering, namelijk de complexiteit van het medisch handelen gekoppeld aan het belang dat in de samenleving aan gezondheid wordt gehecht.

In het hiernavolgende wordt met name de vraag gesteld op welke wijze de gemeenschappelijke belangen van het medisch beroep en de overheid grenzen kunnen stellen aan het expliciteren van het medisch handelen op verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg.

Meer expliciete regulering verwijst naar een meer specifieke rationele sturing van de zorgvraag en het zorgaanbod op basis van gedetailleerde informatie. Door explicitering van het zorgaanbod en de zorgvraag hopen politici en politieke partijen de zorgverlening op macroniveau te reguleren. In Nederland werd in 1991 met het rapport 'Kiezen en delen' van de overheidscommissie 'Keuzen in de zorg', een poging gedaan criteria te definiëren voor expliciete keuzen in de zorg. In de trechter van Dunning (de commissievoorzitter) dienden medische verstrekkings te worden getoetst op noodzaak, werkzaamheid, doelmatigheid en eigen rekening en verantwoording.⁶⁴ Met hetzelfde doel werd midden jaren negentig in Groot-Brittannië de 'Rationing Agenda Group' opgericht, die in 1997 zal rapporteren over expliciete keuzen in de zorg.⁶⁵ Op mesoniveau kunnen niet-medische actoren het medisch handelen van artsen beïnvloeden door het expliciteren van het medisch handelen, via de in paragraaf 1.2.2 genoemde instrumenten, zoals contracteringsmodellen voor aanbieders en vragers van zorg, 'product-typering', enzovoort. Een omslagpunt in de gekozen vorm van regulering betreft het moment waarop de kosten van de explicitering van de zorgvraag en -aanbod de besparingen overstijgen, hetgeen de overheid of een zorgverzekeraar zal stimuleren tot een meer impliciete vorm van regulering over te gaan. Deze stijgende kosten worden veroorzaakt door verzamelen en ordenen van enorme hoeveelheden informatie over de zorgverlening en het instandhouden van een omvangrijk controle-apparaat.

Bij het maken van expliciete keuzen in de zorg op macroniveau, zoals voorgesteld door de commissie Dunning, is de vraag of herverkiesbare politici en politieke partijen bereid zijn dergelijke openlijke impopulaire keuzen in de zorg ook daadwerkelijk te maken. Verder kunnen de eventuele kosten de besparingen bij deze vorm van expliciete regulering overstijgen als de zorgvraag groter blijkt dan het zorgaanbod. Burgers zullen dan, dankzij expliciete informatie over het aanbod van en vraag naar zorg, gefundeerd druk op de overheid uitoefenen om meer financiële middelen voor de gezondheidszorg ter beschikking te stellen. Op mesoniveau kunnen de kosten van expliciete regulering de besparingen overstijgen als artsen ten aanzien van meer controle door derden een grote mate van 'hindermacht' kunnen aanwenden.⁶⁶ Alleen wanneer een *substantieel* deel van het medisch handelen niet in regels te vatten valt, kunnen artsen het expliciteren van de medische beroepsuitoefening door niet-medische partijen aanzienlijk frustreren. De werkzaamheid van de aan artsen opgelegde reguleringinstrumenten hangt samen met de beschikbare informatie over de te reguleren dienstverlening, de medische beroepsuitoefening. Wanneer niet-

medische partijen daarop door de complexiteit van deze activiteit geen zicht hebben, dient deze informatie door artsen zelf te worden aangeleverd, hetgeen hen de mogelijkheid biedt de werkzaamheid van de instrumenten ten eigen bate te manipuleren. Hiermee lokken de beroepsbeoefenaren meer controle uit van ambtenaren en/of zorgmanagers. Een te ver doorgevoerde explicitering van het medisch handelen en controle van niet-medische partijen op de medische beroepsuitoefening, werkt een bureaucrativering van de gezondheidszorg in de hand. Wanneer de kosten hierdoor de vooraf beoogde besparingen overstijgen, neemt de kans toe dat de overheid en beroepsorganisaties elkaar vanuit wederzijds belang (kostenbesparingen/klinische autonomie) vinden in het meer impliciet reguleren van de zorg, waarbij de zelfregulering van het medisch beroep meer wordt gerespecteerd.

Aanwijzingen voor gestelde grenzen aan de explicitering van de medische beroepsuitoefening zijn te vinden in bijvoorbeeld de contracten tussen aanbieders en vragers van zorg, waarbij zeer gespecificeerde contracten over het volume en de prijs van de te verrichten handelingen plaats maken voor minder gespecificeerde contracten die voor een langere periode worden afgesloten (zie paragraaf 3.3.2).

Aan de juridisering van de gezondheidszorg kan de overheid paal en perk stellen wanneer zij wordt geconfronteerd met ongewenste bijwerkingen van al te specifieke expliciete regelgeving voor het medisch handelen, zoals een stijgend aantal rechtszaken en defensieve geneeskunde, hetgeen een ferme stimulans zal betekenen voor de toch al (ongewenst) stijgende kosten van de gezondheidszorg. Aanwijzingen voor het temperen van een dreigende juridisering van de gezondheidszorg zijn het abstraheren van de oorspronkelijke wetteksten of het intrekken van de wetsvoorstellen. Wel blijft het moeilijk uitspraken te doen over de effecten van nieuwe wetten, aangezien nooit geheel te voorspellen valt hoe daar in de praktijk gebruik van wordt gemaakt en op welke wijze de jurisprudentie zich zal ontwikkelen.

Wanneer door het voorgaande de druk van niet-medische partijen op de zelfregulering van het medisch beroep afneemt, door een verminderde behoefte aan explicitering van het medisch handelen, kunnen de normerende kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep transformeren tot een variant op bestaande kwaliteitsinstrumenten waarbij het educatieve element voorop staat. Hiermee wordt de klinische autonomie van de individuele arts wederom gerespecteerd.

1.5 Slotbeschouwing

In dit hoofdstuk is de zelfregulering van het medisch beroep bestudeerd, welke zich op een schaal bevindt waarvan algehele medische zelfregulering en directe overheidsregulering de uitersten van een continuüm vormen. De harde kern van de zelfregulering bevindt zich in de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts, ofwel zijn klinische autonomie. Deze autonomie is volgens de functionalistische benadering gebaseerd op de niet in regels te vatten onbeпадheid (*geneeskunst*) van veel medisch handelen, terwijl wetenschappers

binnen de machts- en beheersingsbenadering stellen dat het medisch beroep de zelfregulering heeft gecreëerd door goede belangenbehartiging. Zoals eerder is beschreven, kan de *geneeskunst* in het medisch handelen aan belang verliezen ten koste van de *geneeskunde*, terwijl de zelfregulering van het medisch beroep toch stand houdt. Hieruit valt te concluderen dat de belangrijkste elementen van de zelfregulering, klinische autonomie en belangenbehartiging, elkaar complementeren.

De zelfregulering van het medisch beroep staat evenwel sinds het midden van de jaren zeventig onder externe en interne druk. Voor het beheersen van kosten van de gezondheidszorg probeert de overheid (of andere niet-medische partijen waaraan de overheid reguleringsbevoegdheden delegeert) met diverse juridische en financieringsinstrumenten de medische beroepsuitoefening in een door haar gewenste richting te beïnvloeden. Om met deze instrumenten de zorgverlening te kunnen reguleren is het verwerven van kwantificeerbare informatie over het medisch handelen een voorwaarde. Artsen moeten zich hierom meer zicht- en meetbaar verantwoorden voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Door een verschuiving van de *geneeskunst* naar de *geneeskunde*, zou het medisch handelen met behulp van computertechnologie ook daadwerkelijk in kwantificeerbare regels te vatten zijn. Om tegemoet te komen aan de (financiële)druk van de overheid (en andere niet-medische partijen), zijn medische beroepsorganisaties bereid normerende kwaliteitsinstrumenten te introduceren, waarmee het medisch handelen van individuele artsen met vooraf geëxpliciteerde criteria kan worden beoordeeld. Hoewel hiermee mogelijk controle op de beroepsuitoefening door niet-medische partijen kan worden voorkomen, vormen deze instrumenten een potentiële bedreiging voor het hart van de zelfregulering: de onbepaaldheid van veel medisch handelen binnen de unieke arts-patiëntrelatie, waarmee de diagnostische en therapeutische vrijheid van de individuele arts wordt gelegitimeerd. Deze individuele klinische autonomie zou met de normerende kwaliteitsinstrumenten verschuiven naar die van de beroepsorganisatie. Ook is controle op het medisch handelen door niet-medische partijen, door de bewerkstelligde transparantie in het medisch handelen, met de introductie van normerende kwaliteitsinstrumenten niet uitgesloten. Het is dan ook de vraag in hoeverre individuele artsen onbevangen zullen meewerken aan het bewerkstelligen van een zicht- en meetbare kwaliteitszorg, als zij daarmee zowel aan inkomen als medische handelingsvrijheid verliezen.

In dit proefschrift wordt verondersteld dat de expliciete overheidsregulering van de medische beroepsuitoefening door artsen alleen serieus kan worden begrensd, als een *substantieel* deel van het medisch handelen niet in formele regels te vatten valt. Alleen dan kunnen artsen een voldoende mate van hindermacht ontwikkelen om de werking van de door hen ongewenste vormen van normerende kwaliteits-, financierings- en juridische instrumenten te frustreren, en wel op een zodanige wijze dat de invoering van deze instrumenten leidt tot aantoonbare ongewenste effecten op de zorgverlening voor niet-medische partijen. Het eventueel succes van deze hindermacht kan worden bestudeerd in het compromis - over een mate van explicitering van het medisch handelen - dat

de medische beroepsorganisaties (klinische autonomie en daarmee zelfregulering) met de overheid (kostenbeheersing) overeenkomen. Op basis van het voorgaande wordt gesteld dat het gewicht van belangenbehartiging als verklaring voor de zelfregulering van het medisch beroep afneemt naarmate:

- de medische beroepsuitoefening zich niet laat expliciteren in financierings- en juridische instrumenten van niet-medische partijen voor het beïnvloeden van de medische praktijkvoering;
- niet-medische partijen geen controle over het medisch handelen verwerven via normerende kwaliteitsinstrumenten;
- de klinische autonomie van de arts via normerende kwaliteitsinstrumenten niet blijkt te verschuiven naar die van de beroepsorganisaties;
- het medisch handelen zich niet laat vatten in de regels van normerende kwaliteitsinstrumenten.

Naarmate de bevindingen van dit onderzoek deze stellingen sterker ondersteunen, des te meer kan de zelfregulering van het medisch beroep worden toegeschreven aan de complexiteit van het medisch handelen, gekoppeld aan het belang dat mensen hechten aan de gezondheidszorg.

Normerende kwaliteitsinstrumenten zijn in dit hoofdstuk al veel genoemd. De vorm die deze instrumenten kunnen aannemen staan, tezamen met het definiëren van de begrippen die in het kader van kwaliteitszorg worden gebruikt, centraal in het volgende hoofdstuk.

2 Kwaliteit en kwaliteitszorg

De kwaliteitszorg van het medisch beroep richt zich op het hart van de zelfregulering, namelijk de diagnostische en therapeutische vrijheid in het medisch handelen van de individuele arts. Deze klinische autonomie, of beter de medische handelingsvrijheid van de arts, wordt zowel extern als intern bedreigd door het meer expliciet in regels vatten van het medisch handelen, hetgeen mogelijk controle op de beroepsuitoefening door niet-medische partijen dichterbij brengt. Hiertoe worden door niet-medische partijen enerzijds financiële en juridische instrumenten ontworpen, terwijl anderzijds druk op het medisch beroep wordt uitgeoefend zich meer transparant voor het medisch handelen te verantwoorden. Medisch-inhoudelijke ontwikkelingen, zoals het technischer worden van de beroepsuitoefening, zou het expliciteren van het medisch handelen in formele regels ook meer mogelijk maken. Binnen het medisch beroep wordt het expliciteren van het medisch handelen in regels gestimuleerd door twee bewegingen, te weten: het streven naar 'evidence based medicine' dat zich richt op het proces van zorg¹, en het streven naar 'outcome assessment' dat gericht is op de uitkomst van zorg.² Het door artsen ontwikkelen van een transparant kwaliteitsbeleid bevindt zich daarmee op het snijvlak tussen verantwoording afleggen aan derden en het behoud van de zelfregulering.

Het verschijnsel kwaliteitsmanagement ('All activities of the overall management function that determine the quality policy, objectives and responsibilities and implementation by means such as quality planning, quality control, quality assurance and quality improvement, within the quality system' (ISO-norm 8402))³, zoals het in de jaren tachtig en negentig opgeld deed, is in dit onderzoek alleen bestudeerd voor zover het direct was gelieerd aan de kwaliteitszorg van het medisch handelen. Initiatieven in het kader van 'Total Quality Management' op instellingsniveau blijven bijvoorbeeld buiten beschouwing. De bespreking van kwaliteitszorg beperkt zich tot: het definiëren van de kernbegrippen (kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrument) en het aangeven van de aspecten van kwaliteit van zorg die de verschillende actoren (artsen, patiënten, verzekeraars, politici) benadrukken. Aangezien de kwaliteitsinstrumenten qua inhoud en vorm per land verschillen, vinden een meer nauwgezette definiëring en bespreking van de te onderscheiden instrumenten plaats in de hoofdstukken 3, 4 en 5. Voorts wordt in dit hoofdstuk een onderscheid gemaakt tussen educatieve en normerende kwaliteitsinstrumenten, die in twee aparte paragrafen worden besproken. Afsluitend worden de kwaliteitsinstrumenten voor beoordeling van het medisch handelen, zoals ontwikkeld door de overheid en derde partijen behandeld. Bij het bespreken van deze instrumenten is het de vraag in hoeverre hiermee wordt beoogt het medisch handelen in formele regels te expliciteren, wie deze regels mag opstellen en hoe artsen eventueel op het navolgen van deze regels worden gecontroleerd.

2.1 Kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteitsinstrumenten

Het begrip 'kwaliteit' wint in de gezondheidszorg vanaf begin jaren tachtig aan populariteit. Niets nieuws onder de zon, stellen artsen die benadrukken dat de kwaliteit van zorg al jaren wordt gewaarborgd met de opleiding, het tuchtrecht en de activiteiten van de wetenschappelijke verenigingen. Discussies over de kwaliteit van zorg houden gelijke tred met kritiek uit de wetenschap, samenleving en politiek op de zelfregulering van het medisch beroep. In de jaren zeventig lag de nadruk van kritiek op de verdeling van de zorg en de eenzijdige aandacht van het medisch beroep voor technologie. In de jaren tachtig en negentig stond de intensieve aandacht voor het fenomeen kwaliteit overwegend in het teken van kostenbeheersing. Dit diende onder meer te worden bereikt door het introduceren van marktwerking in een meer bedrijfskundig georiënteerd gezondheidszorgsysteem. Hierbij was het de vraag of de beperking van de middelen niet ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

Wat wordt verstaan onder kwaliteit in de gezondheidszorg? Donabedian benadrukt dat het bij kwaliteit gaat om een vergelijking tussen de gestelde doelen in de gezondheidszorg en de werkelijk verleende gezondheidszorg, ofwel doeltreffendheid.⁴ Daar kan doelmatigheid, de afweging hoeveel middelen het behaalde doel heeft gekost, aan worden toegevoegd.⁵ De kwaliteit van gezondheidszorg laat zich evenwel niet louter meten in financiële en materiële doelen en middelen. Afhankelijk van de standplaats van de beoordelaar worden verschillende accenten benadrukt. Kwaliteit als eenduidig begrip bestaat niet. Harteloh en Casparie omschrijven het begrip als volgt: kwaliteit is een primair⁽¹⁾, subjectgebonden en abstract begrip dat slechts bestaat in het hoofd van de beschouwer. Daarbij is het begrip contextafhankelijk, relatief, komt het oordeel over kwaliteit tot stand door vergelijking en is het begrip gericht op bepaalde aspecten in de gezondheidszorg.⁶ Deze karakteristieken van het begrip kwaliteit geven ons enkele essentiële aangrijpingspunten. Allereerst bestaat kwaliteit, zoals de zorgverlening, uit een aantal aspecten die tijd en subjectgebonden zijn. Daarnaast kunnen de verschillende aspecten aan elkaar tegenstrijdig zijn zodat prioritering noodzakelijk is, waarbij de verschillende actoren tot een werkbare overeenstemming moeten komen. Kwaliteit is daarmee ook een onderhandelbaar begrip.⁷

Met kwaliteitszorg worden alle activiteiten bedoeld die ten doel hebben de kwaliteit van zorg te behouden en te verbeteren.⁽²⁾ Kwaliteitszorg heeft volgens

⁽¹⁾ Termen die we begrijpen zonder exacte definitie worden door taalkundigen veelal primaire of primitieve begrippen genoemd.

⁽²⁾ Kwaliteitszorg dekt de zelfde lading als het Engelse begrip 'quality assurance'. De Amerikaan T.S. Jost definieert kwaliteitszorg als: "Quality assurance' here refers to programs that set standards, assess the performance of professionals or institutions with respect to those standards, encourage improvement where performance of professionals or institutions with respect to these standards, encourage improvement where improvement performance can be improved, and attempt corrective action where the non-

de NEN-ISO norm 9004 voor dienstverlening betrekking op 'Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of een dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Binnen kwaliteitszorg kan kwaliteitsbewaking (het beoordelen en door gerichte maatregelen handhaven en verbeteren van kwaliteit) van kwaliteitsbevordering (al die activiteiten die verantwoordelijk zijn of als stimulans dienen voor het leveren van goede kwaliteit) worden onderscheiden.⁸ Kwaliteitszorg wordt vaak voorgesteld als een kringloop, waarin door vergelijking met impliciete of expliciete criteria, wordt geprobeerd tot een verbetering van het product te komen.⁹ Hierbij kan een diagnostisch deel, de meting, en een therapeutisch deel, de verbetering, worden onderscheiden. Tenslotte wordt geëvalueerd (ofwel wederom gemeten) of de ondernomen acties ter verbetering van de kwaliteit effect hebben gesorteerd, waarmee de eerste stap is herhaald.

Na de constatering dat er wordt gemeten is het de vraag wat wordt gemeten. Donabedian onderkent drie elementen van zorg, namelijk: structuur, proces en uitkomst. De structuur betreft voorwaardenscheppende factoren voor het primair proces, bijvoorbeeld de organisatiestructuur van een ziekenhuis. Het proces verwijst naar iets dynamisch, een reeks van activiteiten. Bij een zorgproces kan worden gedacht aan het traject dat een patiënt tussen ziekte en genezing binnen een ziekenhuis aflegt. De uiteindelijke verandering in de toestand van de patiënt, als gevolg van de medische interventie, wordt gezien als de uitkomst van gezondheidszorg.

Tenslotte dient het begrip kwaliteitsinstrument te worden gedefinieerd. Het begrip instrument is eerder in paragraaf 1.1.2 omschreven als: 'Een verzameling van beleidsactiviteiten die overeenkomstige kenmerken vertonen en die gericht zijn op de beïnvloeding van bestuurlijke en maatschappelijke processen.' Naast invloed verwerven impliceert een instrument ook enige vorm van sturing. Kwaliteitsinstrumenten kunnen dan worden omschreven als: een verzameling activiteiten die overeenkomstige kenmerken vertonen en zich richten op de beïnvloeding van processen, teneinde een bepaalde kwaliteit van gezondheidszorg te handhaven en te verbeteren. Casparie maakt een onderscheid in de verschillende functies van kwaliteitsinstrumenten van artsen, te weten: instrumenten die een voorwaarde zijn voor het waarborgen van kwaliteit, instrumenten waarmee de kwaliteit van het medisch handelen wordt gewaarborgd en instrumenten waarmee artsen verantwoording aan derden afleggen voor de kwaliteit van hun handelen.¹⁰ Klazinga en Casparie noemen als kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep onder meer: opleiding, nascholing, tuchtrecht, (her)registratie, informatiesystemen, gedragsregels, beroepsprofiel, richtlijnen, intercollegiale toetsing, enzovoort.¹¹ In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt naar overwegend educatieve en overwegend normerende kwaliteitsinstrumenten. De

compliance is unacceptable. Standards may be explicit or implicit, corrective actions may be informal, educational or punitive.' T.S. Jost, Recent developments in medical quality assurance and audit, an international comparative study. In: R. Dingwall, P. Fenn (eds), *Quality and regulation in health care, international experiences*, London, 1992, 70.

aandacht richt zich met name op de normerende instrumenten, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten en richtlijnontwikkeling, waarmee artsen zich ten doel stellen het medisch handelen in regels te vatten, om vervolgens zelf de beroepsuitoefening te kunnen beoordelen met door artsen geëxpliciteerde normen.

2.2 Actoren en kwaliteitsaspecten

Afhankelijk van de plaats en belangen van actoren in de gezondheidszorg worden in de tijd deels overlappende, deels verschillende, aspecten van kwaliteit benadrukt. Voorts kan een verbetering op een kwaliteitsaspect van zorg ten koste gaan van een ander kwaliteitsaspect. Gegeven de definitie van kwaliteit wordt zowel een opsomming van aspecten als het toewijzen daarvan aan actoren gekenmerkt door onvolledigheid. In het hiernavolgende zijn, in de lijn van een door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1986 gedefinieerd begrippenkader, de diverse aspecten in categorieën ondergebracht, te weten: klinische en technische; organisationele; relationele; en economische aspecten van kwaliteit.¹² Deze categorieën worden door actoren verschillend gewaardeerd.¹³

Het medisch beroep benadrukt van oudsher de categorie klinische en technische kwaliteitsaspecten van het medisch handelen, waaronder de aspecten *deskundigheid* en *geschiktheid* vallen. De geschiktheid van de medische beroepsbeoefenaar heeft betrekking op de geestelijke en lichamelijke conditie van de behandelend arts. Terechtwijzingen vinden plaats via het tuchtrecht, dat de arts zijn of haar registratie kan ontnemen. Deskundigheid, een onderdeel van geschiktheid, is gericht op de opleiding, nascholing en bijscholing. Van latere datum, als gevolg van toenemend gebruik van technisch ondersteunende middelen, is het technische aspect *veiligheid*. Hieronder worden niet alleen de risico's verstaan die een patiënt/consument loopt bij het ondergaan van een behandeling, maar ook de veiligheid van apparatuur, medische hulpmiddelen en medische zorg. Voorts kan *doeltreffendheid* als klinisch aspect worden onderscheiden, ofwel de mate waarin medische handelingen resulteren in de genezing van de patiënt. Binnen doeltreffendheid wordt *werkzaamheid* (efficacy), de mate van doeltreffendheid onder ideale omstandigheden, onderscheiden van de doeltreffendheid onder normale alledaagse omstandigheden. Het tweede aspect *doelmatigheid*, betreft de afweging van de hoeveelheid financiële middelen die het behalen van het doel heeft gekost.

Met de gestegen welvaart werd door toenemende overheidsbemoedening de toegang tot de gezondheidszorg na de Tweede Wereldoorlog een sociaal grondrecht. Door de toenemende zorgvraag en door de complexer wordende zorgverlening nam de categorie organisationele aspecten aan belang toe. Het belang van deze categorie hield gelijke tred met toenemende overheidsbemoedening, de emancipatie van de administrateur tot manager en de mondiger wordende patiënten. Het organisatorisch aspect, *toegankelijkheid*, kan worden

opgedeeld in een materiële en een financiële dimensie. Onder materiële toegankelijkheid wordt de mate verstaan waarmee de patiënt/consument contact krijgt met de hulpverlener. Dit kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van wachttijden, wachttijden ter plaatse of reistijd naar de betrokken hulpverlener of instelling. Financiële toegankelijkheid betreft de mate waarmee, via een ziektekostenverzekering, toegang tot de gezondheidszorg wordt verkregen. *Continuïteit* refereert aan de mate waarin de patiënt/consument tijdens zijn ziekte gecoördineerde en ononderbroken zorg in tijd, persoon en plaats ontvangt in overeenstemming met zijn behoeften.

Door het in de tijd deskundiger, kritischer en mondiger worden van het publiek neemt ook de categorie *relationele aspecten* aan belang toe. Zo ontwikkelden bijvoorbeeld Parasuraman e.a. een model dat een reflectie is van het moderne kwaliteitsdenken. Hierin staan de door de consument zelf gedefinieerde - in plaats van voor hem gedefinieerde - behoeften centraal.¹⁴ Een gevolg daarvan is de verminderde aandacht voor de structuur en uitkomst en het benadrukken van proceselementen in de kwaliteit van zorg. Hierbij kan worden gedacht aan *privacy*, *bejegening* en de *persoonlijke autonomie* van patiënten/consumenten. Bejegening verwijst naar de relatie tussen arts en patiënt, waarbij de erkenning van de menselijke waardigheid van de patiënt centraal staat. In het verlengde daarvan ligt de privacy van de patiënt. De persoonlijke autonomie van de patiënt verwijst zowel naar de keuzemogelijkheid van de patiënt in hulpverleners, als naar een keuze in therapeutische alternatieven. In het laatste geval moet inhoud worden gegeven aan het door een werkgroep van de Wereldgezondheidsorganisatie geformuleerde recht op informatie.

Voor de overheid (als patiëntenbelangenbehartiger, financier of aanbieder van zorg) zijn alle aspecten van de kwaliteit van zorgverlening van belang, maar als verdeler van schaarste neemt de categorie *economische aspecten* vanaf het begin van de jaren zeventig een steeds belangrijker plaats in. Wanneer een overheid, zoals in Nederland en België, de uitvoering van de ziektekostenverzekering ten dele delegeert aan derde partijen, zullen ook deze de economische aspecten van de kwaliteit van zorgverlening hoog in het vaandel houden. Hieronder wordt verstaan: de mate waarin vooropgestelde (economische) doelen in de gezondheidszorg zijn verwezenlijkt. Als economisch aspect van kwaliteitszorg kan onder *doeltreffendheid* worden verstaan: de mate waarin het vooropgestelde financiële doel is gerealiseerd. Het tweede aspect *doelmatigheid*, betreft de afweging van de hoeveelheid financiële middelen die het behalen van het doel heeft gekost. Kwaliteit is in deze zin het maximaal rendement bij zo min mogelijk aangesproken (financiële) middelen.

Resumerend: alle aspecten van de kwaliteit van de zorgverlening zijn nauw met elkaar verweven. Voorts zullen de verschillende partijen in de gezondheidszorg in het kader van kwaliteitszorg bepaalde, soms verschillende en aan elkaar tegenstrijdige, aspecten van kwaliteit benadrukken. Bij de analyse van het kwaliteitsbeleid van actoren in de gezondheidszorg dienen daarom de door de verschillende actoren benadrukte aspecten van kwaliteit te worden benoemd, om zo gelijke of aan elkaar tegenstrijdige doelen en belangen in de kwaliteitszorg van deze actoren in kaart te kunnen brengen. Artsen en hun beroepsorganisaties

zullen inzake de kwaliteitszorg de nadruk leggen op de klinische en technische aspecten van kwaliteit. Hetzelfde geldt voor wetenschappers binnen de functionalistische benadering, terwijl door de machts- en beheersingsbenadering geïnspireerde wetenschappers meer interesse zullen tonen voor de economische aspecten van kwaliteit.

2.3 Instrumenten voor kwaliteitszorg

Eerder is in paragraaf 1.1.1 gesteld dat de mate waarin een overheid diensten in de samenleving reguleert kan variëren tussen algehele zelfregulering en directe overheidsregulering, die samen de uitersten van het continuüm vormen. Zowel de overheid als de medische beroepsorganisaties reguleren de aangeboden diensten in de gezondheidszorg met instrumenten, waaronder kwaliteitsinstrumenten. De mate van zelfregulering van het medisch beroep hangt in deze zin samen met de mate van controle over de instrumenten waarmee de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening wordt gewaarborgd. Ook is eerder gesteld dat de grenzen tussen de verschillende vormen van regulering niet absoluut zijn maar gradueel, terwijl de verschillende vormen van regulering elkaar ook niet uitvlakken. Dit kan eveneens voor de controle over de inhoud, vorm en toepassing van kwaliteitsinstrumenten worden gesteld. Deze controle kan variëren van algehele beroepscontrole, naar een door de overheid gelegitimeerde beroepscontrole tot directe overheidscontrole (of een door de overheid gedelegeerde controle van een ziekenfonds of een particuliere verzekeraar). Het medisch handelen kan worden beoordeeld met impliciete criteria, aansluitend bij de *geneeskunst*, of met expliciete criteria, die meer van toepassing zijn op *geneeskunde*. Het is ook de uitkomstmeting die in bijvoorbeeld de Verenigde Staten de meeste belangstelling geniet van niet-medische partijen (verzekeraars en werkgevers), zodat zij voorzien van expliciete criteria (prijs/kwaliteit) kunnen beslissen welke aanbieders van zorg zij wel of niet een contract zullen aanbieden.¹⁵ Voor het behandelen van instrumenten voor kwaliteitszorg van de medische beroepsgroep, als versterking of als bedreiging voor de zelfregulering, is een onderscheid gemaakt naar overwegend educatieve en normerende instrumenten. De aandacht is in dit onderzoek met name gericht op de normerende instrumenten, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten en richtlijnontwikkeling, waarmee artsen pogen het medisch handelen in regels te vatten, om vervolgens zelf de beroepsuitoefening te kunnen beoordelen met door artsen geëxpliciteerde normen.

Een strikt onderscheid valt er tussen educatieve en normerende instrumenten niet maken.¹⁶ In 'educatieve' instrumenten zoals bijvoorbeeld de medische opleiding, wordt gebruik gemaakt van vooraf geëxpliciteerde criteria voor het artsexamen. Voor het ontwikkelen van expliciet normerende instrumenten zoals medische richtlijnen (vooraf uitgeschreven stellingen die aan de beoordeling van de kwaliteit van zorg ten grondslag liggen), wordt ook naar het nut voor het onderwijs verwezen. Wel kan een onderscheid worden gemaakt tussen '*medische kennis*' en '*medisch handelen*'. De medische kennis van studenten laat zich

redelijk meten met vooraf geëxpliciteerde criteria. Het waarderen van de vertaling van deze kennis in handelingen van artsen is echter een ander verhaal door de unieke persoonlijke arts-patiëntrelatie (zie paragraaf 1.3.1). Voor zover een arts in opleiding voor een specialisme nog wordt geëxamineerd (zoals in Groot Brittannië), staat hierin overwegend de reproductie van medische kennis centraal. Opleiders in West-Europese landen beoordelen het medisch handelen van de kandidaat-specialist meestal aan de hand van impliciete niet uitgesproken criteria. Het beoordelen van het medisch handelen van artsen met normerende kwaliteitsinstrumenten betekent een breuk met het verleden. Verder kan de ontwikkeling van normerende instrumenten niet louter worden beleefd als een reactie op de vraag van derden om een meer zichtbare kwaliteitszorg. Individuele artsen verliezen hun houvast op een voortdurend veranderende en omvangrijkere geneeskunst. De ontwikkeling hiervan heeft, mede dankzij een bloeiende informatietechnologie, geleid tot een groeiende informatiestroom die voor een individuele arts moeilijk bij te houden is. Dit kan onder artsen leiden tot informatiemoeheid, ontkenning of simplificatie, waardoor waarschijnlijkheden worden getransformeerd in causale verbanden. De met normerende instrumenten geformuleerde richtlijnen voor het medisch handelen geven artsen meer houvast en dragen bij aan het voorkomen van tegenstrijdige adviezen, hetgeen het vertrouwen van de patiënt in zelfregulering van het medisch beroep versterkt. Hoewel er tussen educatieve en normerende instrumenten geen scherp onderscheid kan worden gemaakt, moet ergens de streep in het zand worden getrokken. Als criterium geldt de mate waarin medische beroepsorganisaties met kwaliteitsinstrumenten beogen het *medisch handelen* in regels te vatten, om vervolgens zelf de beroepsuitoefening te kunnen beoordelen met vooraf door artsen geëxpliciteerde normen. Hiermee komt het medisch beroep enerzijds tegemoet aan een door derden gewenste transparante kwaliteitszorg, hetgeen anderzijds controle op het handelen door diezelfde derden dichterbij brengt. Bij educatieve instrumenten wordt overwegend gebruik gemaakt van impliciete criteria, waarmee enerzijds recht wordt gedaan aan de onbepaaldheid van het medisch handelen (*geneeskunst*) en anderzijds een kwaliteitsverbetering kan worden bewerkstelligd door artsen in een onbedreigde sfeer te laten leren van de door hen gemaakte fouten. Voor zover er met deze instrumenten met behulp van vooraf geëxpliciteerde criteria wordt getoetst, betreft hier de *medische kennis* en niet het *medisch handelen* van artsen. Deze educatieve instrumenten zijn het onderwerp van de volgende paragraaf.

2.3.1 Educatieve kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep

Als eerste overwegend educatief instrument kan de *opleiding* worden genoemd. Geneeskundige beroepsuitoefening wordt mogelijk gemaakt door de basis- en vervolgopleiding, terwijl bij- en nascholing de kennis over beroepsuitoefening op een zo hoog mogelijk peil houden. Het medisch beroep heeft veelal grote invloed op de vorm en de inhoud van de opleiding. Ook wenst het medisch beroep zeggenschap over de eisen waaraan de opleiding moet voldoen, wie de opleiding mag verzorgen, wie tot de opleiding wordt toegelaten en wie deze vervolgens op een bevredigende wijze heeft gevolgd. De opleiding verschaft beroepsbeoefe-

naren een minimum aan homogeniteit op wetenschappelijk-technisch vlak, gedeelde normen en waarden en een beroepsbeeld. Nieuwe leden vernemen de heersende beroepsopvatting van het dominante segment van de beroepsgroep, waarmee de continuïteit van visie, en daarmee de macht van de beroepsgroep, wordt verzekerd. Schepers nuanceert de macht van het medisch beroep door controle over de opleiding. Diverse instellingen binnen het medisch beroep, belast met de opleiding, controle, het wetenschappelijk onderzoek, enzovoort, zullen afhankelijk van hun positie en belangen binnen het beroep eigen doelen nastreven.¹⁷ De overheid heeft als financier van de opleiding in Groot-Brittannië, Nederland, België voornamelijk een adviserende rol.

Na afronding van de beroepsopleiding vindt de *registratie* van de beroepsbeoefenaar plaats in een (zo mogelijk) door de beroepsgroep bijgehouden register. Instellingen en verzekeraars mogen idealiter alleen geregistreerde artsen contracteren. Een verbetering van de controle op de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt bewerkstelligd met het invoeren van verplichte periodieke *herregistratie*. Dit instrument kan normerende elementen bevatten, als bijvoorbeeld deelname aan nascholing en/of intercollegiale toetsing als voorwaarde voor herregistratie wordt opgenomen. Nederlandse huisartsen zijn hier bijvoorbeeld per 1 januari 1996 toe overgegaan.¹⁸ In Groot-Brittannië zijn plannen voor zowel specialisten als huisartsen in de maak.¹⁹ De kwaliteit van de specialistische vervolgopleiding wordt in Nederland door *visitatie* bewaakt. Opleidingsartsen en hun afdelingen worden, door vertegenwoordigers van hun wetenschappelijke vereniging, periodiek bezocht. De visitatiecommissie beoordeelt de geschiktheid van een kliniek voor de opleiding van artsen, waarbij de commissie ook de kwaliteit van zorg in ogenschouw neemt. Bij een positieve evaluatie wordt de opleidingsbevoegdheid verlengd. Ook dit instrument kan worden uitgebreid door niet-opleidingsinstellingen en -artsen aan *visitatie* te onderwerpen. Hier staat louter een beoordeling van de kwaliteit van zorg centraal en niet de geschiktheid van de kliniek als opleidingswerkplaats.

Het *tuchtrecht* kan worden getypeerd als een indirect normerend kwaliteitsinstrument, waarmee de medisch-ethische aspecten (ontleend aan een *ethische code*) van het beroepsuitoefening worden gecontroleerd. Tuchtcolleges kunnen slecht functionerende collega's sanctioneren door hen bijvoorbeeld registratie te ontnemen. Het tuchtrecht ligt zowel in Groot-Brittannië, Nederland en België regelmatig onder vuur. Critici beweren dat het instrument meer dient om de beroepsbeoefenaren in het gareel te houden dan om de kwaliteit van zorg te verbeteren.²⁰ Aanpassingen in het tuchtrecht ontwikkelen zich in de richting van: het opnemen van kwaliteitsaspecten van derden; het scheiden van fysiek en professioneel falen; professionalisering van tuchtrechters; het opnemen van lekenleden; openbaarheid van zittingen; en een uitbreiding in de sanctiemogelijkheden. Hoewel meer normerende elementen aan de traditionele instrumenten kunnen worden toegevoegd, wordt dit door niet-medische actoren veelal onvoldoende geacht voor een transparante kwaliteitszorg. Hiervoor dienen artsen normerende instrumenten te ontwikkelen.

2.3.2 Normerende kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep

Zoals in paragraaf 1.3.2 is gesteld kent zowel het 'bottom-up' (uit de dagelijkse praktijk en aansluitend bij de onbepaalde *geneeskunst*), als het 'top-down' (uit de medisch wetenschappelijke literatuur en aansluitend bij de technische *geneeskunde*), formuleren van richtlijnen beperkingen. De meest logische oplossing voor dit probleem is het, in een bepaalde verhouding, integreren van beide benaderingen.²¹ Dit is dan ook de dagelijkse praktijk. In het hiernavolgende zijn de verschillende normerende kwaliteitsinstrumenten geclusterd rond het overwegend 'top-down' ontlelen van richtlijnen uit de medische literatuur, het opstellen van richtlijnen via consensusbijeenkomsten en het 'bottom-up' formuleren van richtlijnen via 'medical audit'. Het opstellen van deze richtlijnen kan vervolgens resulteren in het formuleren van expliciete criteria voor beoordeling van de kwaliteit van zorg.

Een meer 'top-down' methode is het ontlelen van medische richtlijnen aan de medische literatuur, zo mogelijk gekoppeld aan de ervaringsdeskundigheid van de artsen die deze richtlijnen gaan toepassen. Deze richtlijnen kunnen worden ontwikkeld en toegepast op het niveau van een afdelingskliniek binnen het ziekenhuis of een landelijke wetenschappelijke vereniging. Een methode met 'top-down' elementen voor het creëren van *richtlijnen* is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Onderwerpen voor een richtlijn (NHG-Standaard) worden geselecteerd door een onafhankelijke adviesraad.²² Een werkgroep van huisartsen stelt vervolgens na raadpleging van relevante wetenschappelijke literatuur een ontwerp-standaard vast, die vervolgens door aselect geselecteerde huisartsen en specialisten op uitvoerbaarheid wordt beoordeeld.²³ Huisartsen mogen te allen tijde beargumenteerd van de NHG-richtlijnen afwijken. Deze vorm van richtlijnontwikkeling kent vele variaties. In Groot-Brittannië heeft het 'Joint Consultants Committee' een 'Clinical Guidelines Group' opgericht voor het ontwikkelen van medische richtlijnen op nationale schaal, om vervolgens te worden beoordeeld door de 'Clinical Outcomes Group' van het ministerie van Volksgezondheid. In de toekomst wil het ministerie deze richtlijnen gaan gebruiken als criteria voor het niet meer vergoeden van ineffecatieve behandelingen (zie paragraaf 3.5.3).

Een andere methode voor het 'top-down' ontwikkelen van richtlijnen betreft de uit Noord-Amerika overgewaarde *consensusbijeenkomsten*, die aldaar vanaf 1977 worden georganiseerd.²⁴ Deze methode is in de Verenigde Staten nauw verbonden met 'medical technology assessment'. Consensus over nieuwe medische technologieën zou besluitvorming over de toepassing ervan mogelijk moeten maken.

Maar het instrument kan ook via een meer 'bottom-up' benadering worden toegepast, bijvoorbeeld voor het bereiken van consensus over diagnostieken en therapieën uit de alledaagse praktijk. De op deze veronderstelling gebaseerde consensusbijeenkomst wordt door Donabedian gedefinieerd als: een bijeenkomst waarop experts en gewone beroepsbeoefenaren uit het veld elkander ontmoeten en door middel van een discussie proberen te geraken tot overeenkomst van opinie.²⁵ Er bestaat een belangrijk verschil tussen wetenschappelijke congres-

sen en consensusbijeenkomsten. Bij congressen staat de overdracht van nieuwe medische kennis centraal, terwijl bij consensusbijeenkomsten de reeds aanwezige kennis het uitgangspunt vormt. Met de consensusbijeenkomst komen specialisten van verschillende disciplines over afgebakende onderwerpen met elkaar in gesprek en kunnen mogelijk afspraken worden gemaakt.²⁶ Inhoudelijk is het de vraag wie aan de bijeenkomsten deelneemt, of deelnemers aan de bijeenkomsten de geformuleerde consensus beïnvloeden en in hoeverre de consensusrichtlijnen bindend zijn voor niet-geconsulteerden.

In 1982 startten Nederlandse specialisten met het organiseren van consensusbijeenkomsten.²⁷ Groot-Brittannië begon twee jaar later, met 'corony artery bypass grafting' als onderwerp.²⁸ De kritiek op de consensusbijeenkomst hangt samen met het gebrek aan 'hard' wetenschappelijk bewijs voor veel medische handelingen.²⁹ Juist omdat veel medisch handelen slechts berust op (zogenaamde) consensus, wordt de inhoud van het laatste begrip met name in Groot-Brittannië steeds meer omstreden.³⁰

Richtlijnen voor de medische beroepsuitoefening kunnen ook worden ontwikkeld met het 'bottom-up' instrument '*medical audit*', dat aan de (financiële) accountability is ontleend. Dit instrument kwam rond 1910 in de Verenigde Staten tot ontwikkeling.³¹ De permanente 'Medical Audit Committee' aldaar vergaarde informatie over ziektegeschiedenissen uit medische dossiers en beoordeelde met impliciete normen het verschil tussen gestelde diagnose en gekozen therapie. De definitie en de inhoud van het instrument is tijd- en plaatsgebonden. In Groot-Brittannië onderscheidt Shaw 'peer review' (interne audit) en 'medical audit' (externe audit).⁵ In de jaren negentig vond ook het begrip 'clinical audit' ingang. Deze vorm van toetsing richt zich naast artsen ook op andere beroepen in de gezondheidszorg en het instellingsmanagement. Nederlanders gebruiken in 1976 de term 'intercollegiale toetsing'³², terwijl Belgen in 1994 vasthouden aan de term 'peer review'.³³ De praktijk wijst uit dat de termen veelal door elkaar worden gebruikt. In dit onderzoek wordt met 'medical audit' het 'zelf' systematisch beoordelen van het medisch handelen aan de hand van een norm bedoeld, tenzij anders wordt aangegeven. Het is een onderdeel van een kwaliteitscirkel met de fasen probleemopsporing, normstelling, gegevensverzameling, evaluatie en bijstelling. De meest bedreigende vorm van audit voor de zelfregulering is een voor beroepsbeoefenaren verplichte audit, waarbij gebruik wordt gemaakt van vooraf door niet-medische partijen geëxpliciteerde criteria. Deze voor artsen bedreigende vorm van audit wordt besproken in de volgende paragraaf.

2.3.3 Instrumenten van de overheid en derde partijen

De overheid heeft als verdeler van schaarste een aantal instrumenten ten dienste staan om inhoud te geven aan haar kwaliteitsdoelstellingen. Niet naar volledigheid strevend worden een aantal instrumenten besproken die illustrerend zijn voor het reguleren van het medisch beroep en de beroepsuitoefening. In het hiernavolgende komen naast de overheidsinstrumenten, ook die van de verzekeraars en patiënten aan bod.

De instrumenten van de overheid zijn vrijwel allemaal terug te vinden op het terrein van planning, financiering en de wet- en regelgeving, waarmee het principe van de wortel of de zweep kan worden gehanteerd. Overheidsbemeoening vindt veelal plaats op het terrein van de structuur, en in mindere mate van het proces en de uitkomst van de zorgverlening. (Zie voor een bespreking van juridische en financieringsinstrumenten van de overheid paragraaf 1.2.2.)

Klinische aspecten van kwaliteit als deskundigheid kunnen worden bevorderd door meer financiële middelen ter beschikking te stellen voor bijvoorbeeld uitbreiding van de medische opleidingen. Daarnaast kunnen bevoegdheden worden gereguleerd, zoals in Nederland bijvoorbeeld met de wet BIG. De economische aspecten van kwaliteit kunnen kracht worden bijgezet door financieringswetgeving, door de invoering van planning of van marktwerking. Relatieve aspecten van kwaliteit als privacy en persoonlijke autonomie van de patiënt kunnen eveneens via de wetgeving worden geregeld, om vervolgens te dienen als instrument voor patiënten en hun belangenverenigingen.

Een traditioneel instrument van nationale overheden betreft de *medische inspectie*, een onafhankelijke door de overheid gefinancierde dienst, die naar aanleiding van klachten of op eigen initiatief controleert of zorginstellingen wel aan in de wet gestelde eisen voldoen. Het zijn overwegend artsen die deze inspecties uitvoeren, al is de inspectie per land verschillend georganiseerd. Waar de Britten hun inspectie tot voor kort op districtsniveau organiseerden³⁴, functioneert de Nederlandse inspectie op nationaal niveau (met regionale inspecteurs)³⁵, terwijl de verantwoordelijkheid voor de inspectie in België in handen is gelegd van de Vlaamse en Waalse Gemeenschapsregeringen (zie paragraaf 5.1).³⁶ Ook de aan de inspectie toegekende taken verschillen per land. Zo heeft de Nederlandse inspectie het recht de minister van Volksgezondheid gevraagd en ongevraagd te adviseren en te informeren over vraagstukken aangaande het gebied van de volksgezondheid, terwijl de Britse inspecties zich overwegend bezig houden met het beoordelen van verpleeghuizen. In het kader van het 'dereguleringsdenken' kreeg de inspectie in de jaren tachtig concurrentie van een nieuwe methode, 'certificatie'. Bij het certificeren kan worden vastgesteld of bijvoorbeeld een ziekenhuis aan vooraf expliciet gestelde eisen voldoet. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt voor het certificeren van bijvoorbeeld het product (gezondheidszorg), individuele zorgaanbieders, een medische dienst of een kwaliteitssysteem. De beoordeling van instellingen dient te worden verricht door een onafhankelijke erkende instantie, waarvan de waarde wordt bepaald door de erkenning van de afnemer. In Nederland bevindt de erkenning van certificerende instellingen zich in handen van de Raad voor Accreditatie, net als de erkenning van opleidings- en nascholingsactiviteiten door deskundigen. In Noord-Amerika wordt onder 'accreditation' echter de certificatie van instellingen verstaan.³⁷ Aldoende worden aan de begrippen 'certificatie' en 'accreditation' in diverse landen verschillende betekenissen toegekend. In Nederland is begin jaren negentig enthousiast gepoogd normen volgens het ISO-normenstelsel te ontwikkelen, die vervolgens zouden moeten evolueren tot normen voor de certificering van zorginstellingen.³⁸ Anno 1995 zijn de partijen in de gezondheidszorg overeengekomen dat het medisch beroep een belangrijke taak krijgt in het formuleren van de normen voor eventuele certificering.³⁹ Ook in Groot-Brittan-

nië neemt de belangstelling voor certificering toe.⁴⁰ In België probeert men sinds 1993 onder aanvoering van de ziekenfondsen te komen tot de 'accreditering' van zorgverleners.⁴¹

Wanneer de medische beroepsuitoefening met expliciete criteria door artsen van een niet-medische partij, zoals de overheid of een verzekeraar, wordt beoordeeld, kan worden gesproken van externe 'medical audit'. Voorbeelden van externe audit zijn vooral te vinden in de Verenigde Staten, alwaar de zorgverlening meer expliciet wordt gereguleerd. Vanwege de uit de hand gelopen kosten van de Medicare en Medicaid verzekeringen kregen artsen in 1972 door de overheid een externe vorm van audit opgelegd, door middel van de 'Professional Standard Review Organization' (PSRO). Deze organisatie beoordeelde het medisch handelen echter steeds meer op economische doelmatigheid, hanteerde financiële sancties en concentreerde zich op het vinden van onnodige uitgaven ('utilization reviews').⁴² Mede door het gebrek aan medewerking van artsen liepen de kosten van PSRO's hoog op en werden deze organisaties in 1981 vervangen door Peer Review Organisations (PRO's).⁴³ Vanaf 1986 gebruikten de PRO's steeds meer door artsen zelf ontwikkelde klinische criteria voor het beoordelen van het medisch handelen.⁴⁴ Toch beschouwen artsen de PRO's als een bedreigende en straffende organisatie en als een kosten-ondoelmatig instrument voor kwaliteitszorg.⁴⁵

Voor de verzekeraars is kostenbeheersing, en daardoor het kwaliteitsaspect financiële doelmatigheid, altijd van groot belang geweest. Een uitzondering hierbij kan worden gemaakt voor de Nederlandse en Belgische ziekenfondsen, die een meer sociale dan financiële traditie hebben. Tot voor kort deelden de Nederlandse en Belgische ziekenfondsen met artsen een gemeenschappelijk belang, namelijk het vergroten van het zorgaanbod. De invloed van sociale verzekeraars op de kwaliteit van zorg is in beide landen daardoor traditioneel klein. Particuliere verzekeraars worden door het winststreven meer geprikkeld goedkope (en soms goede) zorg te vergoeden. Dankzij de toenemende automatisering, worden zij in staat gesteld - op basis van productiegegevens van zorgverleners en instellingen - de door de diverse aanbieders geleverde zorg te vergelijken. Een nadeel is evenwel dat onvolledig gecorrigeerde cijfers, naar variabelen als leeftijd, geslacht, sociaal-economische omstandigheden, slechts een beperkte geldigheidswaarde hebben.⁴⁶ Maar met het toenemende belang van marktwerking in de gezondheidszorg, zal de vraag van verzekeraars naar expliciet toetsende kwaliteitsinstrumenten toenemen.

Ook verzekeraars kunnen externe-auditorganisaties in het leven roepen, waarin artsen in dienst van de verzekeraar de medische beroepsuitoefening beoordelen met vooraf geëxpliciteerde criteria, waarbij veelal de economische doelmatigheid van het handelen centraal staat. Hiermee wordt bedoeld op de zogenoemde: *toetsing aangewende middelen* ('utilization reviews'). Deze vorm van externe economische toetsing is afkomstig uit de Verenigde Staten en wordt in West-Europa vooralsnog zelden toegepast. Artsen in administratieve dienst van verzekeraars stellen expliciete normen voor het medisch handelen op. Vaak moeten Noord-Amerikaanse behandelend artsen voor het toepassen van ingrijpende (dure) therapieën eerst toestemming vragen aan de verzekeraar.⁴⁷

Vervolgens mogen deze verzekeringsartsen het oordeel van een behandelend arts negeren, door bijvoorbeeld een patiënt eerder uit het ziekenhuis te ontslaan of de patiënt een door de behandelende arts voorgestelde behandeling te onthouden.⁴⁸ Deze 'utilization reviews' worden onder meer door de Noord-Amerikaan Gray zwaar bekritiseerd: 'The standards of care that are built into many utilization management programs - regarding what services a patient with a specific medical problem should receive and the conditions under which certain procedures are appropriate - are general not open to external scrutiny. These standards are applied from a distance, generally over the telephone, with varying degrees of aggressiveness and, presumably, of competence. Furthermore, the interests of the party who is seeking to shape medical decision making (the purchaser) do not necessarily coincide with the needs of the patient.'⁴⁹ Deze Noord-Amerikaanse externe vormen van audit, die hebben geleid tot een verlies aan klinische autonomie van artsen aldaar, hebben vooral op Britse artsen een diepe negatieve indruk gemaakt.

Patiënten benadrukken, doordat zij overwegend geen zicht hebben op de klinische deskundigheid van de arts, vooral organisationele en relationele aspecten van kwaliteit, zoals de toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorgverlening, het recht op privacy, onafhankelijkheid en keuzevrijheid van zorgaanbieder, enzovoort.⁵⁰ De aandacht richt zich vooral op het zorgproces. Landelijke patiëntenbelangenverenigingen hebben tot nu toe, door hun diffuse achterban, weinig invloed gehad.⁵¹ Wel heeft de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), met overheidssubsidie, beoordelingsinstrumenten voor de kwaliteit van zorg ontwikkeld. Soms heeft de overheid de patiënten een instrument in handen gegeven door het instellen van een *ombudsman*, waarbij de kracht van het instrument afhankelijk is van de bevoegdheden waarmee een dergelijke functionaris is bekleed. Anders ligt dat met de mogelijkheden van de individuele patiënt. Die kan klachten indienen bij het geëigende kwaliteitsinstrument van het medisch beroep, het tuchtcollege. Eind jaren tachtig en begin jaren negentig formuleren veel West-Europese overheden nieuwe wetgeving, waardoor patiënten op individueel en collectief niveau meer mogelijkheden krijgen om vermeend door artsen aangedaan onrecht aanhangig te maken bij de burgerrechter, zoals in Nederland met de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) of in Groot-Brittannië via de 'Patients Charter'. Uit angst voor een hiermee gestimuleerde juridisering van de gezondheidszorg, worden door zorgaanbieders weer initiatieven ondernomen om eventuele klachten en schadeclaims van patiënten over de genoten zorgverlening snel te kunnen afhandelen. Om deze reden is in Nederland bijvoorbeeld anno 1996 het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen van start gegaan.⁵²

2.4 Slotbeschouwing

Samenvattend: de kwaliteitszorg van het medisch beroep speelt een cruciale rol in het behouden van de zelfregulering, waarvan de kern zich bevindt in de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts. Kwaliteitszorg wordt vaak

voorgesteld als een kringloop, waarin door vergelijking met impliciete of expliciete criteria, wordt geprobeerd tot een verbetering van het product te komen. Binnen het (tijd- en subjectgebonden) begrip kwaliteit zijn verschillende aspecten te traceren, die door de verschillende actoren in de gezondheidszorg anders worden gewaardeerd. Aspecten van kwaliteit kunnen aan elkaar tegenstrijdig zijn, zodat prioritering noodzakelijk is, hetgeen van kwaliteit een onderhandelbaar begrip maakt.

Sinds de jaren zeventig oefenen kritische burgers en politici druk uit op de medische beroepsorganisaties om een meer transparante kwaliteitszorg te ontwikkelen, die mede door de rationalisering en formalisering van het medisch handelen zou kunnen worden bewerkstelligd. In plaats van met educatieve instrumenten, dient het medisch handelen meer met vooraf expliciet gedefinieerde criteria te worden beoordeeld met normerende instrumenten. Voor het beoordelen van het medisch handelen dienen eerst medische richtlijnen te worden geformuleerd. Deze richtlijnen kunnen grofweg zowel 'bottom-up' aan de dagelijkse medische praktijk worden ontleend, als 'top-down' door de medisch wetenschappelijke elite worden onttrokken aan de wetenschappelijke literatuur. Het medisch handelen kan niet alleen worden beoordeeld met vooraf geëxpliciteerde criteria van normerende kwaliteitsinstrumenten van het medisch beroep zelf, maar ook via juridische en financieringsinstrumenten van de overheid of een verzekeraar. Bij deze laatste categorie instrumenten ligt het accent overwegend op het beoordelen van de economische doelmatigheid van de beroepsuitoefening.

Voor het behoud van de zelfregulering van het medisch beroep via de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten zijn de volgende variabelen van belang: (i) wie stelt de richtlijnen op en mag de beroepsuitoefening ermee beoordelen; (ii) vindt de beoordeling van het medisch handelen plaats op vrijwillige of verplichte basis; (iii) wordt niet-deelname gesanctioneerd; (iv) worden de richtlijnen voor toepassing op lokaal, regionaal of landelijk niveau ontwikkeld; (v) wie krijgt toegang tot de informatie over de beoordelingsresultaten van artsen?

Het is echter de vraag in hoeverre artsen onder druk van niet-medische partijen hun medewerking hebben verleend aan het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg om de zelfregulering te houden, terwijl zij daarmee mogelijk aan medische handelingsvrijheid en inkomen dreigen te verliezen. Het beantwoorden van deze vraag is staat centraal in de drie hiernavolgende hoofdstukken over de regulering van het medisch beroep in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996.

3 De regulering van het medisch beroep in Groot-Brittannië

Vanaf het begin van de jaren zeventig probeerden kleine groepjes vooruitstrevende Britse artsen normerende kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen. De eerste initiatieven richtten zich op het door artsen formuleren van richtlijnen voor bepaalde medische handelingen, die konden leiden tot het regelmatig beoordelen van elkaars handelen. Deze activiteit werd 'medical audit' genoemd, al stond zowel de inhoud als de vorm van dit normerend kwaliteitsinstrument regelmatig ter discussie. Het was uiteindelijk de overheid die in 1989 'medical audit' onder specialisten en huisartsen introduceerde. Sindsdien is 'medical audit' via 'clinical audit' uitgebreid tot de paramedische beroepen en worden er door artsen 'clinical guidelines' geformuleerd.

'Medical audit' werd in 1989 door de overheid ingevoerd ten tijde van een grondige reorganisatie van de 'National Health Service' (NHS). Vanaf het begin van de jaren zeventig bevond de NHS zich overigens in een continu proces van reorganisatie, waarbij kostenbeheersing een alsmaar belangrijker thema werd. Aanvankelijk werd in 1974 een structuurverandering van de NHS voldoende geacht. In 1983 probeerde de overheid het proces van de NHS-zorgverlening te verbeteren met de introductie van 'general-managers'.⁽¹⁾ Aan de meer geleidelijke veranderingen in de NHS komt in 1989 abrupt een einde, als de conservatieve regering van premier Thatcher marktwerking in de gezondheidszorg introduceert en de zelfregulering van het medisch beroep openlijk ter discussie stelt. In dit hoofdstuk wordt de vraag gesteld in welke mate de kern van de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) van de arts door deze veranderingen in de Britse gezondheidszorg wordt aangetast. Een eventuele aantasting van de klinische autonomie kan worden waargenomen door de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten te bestuderen. Drie vragen staan hierbij centraal: in hoeverre laat het medisch handelen zich via normerende kwaliteitsinstrumenten in regels vatten, in welke mate verschuift hierdoor de klinische autonomie van de arts naar zijn beroepsorganisaties en brengen normerende kwaliteitsinstrumenten controle door niet-medische partijen op het medisch handelen dichterbij. Zoals uit het bovenstaande kan worden afgeleid, vindt de ontwikkeling van normerende kwaliteitsinstrumenten plaats binnen een bepaald spanningsveld. Als de overheid steeds fijnmaziger financieringsinstrumenten ontwikkelt om kostenbesparingen in de gezondheidszorg te bewerkstelligen, zet dit niet alleen de economische autonomie (het recht om het eigen inkomen te bepalen) van artsen onder druk, maar worden zij ook beperkt in hun medische handelingsvrijheid. Op het kwaliteitsbeleid van het medisch beroep heeft deze toenemende en specifiekere overheidsregulering een tweeledig effect: grote externe druk op de zelfregulering kan ertoe leiden dat de medische beroepsorganisaties een meer transparant kwaliteitsbeleid zullen accepteren, terwijl vervolgens de vraag wordt gesteld in hoeverre individuele

⁽¹⁾ 'General-managers' worden voortaan als 'managers' vermeld, waarbij zo nodig de instelling (ziekenhuis of Health Authority) wordt vernoemd.

artsen hieraan onbevangen hun medewerking verlenen als daarmee hun inkomen en medische handelingsvrijheid wordt bedreigd. Ofwel, naarmate niet-medische partijen het medisch handelen meer willen beïnvloeden, neemt voor artsen het belang van de onzichtbaarheid van veel medisch handelen toe.

3.1 De Britse gezondheidszorg

In deze paragraaf volgt een korte beschrijving van de politieke besluitvorming in de Britse gezondheidszorg. Daarop aansluitend wordt het Britse gezondheidszorgsysteem beschreven zoals het functioneerde gedurende het grootste deel van de onderzoeksperiode. Voorts komt de positie van artsen in dit gezondheidszorgsysteem aan bod. Hiermee worden de omstandigheden beschreven waarbinnen de overheid en medische beroepsorganisaties de inrichting van de gezondheidszorg naar eigen inzichten proberen te beïnvloeden. Tenslotte dient deze paragraaf de lezer een houvast te bieden bij de nadere beschrijving van veranderingen in de gezondheidszorg tussen 1970 en 1996.

Een krachtige overheid

Groot-Brittannië kan worden onderverdeeld in Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland. Taalverschillen spelen in tegenstelling tot in België (nog) geen dominante rol in de Britse politiek. In het parlement te Londen zetelen volksvertegenwoordigers van geheel Groot-Brittannië. Een Brits kabinet wordt, in tegenstelling tot Nederland en België, meestal samengesteld uit één politieke partij, hetgeen de eenduidigheid van het overheidsbeleid verhoogt. Doordat de 'National Health Service' (NHS) uit algemene middelen wordt betaald, heeft de Britse minister van Volksgezondheid een stevige greep op het macrobudget voor de gezondheidszorg. Over de hoogte van het uit te geven budget moet de minister van Volksgezondheid, tezamen met zijn collega's van andere ministeries, ieder jaar onderhandelen met de minister van Financiën. Deze laatste zal de uitgaven voor de gezondheidszorg zo veel mogelijk willen beperken om belastingverhogingen te vermijden. Een belangrijk kenmerk van het Britse systeem is dat de gezondheidszorg ongeveer 6 procent van het Bruto Nationaal Product consumeert¹ en daarmee aanmerkelijk goedkoper is dan de Nederlandse en Belgische equivalenten. Vanaf de oprichting staat het functioneren van de NHS ter discussie. Vertegenwoordigers van de Labour Party beweren dat de NHS overwegend onvoldoende is gefinancierd, terwijl de conservatieven benadrukken dat de slechte organisatiestructuur van de NHS leidt tot een ondoelmatige zorgverlening. Maar hoe steekt de Britse gezondheidszorg nu in elkaar?

Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht

In Groot-Brittannië heeft iedereen vrije toegang tot de gezondheidszorg dankzij de op 5 juli 1948 opgerichte NHS, waarvan de kosten uit algemene middelen worden gefinancierd. De algehele toegankelijkheid tot de gezondheidszorg bestaat slechts formeel. Zo wordt bijvoorbeeld de niet-acute zorg gerantsoe-

neerd met wachtlijsten. Mensen met de benodigde financiële middelen kunnen deze wachtlijsten omzeilen door een beroep te doen op de private zorgverlening en zich daarvoor particulier bij te verzekeren tegen aanvullende ziektekosten (13 procent van de bevolking in 1989).² De private sector fungeert in deze voor welgestelden als veiligheidsventiel van het gezondheidszorgsysteem.

Door een reorganisatie van de NHS in 1974 kreeg hij zijn bekende gezicht. Het doel van deze reorganisatie was een beter uitgebalanceerde patiëntenzorg te bewerkstelligen door ziekenhuizen, huisartsenzorg en andere voorzieningen te laten functioneren in een samenhangend systeem, en door alle voorzieningen per geografisch gebied onder een hiërarchisch vormgegeven bestuur te stellen. Na enige aanpassingen in 1982 zag de NHS-organisatie er als volgt uit. Het 'Department of Health and Social Security' (DHSS) stond aan de top van de piramide en de minister werd belast met de algehele leiding van de NHS. Binnen de NHS functioneerden 14 'Regional Health Authorities' (RHA's), verantwoordelijk voor de strategische planning van gezondheidszorgdiensten in hun regio, personeelsplanning, onderzoek, allocatie van middelen en de financiële controle op (onder meer) de 'District Health Authorities' (DHA's). DHA's dienden het zorgaanbod op plaatselijk niveau tot stand te brengen. De ziekenhuizen stonden als 'Directly Managed Units' (DMU's) direct onder controle van de DHA. Naast de DHA's functioneerden de deels door lokale overheden gefinancierde 'Community Units'. Deze zijn verantwoordelijk voor de diensten van wijkverpleegkundigen, vroedvrouwen en andere aan de geneeskunde verbonden beroepen. Huisartsen namen een uitzonderingspositie in en vielen niet onder de verantwoordelijkheid van de DHA's. Als zelfstandig ondernemers sloten zij contracten af met 'Family Practitioner Committees' (FPCs), die belast waren met betalingen aan huisartsen en optraden als belangenbehartiger voor beroepen in de eerste lijn.³

Vanaf 1976 werden de budgetten van 'Health Authorities' berekend met de zogenoemde RAWP-formules van de 'Resource Allocation Working Party'. Hierbij werd uitgegaan van een zo'n laag mogelijk te verwachten inflatiepercentage, waardoor jaarlijks structureel op de uitgaven van de NHS werd bezuinigd.⁴ Wales, Schotland, Noord-Ierland en Engeland beschikken alle over een eigen 'Health Service', die op onderdelen van elkaar verschillen. Deze studie beperkt zich voornamelijk tot Engeland. Zoals eerder is vermeld deed de Britse gezondheidszorg in 1989 slechts een beroep op 6 procent van het Bruto Nationaal Product, dat is 1 procent minder dan de Belgische en 2.3 procent minder dan de Nederlandse gezondheidszorg.⁵ In de volgende paragraaf komt de positie van de artsen in het gezondheidszorgsysteem aan bod.

Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem

Het aantal artsen per duizend Britten is van 1.2 in 1980 gestegen naar 1.4 in 1989. Jaarlijks neemt dat aantal met 1.55 procent toe (zie voor een vergelijking met Nederland en België de paragrafen 4.1 en 5.1).⁶ De huisartsen maken thans ongeveer de helft uit van het totaal aantal medische beroepsbeoefenaren en fungeren als poortwachter van het gezondheidszorgsysteem. Dit betekent dat patiënten eerst de huisarts moeten bezoeken, die hen (eventueel) verwijst naar

een specialist. In deze hoedanigheid zijn huisartsen verantwoordelijk voor 90 procent van de arts-patiëntcontacten. Hiervoor worden de huisartsen vergoed via een abonnementssysteem per ingeschreven patiënt. Slechts 11 procent van de huisartsen is in 1991 nog werkzaam in een solo-praktijk⁷, terwijl 80 procent van de groepspraktijken bestaat uit meer dan 5 huisartsen.⁸ Om de toegankelijkheid tot de huisarts voor iedereen in het gehele land te waarborgen, heeft een nationale 'Manpower Planning Commission' zeggenschap over de vestigingsplaatsen van huisartsen.⁹ Sinds 1991 functioneren, naast de traditionele huisartsen, de zogenoemde budgethoudende huisartsen (zie paragraaf 3.3.3). Met de oprichting van de NHS werden ziekenhuizen genationaliseerd en kwamen consultants in dienst van een ziekenhuis. De titel 'consultant' bestaat niet in Nederland en België. De titel specialist is in deze landen wel en in Groot-Brittannië niet wettelijk beschermd. In het ziekenhuis zijn de Britse artsen hiërarchisch binnen de medische afdeling georganiseerd ('junior house officer', 'senior house officer', 'registrar', 'senior-registrar', 'consultant').¹⁰ Binnen de NHS zijn in 1989 meer dan 48.000 ziekenhuisartsen werkzaam, waarvan er 17.000 als consultant zijn aangesteld.¹¹ Deze consultants hebben verschillende contracten met de ziekenhuizen, waarin een onderscheid is gemaakt tussen de te leveren diensten voor de NHS en de particuliere praktijk. Voortaan worden al deze in het ziekenhuis werkzame artsen specialisten genoemd, tenzij anders vermeld. Dankzij het inkomen uit loondienst is de consultant minder afhankelijk van verwijzingen van huisartsen. Wel is deze situatie sinds de invoering van de nota 'Working for Patients' in 1989 weer enigszins veranderd. Niet minder dan 35 procent van de consultants ontvangen naast hun inkomen uit loondienst een 'Distinction Award'.¹² Deze worden toegekend door de 'wetenschappelijke verenigingen', de Royal Colleges (sinds 1991 in samenspraak met één manager), die aldus via de 'Awards' het inkomen van de consultant kunnen beïnvloeden. Consultants behoeven zich niet te verbinden aan één ziekenhuis en kunnen hun inkomen verder vergroten in de particuliere sector, waarin zij per handeling worden vergoed.

3.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970

In deze paragraaf volgt een korte historische beschrijving van het medisch beroep in Groot-Brittannië. De aandacht gaat hierbij uit naar de historische momenten waarop politieke besluitvorming plaatsvond die de verhouding tussen de overheid en het medisch beroep op een vernieuwende wijze regelde. Allereerst komt de opkomst van de belangrijkste beroepsorganisaties aan bod. Vervolgens wordt de beroepsvorming beschreven in samenhang met de ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem. Voorts wordt aandacht besteed aan de instrumenten waarmee het medisch beroep traditioneel de kwaliteit van zorg waarborgt, de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht. Hiermee wordt een beeld geschetst van de zelfregulering, zoals die aan het begin van de onderzoeksperiode vorm had gekregen.

3.2.1 De opkomst van het medisch beroep

Traditioneel werden in Groot-Brittannië drie beroepsorganisaties onderscheiden (artsen, chirurgijns en apothekers), die in de praktijk niet strikt van elkaar waren te scheiden. Al in 1518 werd het 'Royal College of Physicians of London' (RCP) opgericht. Het 'Royal College of Surgeons' (RCS) is sinds 1800 bekend onder de huidige naam en had zich 55 jaar eerder afgescheiden van het gilde der barbiers. Tenslotte zag de 'Society of Apothecaries' (SA) in 1815 het licht. De Royal Colleges stimuleerden de ontwikkeling van de medische wetenschap en medische ethiek. Dankzij de prestigieuze 'licentiateships', 'memberships' en 'fellowships' oefenden de Colleges grote controle op hun leden uit en verwierven zij een belangrijke taak in de (materiële) belangenbehartiging.

In de negentiende eeuw stonden de Colleges onder toenemende druk van niet in Oxford en Cambridge universitair opgeleide artsen. Andere universiteiten en particuliere scholen ontwikkelden eigen medische opleidingen, waarvan er tussen 1800 en 1858 niet minder dan vijftien tot twintig functioneerden. Met de oprichting van de door artsen gedomineerde 'General Medical Council' (GMC) in 1858 stelde de overheid paal en perk aan de wildgroei van deze opleidingen. Alleen artsen die een door de GMC erkende opleiding hadden gevolgd werden tot het GMC-register toegelaten. Daarmee verkreeg de GMC zeggenschap over de inhoud en instroom van de medische opleidingen. Het unificeren van de medische opleiding verliep overigens niet zonder slag of stoot. Pas na vier jaar onderhandelen kon in 1861 de eerste nationale opleidingseis wereldkundig worden gemaakt: de kandidaat diende afkomstig te zijn uit het mannelijk geslacht. Na deze grote stap voorwaarts bereikten de onderhandelaars in 1867 overeenstemming over de exameneisen voor onder meer de anatomie, heel- en verloskunde. De controle over de kwaliteit van de beroepsuitoefening kon worden uitgeoefend via een door de GMC toegepast tuchtrecht. Toch was het medisch beroep niet almachtig in de gezondheidszorg. Homeopaten en andere alternatieve genezers konden ongestoord hun praktijk blijven uitoefenen.¹³ Nochtans hebben de goed georganiseerde Royal Colleges de ontwikkeling van een belangenvereniging voor alle artsen vertraagd en beperkt, zoals zal blijken in de volgende paragraaf.

3.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming

De in 1832 opgerichte 'Provincial Medical and Surgical Association', die later haar naam zou veranderen in de 'British Medical Association' (BMA), zou zich langzaam ontwikkelen als de representatieve organisatie van overwegend huisartsen. Vanwege de diversiteit van haar achterban en het vrijwillige lidmaatschap, was de BMA minder machtig dan de gevestigde Royal Colleges. Al naar gelang de BMA de overheid duidelijk kon maken dat zij de standpunten van grote aantallen artsen vertegenwoordigde, nam haar invloed op het overheidsbeleid toe.

Het voorstel van Lloyd George om arbeiders beperkt tegen ziektekosten te verzekeren via de 'National Health Insurance' (NHI), betekende in 1911 voor de BMA en de huisartsen een belangrijke doorbraak.¹⁴ De huisartsen waren in de

oorspronkelijke formulering van het wetsvoorstel van Lloyd George niet gekend. Terstond verzamelde de BMA 26.000 handtekeningen van huisartsen die bereid waren de NHI te boycotten. Hiermee werden twee concessies afgedwongen. In plaats van 'the friendly societies' (vergelijkbaar met de Nederlandse en Belgische ziekenfondsen uit die periode), domineerden voortaan artsen de besturen van de NHI-uitvoeringsorganen. Ten tweede werd lekenbemoeyenis in de regulering van de zorg zoveel mogelijk buitengesloten, door de vrije artskenkeuze van patiënten en omgekeerd te bewerkstelligen. Hoewel alternatieve genezers geen NHI-contract konden verwerven, mochten zij hun beroep particulier blijven uitoefenen. Wel werd de onderlinge relatie tussen de overheid en het medisch beroep versterkt door het benoemen van de BMA-secretaris als top-ambtenaar op het ministerie van Volksgezondheid.

Een door de conservatief Beveridge in de Tweede Wereldoorlog uitgedachte NHS, werd in 1948 na moeizame onderhandelingen en vele compromissen met de diverse artsenorganisaties door de socialist Bevan ingevoerd. Het 'loon naar werken' principe voor de in loondienst gestelde specialisten, kocht de overheid af met door de Royal Colleges toe te wijzen 'Merit Awards' (thans 'Distinction Awards' genoemd), waarmee de laatste de controle over hun leden verstevigden. De BMA verdedigde succesvol het zelfstandig ondernemerschap van huisartsen, die hun positie als verwijzer naar consultants bevestigd zagen. Verder konden alleen in het GMC-register ingeschreven artsen in aanmerking komen voor een NHS-contract. Met de NHS kwam een informele overeenkomst tussen overheid en medisch beroep tot stand, waarbij de overheid meer zeggenschap verkreeg over de totale uitgaven voor de zorg, die in ruil voor klinische autonomie door het medisch beroep op het niveau van de arts-patiëntrelatie werden gerantsoeneerd.¹⁵ Loondienst verhinderde consultants niet, in tegenstelling tot de vrijgevestigde huisartsen, meer aanzien te verwerven en extra inkomsten te behouden via ondermeer de particuliere praktijk. Met de oprichting in 1952 van het (sinds 1967 'Royal') 'College of General Practitioners' (RCGP) probeerden vooruitstrevende huisartsen het tij te keren, door de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen en een eigen beroepsopleiding te bewerkstelligen. Een ontwikkeling na 1970 betreft de democratisering van de hiërarchische BMA-structuur. Sinds 1984 kent de BMA een democratische structuur, waarbij alleen de 46 gekozen leden van het bestuur (de 'BMA-Council') mogen stemmen over beleidsmakende onderwerpen. Vier autonome BMA-commissies (voor huisartsen, consultants, artsen in opleiding en sociaal-geneeskundigen) onderhandelen direct met de overheid, daarbij ondersteund door de respectievelijke Royal Colleges. Het belangrijkste onderhandelingsorgaan van consultants met de overheid, de 'Joint Consultants Committee' (JCC), is samengesteld uit leden van de Royal Colleges (wetenschappelijke verenigingen) en de 'Central Consultants and Specialist Committee' (CCSC) van de BMA. In de ziekenhuizen zijn alle aldaar werkzame consultants lid van een 'Medical Advisory Committee' (MAC). De BMA-sectie 'General Medical Services Committee' (GMSC) verdedigt de materiële belangen van huisartsen, terwijl het RCGP functioneert als wetenschappelijke vereniging van de huisartsen. Op lokaal niveau zijn de huisartsen georganiseerd in 'Local Medical Committees' (LMCs), die fungeren als gesprekspartner namens de artsen met lokale overheidsinstanties.

3.2.3 De medische opleidingen

De medische opleiding is voor het medisch beroep een essentieel instrument voor de zelfregulering. Een opleiding vervult, naast het opleiden van klinisch capabele artsen, verschillende functies voor de zelfregulering. Zo heeft de opleiding ook een socialiserende functie, die ertoe bijdraagt dat artsen beschikken over een basis aan homogeniteit op technisch-wetenschappelijk vlak, sociale herkomst en beroepsbeeld. Voorts dient de opleiding als instrument voor uitsluiting en onderscheiding, waarmee het aantal werkzame artsen kan worden gereguleerd. De basisopleiding en de diverse beroepsopleidingen komen in het hiernavolgende kort aan bod.

In paragraaf 3.2.1 is al verslag gedaan van de totstandkoming van de basisopleiding tot arts in Groot-Brittannië. Hieruit bleek dat een belangrijke taak was weggelegd voor de door de overheid ingestelde, maar door het medisch beroep gedomineerde, GMC. De GMC deelt het toezicht op de basisopleiding met de medische faculteiten en houdt een artsenregister bij. Alleen bij de GMC geregistreerde artsen kunnen een NHS-contract verwerven. Sinds 1939 stelt het ministerie van Volksgezondheid het aantal plaatsen vast voor de basisopleiding.¹⁶ Maar de medische beroepsorganisaties zijn er tot op de dag van vandaag in geslaagd het Ministerie ervan te overtuigen de instroom van medische studenten te limiteren. Het aantal opleidingsplaatsen wordt op advies van de 'Medical Manpower Standing Advisory Committee' zelfs dermate beperkt, dat de NHS alleen kan functioneren door een beroep te doen op 'overzeese' artsen. De beroepsopleiding tot specialist is grotendeels de verantwoordelijkheid van de Royal Colleges. De macht van de traditionele Royal Colleges van 'Physicians' en 'Surgeons' blijkt onder meer in de relatief late vereniging van bepaalde deelspecialismen in afzonderlijke Royal Colleges, zoals die van gynaecologen (1929), van pathologen (1962) en van psychiaters (1971).¹⁷ Thans controleren negen¹⁸ Royal Colleges de duur en inhoud van de eigen beroepsopleidingen, die worden afgesloten met een examen, waaraan alleen leden mogen deelnemen.¹⁹ De 'Central Councils for Postgraduate Medical Education' controleren de standaarden die de Royal Colleges hanteren voor de beroepsopleiding. Als de examens voor de titel 'registrar' en die van 'senior-registrar' met goed gevolg zijn afgesloten, heeft het College een beslissende stem in de benoeming tot de hoogste rang, consultant. Deze benoemingen vinden alleen plaats als daar in de ziekenhuizen een vacature voor bestaat. Omdat de Colleges de carrières van artsen kunnen beïnvloeden, oefenen de Colleges een grote controle over hun leden uit en beschikken zij over een solide basis voor belangenbehartiging. Eén van de uitzonderingen hierop is het in 1952 opgerichte 'Royal College of General Practitioners' (RCGP). Door het ontbreken van een verplicht lidmaatschap en algehele controle op de in 1981 bewerkstelligde beroepsopleiding tot huisarts, oefent het RCGP een beperkte controle op haar leden uit en speelt het in de materiële belangenbehartiging een bescheiden rol. Ook de beroepsopleidingen fungeren succesvol als instrument voor uitsluiting en onderscheiding, gezien het grote tekort aan consultants in 1996. Dit tekort hangt onder meer samen met de uitval na ongeveer vier jaar beroepsopleiding

van met name vrouwelijke artsen, onaantrekkelijke 'postgraduate' opleidingsprogramma's en veranderingen in de werkvergunningen van overzeese artsen, die overigens veelal door de Royal Colleges niet worden toegelaten tot het senior-registrar-examen.²⁰ Thans worden niet alleen recordsalarissen aan consultants betaald, maar worden er door ziekenhuizen zelfs specialisten in de Verenigde Staten geworven. Voor het ziekenhuis Hartepool and Peterlee was de nood zo hoog dat een Noord-Amerikaanse anesthesist dit ziekenhuis bereid vond het transport van zijn jeep, maar ook van zijn hond (voor ruim 4000 gulden), te betalen.²¹

3.2.4 Het medisch tuchtrecht

Het medisch tuchtrecht is naast de opleiding een tweede essentieel instrument van het medisch beroep voor de zelfregulering. Dankzij het medisch tuchtrecht worden klachten over zorgverlening van artsen door collega's beoordeeld, met behulp van tuchtregels die zijn ontleend aan de eigen medische code. In het hiernavolgende wordt de controle op de beroepsuitoefening via het GMC-tuchtrecht kort besproken.

Binnen de GMC functioneren verschillende tuchtrechtcommissies. Een GMC-tuchtrechter mag een arts zijn registratie ontnemen of hem voor één (sinds 1979) tot drie (sinds 1987) jaar schorsen. Deze straffen worden uitgevoerd wanneer de aangeklaagde arts schuldig is bevonden aan 'Serious Professional Misconduct', dat wordt gedefinieerd als: 'Reasonably regarded as disgraceful or dishonorable by his professional brethren of good repute and competency...'.²² Hiervoor zijn vanaf 1962 gespecificeerde richtlijnen gedefinieerd in: 'The Blue Book, Guidelines for professional conduct and discipline: fitness and practice'. Deze richtlijnen waren tot midden jaren zeventig overwegend gericht op de waardigheid van het beroep, via bijvoorbeeld gedragsregels voor de regulering van de onderlinge concurrentie. Thans beslaan de richtlijnen een breder scala aan onderwerpen, zoals: de betrouwbaarheid van patiënteninformatie, richtlijnontwikkeling, enzovoort.²³

Klachten over artsen kunnen bij de GMC worden ingediend door patiënten, het ministerie van Volksgezondheid en de klachtencommissies van de NHS, terwijl de artsen zelf verplicht zijn ernstig verwijtbaar medisch handelen van collega's bij de GMC aan te geven, hetgeen overigens zelden gebeurt. Als tot burgerrechtelijke strafvervolgung van een arts is overgegaan komt de GMC eveneens in actie.²⁴ Aangemelde klachten worden door de GMC-staf in behandeling genomen en meestal doorverwezen naar een 'preliminary screener'. Klagers over artsen in dienst van de NHS worden veelal direct doorgestuurd naar de NHS-klachtenbureaus, zodat tuchtrechtszaken merendeels vrijgevestigde huisartsen betreffen. Een over de afhandeling van NHS-instanties ontevreden klager kan zijn klacht alsnog indienen bij de GMC.

De klager wacht bij de GMC een lange en moeizame weg langs drie commissies, namelijk: de 'Preliminary Screening Committee' (PSC), De 'Professional Proceedings Committee' (PPC) en de 'Professional Conduct Committee' (PCC). Deze laatste commissie telt twee (van de elf) leden die niet afkomstig zijn uit het

medisch beroep. In een openbare formele tuchtrechtszaak worden zowel de arts als de patiënt bijgestaan door een advocaat. De besluitvorming over sancties is niet openbaar. Bij gevoelig liggende klachten kan de hele procedure achter gesloten deuren plaatsvinden. Alleen 'strictly proved by evidence' klachten leiden tot een sanctie. Klachten naar aanleiding van de fysieke gesteldheid van de arts worden sinds 1978 via de PCC doorverwezen naar de 'GMC Health Committee'.²⁵

Concluderend: de verantwoordelijkheden voor de zelfregulering van het medisch beroep zijn als volgt over de verschillende beroepsorganisaties verdeeld. De GMC controleert tezamen met de medische faculteiten de kwaliteit van de basisopleiding tot arts en houdt een artsenregister bij. Alleen bij de GMC geregistreerde artsen kunnen een NHS-contract verwerven. Het artsenaanbod wordt met goedkeuring van de overheid dermate goed beperkt, dat de NHS alleen kan functioneren door een beroep te doen op 'overzeese' artsen. Verder oefenen de GMC-tuchtcolleges met het tuchtrecht controle uit op de beroepsuitoefening. Een universeel verbod op het uitoefenen van de geneeskunst behoudens universitair opgeleide artsen ontbreekt. De machtige Royal Colleges houden zich niet alleen bezig met het stimuleren van de medische wetenschap, maar zijn ook de belangrijkste belangenbehartigers van consultants bij de overheid. Dankzij een verplicht lidmaatschap en het beheer over de eigen beroepsopleiding, die wordt afgesloten met een examen, oefenen deze Colleges een grote invloed op hun leden uit. De BMA verdedigt de standsbelangen van het medisch beroep, al heeft de BMA meer een vakbondskarakter. De zelfregulering van de huisartsen loopt tot 1981 achter op die van de consultants, door onder meer het ontbreken van een beroepsopleiding tot huisarts.

3.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1970-1996

In deze paragraaf staat de vraag centraal in hoeverre niet-medische partijen hebben geprobeerd, met juridische en financieringsinstrumenten, het medisch handelen van artsen in een door hen gewenste richting te beïnvloeden. Hierbij is bestudeerd in welke mate artsen zich hiertegen al dan niet succesvol hebben verzet. Het doel van deze paragraaf is de context te schetsen waarbinnen normerende kwaliteitsinstrumenten van specialisten en huisartsen zijn ontwikkeld en ingevoerd.

In het hiernavolgende wordt eerst het overheidsbeleid voor de gezondheidszorg tussen 1970 en 1989 in vogelvlucht behandeld. Wel wordt uitgebreid aandacht besteed aan de voor het medisch beroep meest bedreigende en revolutionaire hervorming van de Britse gezondheidszorg, de introductie van gereguleerde marktwerking, zoals voorgenomen in de nota 'Working for Patients' (WfP). Deze in 1989 aankondigde hervorming werd in 1991 geïmplementeerd. Vervolgens is de strijd om de macht tussen specialisten en managers in het ziekenhuis bestudeerd. Hierbij komt tevens de medische informatieverzameling door niet-medische partijen aan bod. Voorts wordt aandacht besteed aan de (zijdelingse) bedreiging van de zelfregulering van artsen door pogingen van de overheid om te

komen tot een certificering van instellingen of het publiceren van kwaliteitsranglijst (league tabel) van ziekenhuizen. Verder wordt voor huisartsen aandacht besteed aan hun stabiele positie in de gezondheidszorg gedurende de jaren tachtig. Hierna worden de gevolgen van de in 1991 ingevoerde marktwerking voor huisartsen beschreven. Tenslotte is een andere grote externe bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep bestudeerd: de mogelijke juridisering van de gezondheidszorg.

3.3.1 Van geleidelijke aanpassingen in de gezondheidszorg naar de 'big bang': Working for Patients (1989)

Na de Tweede Wereldoorlog profiteerde de 'National Health Service' (NHS) minder van de economische groei dan de gezondheidszorgsystemen van Nederland en België, vanwege de sterke greep van de overheid op het macrobudget van de NHS. Vanaf de jaren zeventig maakten de economische recessies, gekoppeld aan de groeiende uitgaven van de gezondheidszorg, van kostenbeheersing een centraal thema. In 1974 werd de structuur van NHS ingrijpend gereorganiseerd. Nadat de NHS-structuur in 1982 wederom was aangepast, kwam de in paragraaf 3.1 beschreven organisatiestructuur tot stand. Hoewel de NHS in vergelijking met andere landen een goedkope vorm van gezondheidszorg aanbiedt, maakte ook de Britse overheid zich zorgen over de stijgende kosten in de gezondheidszorg. Sir Roy Griffiths, directeur van Sainsbury (de Britse Albert Heijn), werd in 1982 als commissievoorzitter gevraagd advies te geven over hoe de NHS bedrijfsmatig te sturen en het NHS-management te versterken. Nadat Griffiths zijn rapport in 1983 openbaar maakte, besloot de overheid in 1984 in navolging van de industrie managers op alle niveaus van de NHS aan te stellen. Vanaf 1985 stroomden deze managers de NHS binnen.²⁶ Hiermee diende het consensusmodel van NHS-management plaats te maken voor een conflictmodel van management. De NHS-hervorming in navolging van Griffiths kende een beperkt succes. Volgens Day en Klein nam de doelmatigheid en productiviteit van de NHS toe.²⁷ De verpleegduur werd korter, het aantal behandelde patiënten steeg en de kosten per behandelde patiënt daalden. Maar de ontevredenheid over het functioneren van de NHS nam zowel bij burgers als artsen toe. In de jaren tachtig zwollen de wachtlijsten aan van zeventigduizend tot één miljoen patiënten, terwijl steeds meer mensen hun toevlucht zochten in de particuliere sector. Het aantal particulier verzekerden (tegen niet levensbedreigende aandoeningen) groeide van anderhalf miljoen in 1980, tot zes miljoen in 1990.

Webster stelde over de periode 1974-1989 dat de NHS zich eigenlijk in een continu proces van reorganisatie bevond.²⁸ Dit zou na 1989 niet anders zijn, alleen in plaats van geleidelijke aanpassingen had de invoering van geregleerde marktwerking meer het karakter van een revolutie in de gezondheidszorg. Deze grootscheepse hervorming van de NHS viel echter niet geheel uit de lucht.

Als de conservatieven onder premier Thatcher in 1979 aan de macht komen, breken voor het medisch beroep zware tijden aan. Thatcher bleef tot november 1990 premier, terwijl de conservatieve partij onder Major anno 1996 nog altijd

de regeringszetels bezet houdt. In 1979 bezag Thatcher Groot-Brittannië als 'the sick man in Europe'.²⁹ Door de nationalisering van belangrijke industrieën, de last van de welvaartsstaat en de macht van diverse belangengroepen die hem in stand hielden, kon Groot-Brittannië de concurrentie met andere landen niet meer aan. Om de vrije markt weer een kans te geven diende de overheid zich meer uit de samenleving terug te trekken. Grote bedrijven als British Airways, British Telecom, British Steel en British Gas werden geprivatiseerd, nadat de macht van onder meer de vakbonden was gebroken. Maar ook andere machtsblokken die de vrije markt in hun sector konden blokkeren, zoals die van juristen en artsen, dienden te worden aangepakt. In die zin was het wachten op de privatiseringsinitiatieven voor de NHS. In 1986 durfde Thatcher een grotere hervorming van de NHS nog niet aan: 'The NHS was seen by many as a touchstone for our commitment to the welfare state and there were obvious dangers of coming forward with new proposals out of the blue.'³⁰ In 1987 werd de zittende premier Thatcher gedurende haar verkiezingscampagne gehinderd door de voortdurende kritiek van burgers, artsen en medische beroepsorganisaties op het functioneren van de NHS. Vooral een gezamenlijk opgestelde open brief door de presidenten van de invloedrijkste Royal Colleges, namelijk die van 'Physicians', 'Surgeons', en 'Obstetricians and Gynaecologists', zette bij Thatcher veel kwaad bloed.³¹ Deze kritiek verhinderde Thatcher niet de verkiezingen te winnen. Vervolgens had zij het geluk dat de economie opbloede en de populariteit van Labour naar een dieptepunt zakte als gevolg van het interne debat over nucleaire ontwapening. Mede dankzij deze gunstige omstandigheden domineerde Thatcher haar kabinet na de verkiezingen als nooit tevoren.

Toch werd iedereen (inclusief haar eigen ministers) verrast door Thatchers televisieoptreden in januari 1988, waarin zij een grondige hervorming van de NHS aankondigde. Aanvankelijk ging daarbij de aandacht uit naar een particulier gefinancierd stelsel.³² Hierin ondervond Thatcher binnen het kabinet tegenstand van de minister van Financiën, Lawson, die de goedkoop zorgaanbiedende NHS hogelijk waardeerde. In de daaropvolgende ministeriële strijd deed Lawson enkele concessies (aftrekbaarheid van belastingen van particuliere ziektekostenpremies voor mensen ouder dan 60 jaar)³³, in de wetenschap dat Volksgezondheid werd bemand door een zwakke minister, Moore. Hij poogde met zijn hervormingsvoorstellen vooral de steeds van gedachten wisselende Thatcher te bevredigen. Getroffen door gezondheidsproblemen moest Moore in juni 1988 het ministerie van Volksgezondheid laten aan Clarke, voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid en, tot ergernis van Lawson, een krachtadig bestuurder: 'Had I known that, within weeks, John Moore would have been replaced by the robust Kenneth Clarke, I would not have made even this concession.'³⁴ Thatcher en Clarke besloten tot een snelle invoering van marktwerking in de NHS, waarmee de positie van het management ten opzichte van de consultants beslissend moest worden versterkt.³⁵ Ruim zes maanden na zijn aanstelling publiceerde Clarke in januari 1989 zijn nota 'Working for Patients' (WfP). De daarin aangekondigde schepping van een interne markt zou in 1991 een aanvang nemen. Volgens Glennerster en Le Grand namen Thatcher en Clarke een mogelijke tweedeling in de zorg door de invoering van marktwerking voor lief. Met marktwerking zou vooral de middenklasse, die in staat is voor de

gezondheidszorg te betalen, beter en effectiever worden bediend. Daarmee zouden de conservatieven de electorale steun behouden van deze voor hen strategisch belangrijke bevolkingsgroep.³⁶

De interne markt werd gecreëerd door aanbieders en inkopers van zorg van elkaar te scheiden. Verzelfstandigde ziekenhuizen ('self-governing Trusts') dienden elkaar te beconcurreren voor contracten bij de 'District Health Authorities' (DHA's) en 'GP-fundholders' (budgethoudende huisartsen). Dit laatste moest de positie van de huisarts tegenover de consultant versterken. Fundamenteel voor deze innovaties was, onder meer volgens Ham, dat 'money would follow patients'.³⁷ Competitie tussen ziekenhuizen om patiënten en financieringsbronnen zou moeten leiden tot een meer doeltreffende en doelmatiger zorgverlening, in vergelijking met de financiering van ziekenhuizen via globale budgetten. Een derde voorstel betrof de introductie van 'medical audit': 'a systematic, critical analysis of the quality of medical care, including the procedures used for diagnosis and treatment, the use of resources, and the resulting outcome for the patient'.³⁸ Hiermee kon de kwaliteit van zorg op een voor het management transparante wijze worden gewaarborgd. De positie van het management zou verder worden versterkt door het toewijzen van nieuwe formele bevoegdheden, zoals: inspraak bij de toewijzing van de 'Distinction Awards' en medezeggenschap in het aanstellingsbeleid van medisch specialisten. Noch de 'British Medical Association' (BMA), noch de Royal Colleges waren bij de voorbereidingen van WfP door Clarke om advies gevraagd. De BMA en de Royal Colleges wantrouwden de interne markt en stonden vijandig tegenover de verzelfstandiging van ziekenhuizen, die de vrijheid zouden krijgen onafhankelijk de salarisschalen van hun artsen te bepalen. Ook voelde het medisch beroep zich bedreigd door de in WfP gelegde nadruk op het zichtbaar afleggen van verantwoording voor het medisch handelen met een normerend instrument als 'medical audit'.³⁹ De reactie van de BMA-onderhandelaar Stanton liet in maart 1989 niets aan onduidelijkheid over: 'It's all-out war. We must not give up the NHS without a fight'.⁴⁰

Vrijwel direct na de publicatie van de nota voerde de overheid slag met alle belangenpartijen in de gezondheidszorg, uitgezonderd het NHS-management. De ernst van de bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep moet ondanks al het wapengekletter enigszins worden genuanceerd. De minister van Volksgezondheid schreef de nota met behulp van adviseurs binnen zes maanden, zonder daarbij zijn ambtenaren te betrekken, waardoor de nota meer weg had van een blauwdruk dan een uitgewerkt plan. Deze blauwdruk diende voor de invoering van WfP in 1991 en zelfs nog tijdens de implementatie nader te worden uitgewerkt. Clarke steunde daarbij op door eigen toedoen slecht voorbereide ambtenaren en moest tegenstand bieden aan niet geïnformeerde, en daardoor zeer geagiteerde, medische beroepsorganisaties die steun zochten bij de publieke opinie. Al in juli 1989 bleek uit een enquête dat Clarke deze slag aan het verliezen was.⁴¹ Vervolgens werd de NHS-hervorming inzet bij alle tussentijdse verkiezingen voor opengevallen parlamentszetels, die de conservatieven alleen maar verloren, hetgeen de politieke steun van Clarke binnen zijn eigen partij ondermijnde.⁴² Tenslotte verloor de eenduidigheid in het overheidsbeleid

gedurende de invoering van WfP aan kracht, door de vele wisselingen van de wacht in het kabinet, waarbij iedere nieuwe bewindvoerder eigen prioriteiten stelde. Premier Thatcher concentreerde zich op de thema's marktwerking en competitie, Clarke had veel aandacht voor 'GP-fundholding', zijn opvolger Waldegrave richtte zich op 'purchasing', premier Major profileerde zich met de 'Patient's Charter' en Waldegrave's opvolgster Bottomley maakte de 'community care' speerpunt van haar beleid.⁴³ Bottomley's opvolger Dorrell dient anno 1996 de lieve vrede te bewaren tot na de verkiezingen in 1997.⁴⁴ Dit gaf de veldpartijen goede mogelijkheden het beleid gedurende de implementatie te beïnvloeden. Clarke zelf deed al vele concessies aan de beroepsorganisaties. Het toekennen van 'Distinction Awards', het aanstellingsbeleid van specialisten en het formuleren van taakomschrijvingen, bleven overwegend verantwoordelijkheden van het medisch beroep.⁴⁵

De introductie van de interne markt leek een aardverschuiving in de NHS-structuur teweeg te brengen. Maar werd de interne markt daadwerkelijk gerealiseerd door concurrentie tussen zorgaanbieders, waarbij het geld de patiënt volgt?

In de grote steden waar het aanbod aan zorginstellingen enigszins gelijke tred hield met de vraag naar zorg functioneerde de interne markt in enige mate. In meer rurale gebieden echter, bezaten zorgaanbieders veelal een monopolie. Uiteindelijk kwam een interne markt slechts deels tot stand. De mate van competitie tussen aanbieders van zorg laat zich bij uitstek traceren in de vorm van contracten die aanbieders en inkopers van zorg met elkander overeenkomen. Contracten zijn volgens Robinson: '... the essential link between purchasers and providers. They make clear what services are to be provided and the terms on which they are supplied.'⁴⁶ Al snel bleek het afsluiten van contracten, alsmede de controle en het toezicht op de naleving van contracten, te leiden tot substantiële transactiekosten. Dit gold met name voor diensten die buiten de algemene contracten worden geleverd, zoals verwijzingen van artsen waarin het algemene contract niet voorziet. Het uitvissen van (en onderhandelen over) wie waarvoor dient te betalen, kost vele manuren van managers in dienst van zowel inkopers als aanbieders van zorg. Ook de grilligheid van de zorgvraag liet al te specifieke 'kosten per volume' of 'kosten per verrichting' contracten niet toe. De overheid, meer bijzonder het ministerie van Financiën, wilde uiteindelijk geen afstand doen van de controle op de stijgende uitgaven voor de gezondheidszorg. Die invloed verwierf de overheid door allerlei voorwaarden te stellen aan de tussen partijen af te sluiten contracten. Dit betekende een belangrijke stimulans voor het afsluiten van meer algemene blok-contracten (het leveren van vooraf gedefinieerde diensten voor een overeengekomen bedrag voor een vastgestelde periode).⁴⁷ Deze blok-contracten zouden tevens voor steeds langere periodes moeten worden afgesloten. Hier liggen ook zorginhoudelijke argumenten aan ten grondslag. Shapiro stelt in 1996: '...that short-terminism is rife in NHS funding, largely because of the intense pressure to show results. Funds may not be committed more than a year in advance, and changes that need more time to show their worth are often discouraged.'⁴⁸ Maar de voor langere periodes afgesloten blok-contracten (69 procent van alle contracten in 1994-1995)⁴⁹

worden gekenmerkt door hetzelfde nadeel als de oude globale budgetfinanciering van ziekenhuizen, namelijk dat meer doeltreffende en doelmatige zorgverlening financieel niet wordt gehonoreerd. Ham noemt dit de 'efficiency trap'.⁵⁰ Aldoende kwam een 'contract market' tot stand, waarin het geld niet de patiënt, maar veeleer het blok-contract volgt.⁵¹

Tenslotte is het de vraag in welke mate de interne markt de zelfregulering van het medisch beroep heeft bedreigd. Met het formeel vastleggen van de zorgproductie in contracten komt mogelijk informatie vrij die de sturingsmogelijkheden voor het management kan vergroten. Echter, een door de overheid ingestelde 'Clinical Standards Advisory Group' kwam in 1993 tot de conclusie dat contractering een te grof instrument was voor het inkopen van gespecialiseerde zorg.⁵² Niet alleen werden de specialisten te weinig door ziekenhuismanagers betrokken bij het opstellen van de contracten, maar ontbeerden ook de inkopende 'health authorities' de (klinische) expertise om dergelijke gespecificeerde contracten te kunnen afsluiten. Zowel Freemantle (in 1993) als Mechanic (in 1995) stellen dat de overheid ondanks alle retoriek vooral blijft vertrouwen op de impliciete rantsoenering van zorg en niet al te veel behoefte heeft aan expliciete normering van het medisch handelen.⁵³ De ontwikkeling van specifieke naar meer algemene af te sluiten contracten tussen aanbieders en inkopers van zorg, laten zien dat het zorgaanbod en de vraag naar zorg zich vooraf moeilijk in (contract)regels laten vangen. Webster schrijft al in 1993 over een onverwachte mate van historische continuïteit in het Britse gezondheidszorgbeleid.⁵⁴ Volgens Maynard lijkt de positie van het medisch beroep onaangetast doordat Clarke en Thatcher alles te veel, te ondoordacht en te snel wilden.⁵⁵ Tenslotte heeft Freemantle aangetoond dat de vraag van de markt om meer specialisten, succesvol door de Royal Colleges kan worden gedwarsboomd.⁵⁶ Vanwege het grote tekort aan consultants betalen ziekenhuizen anno 1996 recordsalarissen om hun vacatures voor consultants te kunnen vervullen, terwijl zij daarvoor niet alleen in Nederland en Duitsland kandidaten werven, maar ook in toenemende mate de Zuid-Afrikaanse en Noord-Amerikaanse markt verkennen.⁵⁷

3.3.2 Om de macht in het ziekenhuis: specialisten versus managers, 1985-1996

In de voorgaande paragraaf is de toenemende overheidsregulering in de gezondheidszorg beschreven, waardoor de zelfregulering van het medisch beroep steeds meer onder druk kwam te staan. De specialisten werden hier in 1983 uitdrukkelijk mee geconfronteerd als de conservatieve regering besluit om in 1985 een nieuw type werknemer binnen de NHS te introduceren: de op industriële leest geschoeide manager. De overheid hoopte dat deze managers erin zouden slagen de verouderde, voor de wensen van patiënten ongevoelige en door het aanbod gedreven, NHS om te vormen tot een patiëntvriendelijk en efficiënt werkende gezondheidszorgorganisatie. Het aanstellen van managers in de NHS betekende voor het bestuur van de zorginstellingen een breuk met het verleden, die Day en Klein beoordeelden als: '[a] move from a system that is based on the mobilisation of consent to one based on the management of

conflict - from one that has conceded the right of groups to veto change to one that gives the managers the right to override objections.⁵⁸ Vervolgens krijgt de relatie tussen managers en specialist in 1991 een nieuwe dimensie, als de omgeving waarin beiden functioneren verandert door het creëren van een interne markt, waarbinnen ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren om contracten bij de DHA's en 'GP-fundholders'. Zowel in 1985 als in 1991 hing het succes van de hervorming voor ziekenhuizen grofweg af van twee zaken. Allereerst was de mate waarin specialisten bereid waren managementstaken en financiële verantwoordelijkheid op zich te nemen cruciaal. Ten tweede was de informatieverzameling over het medisch handelen van belang, aangezien de managers daarmee de zorgverlening beter zouden kunnen besturen. In deze paragraaf wordt de vraag gesteld in welke mate de managers sinds hun aanstelling in 1985 de positie van specialisten in het ziekenhuis hebben kunnen bedreigen. In het hiernavolgende wordt eerst kort ingegaan op de verschillende wijzen waarop managers en consultants hun eigen en elkaars werk beoordelen en de mate waarin dit de managementparticipatie van specialisten tot 1991 heeft beïnvloed. Vervolgens valt de bespreking van de veranderende relatie tussen de specialisten en het management in twee periodes uiteen. Het eerste deel omvat de periode 1985 en 1991, waarin de overheid heeft geprobeerd de consultants budgethouder van hun medische afdeling te maken om hen daarmee meer financiële verantwoordelijkheid te geven. In het tweede deel wordt beschreven hoe de onderlinge relatie tussen specialisten en managers zich heeft ontwikkeld tijdens de implementatie van de gereguleerde marktwerking in 1991 tot en met 1996.

Specialisten en managers, een strijd tussen twee verschillende culturen

Niet minder dan 60 procent van de in 1985 aangestelde managers waren daarvoor werkzaam als administrateur of financieel medewerker in de NHS. Verpleegkundigen vullden iets minder dan 10 procent van de managementposten. Van de 12 procent managers die buiten de NHS werden gerecruteerd, was de grootste groep niet afkomstig uit het bedrijfsleven maar uit de krijgsmacht.⁵⁹ Deze managers en de specialisten zijn behept met een verschillend normen- en waardenpatroon waarmee zij elkaars werk beoordelen. Zo benadrukken managers het collectief handelen, teamwork en groepsprestaties. Specialisten beschikken over een meer individueel gevoel voor verantwoordelijkheid, ontleend aan de kern van hun dagelijks werk, de arts-patiëntrelatie (zie paragraaf 1.1.4). Naarmate de door de overheid ter beschikking gestelde middelen geen gelijke tred hielden met de groeiende zorgvraag, kwam de onderlinge relatie tussen managers en specialisten meer onder druk te staan en konden de bestaande cultuurverschillen aanleiding geven tot conflicten en een harmonieuze samenwerking bemoeilijken.

Vanaf 1985 werd op verschillende manieren gepoogd specialisten meer bij het NHS-management te betrekken, zowel op het niveau van de DHA's als dat van de ziekenhuizen zelf. Specialisten konden bijvoorbeeld solliciteren op managementfuncties bij een DHA of een ziekenhuis. Verder hadden verschillende ziekenhuizen geprobeerd de organisatiestructuur aan te passen en specialisten

als bijvoorbeeld 'clinical director' aan te stellen. Al deze pogingen waren tot 1991 vrijwel op niets uitgelopen. Specialisten bleken niet warm te lopen voor managementfuncties, terwijl zowel de ziekenhuisbesturen als de DHA-besturen zich vaak terughoudend opstelden tegen de enkele specialisten die wel solliciteerden. Volgens Scrivens was het geringe inlevingsvermogen van managers in de motieven van specialisten om toe te treden tot het management een van de belangrijkste oorzaken voor de lauwe belangstelling van specialisten voor managementfuncties.⁶⁰ Het meestbelovende initiatief om specialisten meer financiële verantwoordelijkheid te geven voor het reilen en zeilen van het ziekenhuis, waren de pogingen om consultants aan te stellen als budgethouder voor de medische afdeling waaraan zij leiding gaven. Dit is het voornaamste onderwerp in de hiernavolgende paragraaf.

De periode 1985-1991: de consultant als budgethouder

Omdat Nederlandse en Belgische specialisten per verrichting worden vergoed, kunnen de respectievelijke overheden proberen de specialisten via het verrichtingsstelsel aan te zetten tot meer economisch doelmatig handelen. Voor het beïnvloeden van Britse in loondienst werkende specialisten ontbreekt deze mogelijkheid. Daarom poogde de Britse overheid in 1985 de machtigste specialisten, de consultants, te stimuleren economisch doelmatiger te werken, door hun medische afdelingen te budgetteren en de consultant aan te stellen als budgethouder.

Om dit te bewerkstelligen was het zaak 'to create a set of explicit financial responsibilities and relationships within the institution.'⁶¹ Het idee consultants aan te stellen als budgethouder was niet nieuw. Al in de jaren zeventig was geëxperimenteerd met de zogenoemde 'clinical budgets'. Hierin werden de kosten bepaald van een intra- en extramurale behandeling en/of per specifieke medische afdeling. Actieve participatie van specialisten inzake het aanleveren van data voor het vaststellen van 'clinical budgets' werd niet noodzakelijk geacht, terwijl de controle van medische afdelingshoofden op budgetoverschrijdingen veelal ontbrak. Hierin zouden 'management budgets' (MB) verandering brengen. De 'health authorities' kregen de opdracht: '...to develop (MB) involving clinicians at unit level with the emphasis on management and not accountability. The aim is to produce an unsophisticated system in which workload related budgets covering financial and manpower allocations and full overhead costs are closely related to workable service objectives, and against which performance and progress can be measured.'⁶² Al voor de publicatie van het Griffiths-rapport in 1983 waren vier DHA's bereid met MB te experimenteren, niet in de laatste plaats doordat verschillende consultants in hun district het MB-experiment positief waardeerden. Vervolgens concentreerde de aandacht zich vooral op het ontwikkelen en implementeren van allerlei technische informatiesystemen, zoals 'Performance Indicators' (PI's), terwijl de paramedische beroepen zoals de verpleegkundigen geheel werden genegeerd.

De aanleiding voor het experiment met PI's, dat in januari 1982 van start ging, was een jaarverslag van de 'Comptroller and Auditor-General'.⁶³ Deze over-

heidsfunctionaris controleert onder meer of de overheidsuitgaven de beoogde bestemming bereiken. Over het nut van de aan de NHS ter beschikking gestelde middelen bleek hij moeilijk uitspraken te kunnen doen, aangezien informatie over het eindproduct 'gezondheidszorg' ontbrak. Hierdoor konden de 'District-' en 'Regional Health Authorities' slechts beperkt controle op de bestede middelen uitoefenen. Dit vormde de aanleiding om met PI's te experimenteren, waar in het Griffiths-rapport op werd ingehaakt. In dat rapport werd voorgesteld informatie te verzamelen op instellings-, districts- en regionaal niveau, waarmee het ministerie zou worden voorzien van informatie over de geproduceerde gezondheidszorg. De PI's zouden aldus het in 1985 aan te stellen management de mogelijkheid moeten geven om de gezondheidszorgproductie tussen districten en regio's te kunnen vergelijken.

'Performance Indicators', uitgedrukt in getallen, refereerden aan klinisch handelen, menskracht, financiën, enzovoort en werden geconstrueerd uit al beschikbare data. Indicatoren waren onder meer de gemiddelde verpleegduur, gemiddelde bedbezetting, enzovoort. De scores op deze PI's waren het gevolg van medisch handelen. Het eerste nationale pakket indicators werd in september 1983 geformuleerd. Met de invoering van de indicatoren brandde de kritiek los: scores op een indicator hadden weinig van doen met de kwaliteit van het medisch handelen; absolute numerieke cijfers gaven een vertekend beeld van de werkelijkheid en vele data waren inaccuraat waardoor een relatie ontbrak tussen de score op een indicator en de uitkomst van zorg. Door de gebrekkige interpretatiemogelijkheden bleken PI's voor het management onbruikbaar als sturingsinstrument. Wel speelden indicatoren (als scores op de PI's zich daarvoor leenden) een rol bij het achteraf legitimeren van beleid. Harrison en Pollitt concludeerden dat de ontwikkeling en implementatie van PI's geen systematische impact heeft gehad op het handelen van artsen.

Het ontwikkelen van de PI's was een van de belangrijkste aandachtspunten bij de experimenten met 'management budgets'. Een van de organisatie-adviesbureaus die deze experimenten evalueerde, concludeerde al snel dat de specialisten MB hadden geaccepteerd en als een niet-bedreigende vorm van financiële controle beschouwden. Deze conclusie was enigszins voorbarig, aangezien het winnen van steun bij specialisten voor MB een lage prioriteit genoot. In december 1986 evalueerde het ministerie van Volksgezondheid zelf de resultaten van de MB-experimenten en kwam vervolgens tot een geheel andere conclusie. Weliswaar waren er verschillende informatiesystemen ontwikkeld, maar veruit de meeste consultants ondersteunden de experimenten niet. Het enthousiasme van consultants voor de MB's was niet in de laatste plaats beperkt, omdat de budgethoudende consultant de bewerkstelligde besparingen niet aan het eigen budget mocht toevoegen. Desalniettemin werd de hoop niet opgegeven en het experiment vond voortgang onder een nieuwe naam: 'resource management'. Bij de 'resource management' experimenten stond het winnen van vertrouwen van consultants en verpleegkundigen wel centraal. Drie jaar later kondigde het ministerie van Volksgezondheid in de nota 'Working for Patients' aan dat het 'resource management' experiment zou worden uitgebreid. Echter, met diezelfde nota werd de relatie met de medische beroepsorganisaties grondig verstoord,

hetgeen de medewerking van specialisten aan deze projecten op de helling zette. Om toch de medewerking van consultants voor 'resource management' te verkrijgen, kregen zij belangrijke zeggenschap over de inhoud van de informatiesystemen die het experiment moesten ondersteunen. Het gevolg was dat de systemen informatie bevatten die meer de belangen van de specialisten dan die van de managers diende. Uiteindelijk ontwikkelde 'resource management' zich met name als een controle-instrument van managers voor de verpleegkundige diensten.⁶⁴ Scrivens benadrukte hierbij dat de managers niet over sanctiemogelijkheden beschikten, als een consultant-budgethouder de met managers gemaakte afspraken niet nakwam. Het enige wat de manager kon doen was het budget van de consultant verlagen, waardoor de al lange wachtlijsten nog meer in omvang zouden toenemen.⁶⁵ Een cultuurverandering in de relatie tussen het management en consultants bleef uit,⁶⁶ en de impact van managers in de ziekenhuizen bleef tot 1991 gering. Cox schreef hierover: 'It is always a surprise for the author to go onto wards or into the community services and find that the every day process of operations, treatment, care and out-patient appointments was carrying on as usual.'⁶⁷

Hiermee zijn we terug bij de vraag: in welke mate hebben de managers de positie van consultants kunnen bedreigen. Voor de periode 1985-1991 kan worden geconcludeerd: niet of marginaal. De specialisten waren niet in grote aantallen te verleiden tot managementparticipatie, terwijl de 'voor managen' benodigde informatie niet tot tevredenheid kon worden ingezameld.⁶⁸ Het probleem is dat deze informatie door specialisten zelf moet worden aangedragen en dat zij daar alleen toe bereid zijn als ze de informatiesystemen zelf controleren. Niet verbazingwekkend schrijven Harrison en Pollitt dat '...RM has by no means provided a pervasive means of control of doctors.'⁶⁹ Mogelijk kon de invoering van de interne markt in 1991 hierin verandering brengen.

De periode 1991-1996: specialisten en managers in de interne markt

In 1991 werd de omgeving (de NHS-organisatie) waarbinnen specialisten en managers functioneerden geheel geherdefinieerd, met de introductie van de interne markt. Gedurende de implementatie van de interne markt werd het 'NHS Research and Development program' (R&D) opgericht door de 'NHS Management Executive' (NHSME, zelf ook een product van WfP). Doel van het 'R&D program' is kennisverwerving over besluitvormingsprocessen binnen de NHS voor beïnvloeding van het medisch handelen, door onder meer 'Health Services Research' (HSR) te ondersteunen. Op alle niveaus dienen managers mee te werken aan het verzamelen van informatie. Volgens Hunter heeft dit specialisten uit een defensieve motivatie gestimuleerd tot zowel managementparticipatie als het deelnemen aan medical audit en het formuleren van medische richtlijnen.⁷⁰ Hoewel harde bewijzen vooralsnog ontbreken, nemen Harrison en Pollitt in ziekenhuizen een stijgende populariteit waar van het 'clinical directorate model', waarin een specialist naast het klinisch werk managementstaken voor zijn rekening neemt.⁷¹ Deze 'clinical director', budgethouder voor zijn specialisme, is verantwoording verschuldigd aan het algemeen ziekenhuismanagement. In zijn

werk wordt de 'clinical director' soms ondersteund door een full-time manager, meestal afkomstig uit de verpleegkunde. Specialisten denken dankzij het 'clinical directorate model' beter hun belangen in het ziekenhuis te kunnen verdedigen, terwijl managers juist veronderstellen hun controle op specialisten te versterken. Harrison en Pollitt verwoorden deze veronderstelling van managers als volgt:

'The vehicle for this control is the incorporation of professionals themselves into managerial controls, subject to managerial parameters, such as budgets; it begins to replace both the collegial assumptions which have underpinned the past organization of hospital medicine...'.⁷² Desalniettemin heeft het 'clinical directorate' volgens Hunter geleid tot een verhoogde stamvorming, waarbij de 'clinical director' met name de belangen van het eigen specialisme verdedigt. Freemantle e.a. stellen in 1993 dat de verminderde flexibiliteit in de samenwerking tussen de verschillende specialismen de sturingsmogelijkheden van het ziekenhuismanagement hindert. Zo houden clinical directors financiële baten van bijvoorbeeld onvervulde vacatures in het eigen budget, terwijl deze vroeger in de algemene reserves van het ziekenhuis werden gestort, waarover het algemeen ziekenhuismanagement medezeggenschap heeft.⁷³ Niet verbazingwekkend vinden de 'purchasing authorities' het: '...increasingly difficult to get information from providers because it is considered to be commercially sensitive.'⁷⁴

Behalve bij consultants, kende ook het enthousiasme van managers voor de managementparticipatie van artsen grenzen. Niet alleen vanwege de eerder genoemde cultuurverschillen tussen consultants en managers, maar ook omdat de managers zelf niet gebaat waren bij een al te energieke managementparticipatie; zij wensten zichzelf niet overbodig maken.⁷⁵ Ook werden de handelingsmogelijkheden van managers binnen de interne markt door de overheid via een achterdeur beperkt, door het aan voorwaarden verbinden van de af te sluiten contracten.

Ong e.a. laten in 1997 inzake de gepolariseerde verhoudingen tussen specialisten en managers een positiever geluid horen.⁷⁶ Deze auteurs betogen dat nu de ergste schokken in de gezondheidszorg door 'Working for Patients' voorbij zijn, specialisten zich meer en meer een 'managerial orientation' eigen maken. Specialisten zouden zich er ook steeds beter van bewust zijn dat de autonomie van managers wordt beperkt via de door inkopers gestelde prioriteiten en beschikbaar gestelde financiële middelen. Voor het behoud van de financiering van hun diensten zouden specialisten steeds vaker korte- en middellange termijnallianties met managers aangaan. Dit zwaard snijdt aan twee kanten, want ook managers hebben behoefte aan een coalitiepartner nu hun positie in de NHS steeds meer onder druk komt te staan.

Na de jarenlange NHS-hervormingen lijkt niet alleen het medisch beroep zijn wonden.⁷⁷ Thans wordt het NHS-management zelf in toenemende mate verantwoordelijk gesteld voor de stijgende kosten van de gezondheidszorg en immer aantoonbare ondoelmatige zorgverlening door de NHS. De 'Audit Commission' (een in 1983 door de overheid opgericht en gefinancierd onafhankelijk onderzoeksinstituut) verrichtte een onderzoek naar de efficiëntie in de zorgverlening binnen verschillende ziekenhuizen en kwam tot onthutsende conclusies. In een van de ziekenhuizen bijvoorbeeld waren voor het maken een röntgenfoto tien mensen nodig die 64 handelingen verrichtten in 127 minuten, waarvan drie

minuten in beslag werden genomen voor het nemen van de foto zelf.⁷⁸ Daar stond tegenover dat alleen al het aantal topmanagers van 510 in 1987, was gestegen naar 13.500 in 1992, terwijl hun salariskosten van 11 naar 251 miljoen pond (ofwel met ruim 2000 procent) toenamen.⁷⁹ In schrill contrast hiermee staat een dalend aantal verloskundigen en verpleegkundigen.⁸⁰ Om de verschillen in de kwaliteit van de geleverde dienstverlening door ziekenhuizen aan patiënten te objectiveren, heeft de overheid gepoogd twee instrumenten te ontwikkelen, de 'league table' en het certificeren van instellingen.

De 'league table' en de certificatie van instellingen

Hieronder worden kort twee instrumenten beschreven die de medische beroepsuitoefening mogelijk zijdelings beïnvloeden, namelijk de 'league table' en de certificatie van instellingen. Met beide instrumenten wordt door instellingen aan gebruikers te kennen gegeven dat aan bepaalde vooraf gestelde (kwaliteits)eisen wordt voldaan.

De 'league table' die sinds 1994 wordt gepubliceerd, is een voortvloeisel van 'The Patient's Charter' (zie paragraaf 3.3.4). In het 'Charter' zelf zijn de eerste negen standaarden gepubliceerd waaraan ziekenhuizen ten aanzien van 'patiëntvriendelijkheid' dienen te voldoen. De scores (van 1 tot 5 sterren) van ziekenhuizen op deze standaarden worden vervolgens (sinds 1994) gepubliceerd in de 'league table'. De eerste standaarden hebben bijvoorbeeld betrekking op, de toegankelijkheid van zorginstellingen voor rolstoelpatiënten, wachttijden voor ambulante hulp, wachttijden voor 'initial assessment in accident and emergency departments', enzovoort. Over de invloed van standaarden op de door patiënten beleefde kwaliteit van zorg, valt te twisten. Zo bevond het 'Hull Royal Infirmary' zich in 1995 vrijwel onderaan de 'League tabel'. Vervolgens werden door dit ziekenhuis 'hello-nurses' aangesteld, die iedere binnenkomende patiënt binnen 10 seconden moeten opvangen, om hen vervolgens naar de wachtkamer te begeleiden. Met succes steeg het aantal patiënten dat binnen (de standaard van) 5 minuten deskundige hulp ontving van 63 naar 99 procent. Anno 1996 is het 'Hull Royal Infirmary' een vijfsterrenziekenhuis. Volgens 'The Sunday Times' wordt er op deze wijze op grote schaal door vele ziekenhuizen de hand gelicht met de standaarden.⁸¹ Vooralsnog lijken de activiteiten in het kader van de 'league table' op een rituele dans, die de zelfregulering van het medisch beroep ongemoeid laat.

Het ontwikkelen van certificatiesystemen voor instellingen kreeg tot in de jaren negentig geen steun van de ministers van Volksgezondheid, uit angst voor kostenstijgingen en een bureaucratisering van de zorgverlening.⁸² Vervolgens zijn er verschillende initiatieven ontplooid om via certificatie te komen tot een externe beoordeling van de kwaliteit van het zorgaanbod.⁸³ Hierbij wordt gebruikt gemaakt van normen, ontwikkeld door het 'British Standardization Institute' (BSI), dat zich laat vergelijken met de 'International Organization for Standardization' dat de ISO-normen voor kwaliteitssystemen (een cluster van kwaliteitsdeelsystemen die in dit onderzoek als kwaliteitsinstrumenten worden

aangeduid) formuleert. In 1991 publiceerde het BSI normen voor de dienstensector (BSI-5750). De certificatie van instellingen op basis van de BSI-normen wordt uitgevoerd door diverse instellingen, waaronder het BSI zelf en de overheid. (In het laatste geval kan de certificering van instellingen niet worden beleefd als een onafhankelijke externe kwaliteitsbeoordeling.) Al in november 1991 werden twee (radiologie)ziekenhuisafdelingen gecertificeerd en in 1992 volgde het eerste gezondheidscentrum in de eerstelijns. Maar ook de kritiek kwam snel, de BSI-normen zouden namelijk slecht aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Voorts concludeerde Ovretveit in 1994 '...that the BSI framework is not suitable to help predict the quality of many types of health service. A number of purchasers have come to this conclusion...'⁸⁴ Wel kunnen BSI-normen patiënten en zorginkopers enig zicht verschaffen op de kwaliteit van meer technische diensten, zoals die van laboratoria. Vooralsnog lijkt de certificatie in de Britse gezondheidszorg zich met name te bewegen op terreinen die niet door kwaliteitsinstrumenten van de artsen zelf worden bestreken.

Resumerend: de informatieverzameling over het medisch handelen waarmee managers het zorgverleningsproces zouden kunnen sturen, werd slechts ten dele verwezenlijkt. De invoering van gereguleerde marktwerking maakte van (medische) informatie voor alle partijen in de gezondheidszorg een strategisch goed. Specialistische waren alleen bereid informatie over hun handelen te verzamelen als zij zelf de controle over de informatiesystemen behielden. Wel waren de specialisten uit defensieve overwegingen bereid managementstaken en financiële verantwoordelijkheden op zich te nemen, zonder dat dit heeft geleid tot een vergrote managementcontrole van ziekenhuismanagers over specialisten. Ook van de 'laegue table' en de certificatie van instellingen gaat vooralsnog weinig dreiging uit voor de zelfregulering van specialisten. De domeinuitbreiding van managers binnen de ziekenhuizen is uiteindelijk voornamelijk ten koste gegaan van paramedische en ondersteunende beroepen,⁸⁵ terwijl anno 1996 de werkzaamheid van het management zelf in toenemende mate ter discussie staat.

3.3.3 De huisartsen in de gezondheidszorg, 1970-1989

Deze paragraaf is gewijd aan de veranderende relatie tussen de overheid en de huisartsenberoepsorganisaties. Hiermee worden de omstandigheden beschreven waarbinnen huisartsen normerende kwaliteitsinstrumenten kunnen ontwikkelen en invoeren. (In paragraaf 3.6.1 wordt nader ingegaan op de onderlinge relaties tussen de te onderscheiden beroepsorganisaties van huisartsen.)

Deze paragraaf valt in een drie delen uiteen. Eerst wordt de relatief rustige periode tussen 1970 en 1989 besproken. Vervolgens komt het verzet van huisartsen tegen de invoering 'Working for Patients' (WfP) aan bod. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de belangrijkste innovatie van WfP aangaande huisartsen: de budgethoudende huisarts.

Huisartsen in de luwte, 1970-1989

De huisartsen, verantwoordelijk voor 90 procent van alle arts-patiëntcontacten, gebruikten tussen 1980 en 1991 slechts 22 procent van het NHS-budget.⁸⁶ Niet verbazingwekkend probeerde het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken vooral zijn greep op de consultants te verstevigen door onder meer de positie van de huisartsen te versterken. De NHS-hervormingen in 1974 en 1983 richtten zich voornamelijk op de ziekenhuiszorg. Maar ook de huisartsen ontkwamen niet aan kritiek op de werkzaamheid van de zelfregulering en dienden zich meer zichtbaar te verantwoorden voor de door hen gegenereerde kosten. Een teken aan de wand was het in 1985 invoeren van de 'limited list' van medicijnen die NHS-huisartsen aan hun patiënten mochten voorschrijven. In 1987 publiceerde de minister van Volksgezondheid, Fowler, zijn nota 'Promoting Better Health', waarin hij zijn plannen voor huisartsen ontvouwde. Het beleid kende drie doelstellingen, te weten: het verbeteren van de kwaliteit van huisartsenzorg; het stimuleren van de patiëntvriendelijkheid en het vergroten van managementcontrole op de activiteiten van huisartsen. Financiële prikkels dienden de kwaliteit van huisartsenzorg te verbeteren, door bijvoorbeeld de 'good practice allowance' te verbinden aan aspecten als toegankelijkheid tijdens en na het spreekuur, de omvang van het aangeboden zorgpakket en aandacht voor preventie. Intercollegiale toetsing zou mogelijk een functie krijgen in het beoordelen van elkaars verwijsgedrag.⁸⁷ Terwijl de 'General Medical Service Committee' (GMS) van de BMA hierover in 1988 nog met het ministerie onderhandelde, kondigde premier Thatcher aan de NHS te willen vervangen door een particulier verzekeringsstelsel.

Huisartsen in verzet tegen 'a New Contract'

Zoals eerder vermeld, bracht Thatchers minister van Volksgezondheid, Clarke, in januari 1989 zijn nota 'Working for Patients' uit. De beoogde marktwerking werd vormgegeven door inkoop- en aanbiedersfuncties binnen de NHS te scheiden. Voor huisartsen waren de volgende ontwikkelingen van belang. Allereerst moesten de 'Family Practitioner Committees' (FPC's) plaats maken voor nieuw op te richten 'Family Health Services Authorities' (FHSA's). De oude FPC's fungeerden merendeels als doorgeefluik van honoreringen aan huisartsen en oefenden weinig controle uit op de kwaliteit van de aangeboden huisartsenzorg.⁸⁸ Om daarin verandering te brengen kregen de nieuwe FHSA's meer bevoegdheden, zoals het verzamelen van informatie over het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. Deze informatie was noodzakelijk voor het definiëren van de gezondheidsstatus, de gezondheidsbehoeften en gezondheidsverwachtingen van de patiëntenpopulatie. Terwijl de oude FPC's functioneerden als een vertegenwoordigend orgaan waarin 15 van de 30 bestuursleden door het medisch beroep werden aangewezen, kreeg de FHSA het karakter van een bestuursorgaan, waarin het medisch beroep door slechts één huisarts werd vertegenwoordigd (van een 11 leden tellend bestuur).⁸⁹ Vervolgens werd in 1990 met 'a New Contract' de relatie tussen de FHSA en de huisartsen vastgelegd. Vergoedingen werden afgestemd op de in het contract opgenomen taken van de huisarts, zoals die eerder door het 'Royal College of General Practitio-

ners' (RCGP) waren gedefinieerd. Verder mocht de FHSA een (door het RCGP ondersteunde en door de GMSC verketterde) 'good practice allowance' uitkeren aan huisartsen die vooraf gedefinieerde doelen aangaande de preventieve gezondheidszorg hadden gehaald (zie paragraaf 3.6.3). Een andere innovatie van 'Working for Patients' betrof de introductie van de huisarts als budgethouder, de zogenaamde 'GP-fundholder' (zie volgende paragraaf). Tenslotte werd de algehele invoering van medical audit voor huisartsen aangekondigd. Hiermee dienden huisartsen hun handelen voor niet-medische partijen meer zicht- en meetbaar te waarborgen (zie paragraaf 3.6.3).

Hoewel een meerderheid van de BMA-leden zich tegen de hervormingen van Clarke keerden, bleek men niet bereid tot acties, waardoor 'a New Contract' in april 1990 in werking trad.⁹⁰ Zoals eerder vermeld had Clarke's nota meer weg van een blauwdruk dan een uitgewerkt plan. De GMSC van de BMA wist vervolgens het nieuwe contract succesvol te amenderen. Toen in de nacht dat de stemmen van de tussentijdse verkiezingen voor de parlamentszetel van Vale of Glamorgan werden geteld, alwaar de conservatieve partij de eerste van een lange reeks nederlagen incasseerde, behaalden de huisartsen een overwinning aan de onderhandelingstafel. Zij verwierven een betere honorering voor nachtbezoeken, extrabetalingen voor patiënten boven de vijftenzeventig jaar en het Ministerie erkende dat bezoeken aan de 'community hospitals' en het opzetten van 'health-promotion clinics' evengoed onderdeel waren van het werk als uren gespendeerd aan kleine chirurgische ingrepen.⁹¹ Het rode boek, waarin de criteria voor vergoedingen aan de huisarts zijn vastgelegd, telde al in de herfst van 1991 niet minder dan 250 pagina's amendementen.⁹² Dit betekent wel dat huisartsen een hele waslijst verrichtingen afzonderlijk moeten declareren, om voor de vergoedingen ervan in aanmerking te komen.

Uiteindelijk zijn de Britse huisartsen sinds 1990 meer gaan verdienen. Het inkomen van huisartsen uit het abonnementssysteem steeg van 46 procent naar 60 procent. Extra betalingen voor gezondheidspromotie-activiteiten leverden iedere huisarts gemiddeld 6000 pond extra op. Het programma was zo succesvol dat de overheid wederom de onderhandelingen opende over de hoogte van de honoreringen.⁹³ Maar de scheiding tussen inkoop- en aanbiedersfuncties binnen de NHS en het reguleren van de inkopers-aanbiedersfuncties via 'a New Contract', heeft de administratieve last van de huisarts vergroot. Leese en Bosanquet spreken zelfs over een dramatische toename van de werkdruk en stress van huisartsen.⁹⁴ Een door deze auteurs geciteerde Britse huisarts zegt hierover: '...we are drowning in paper, absolutely drowning in it. God knows what is happening to the rainforests...'⁹⁵ Bovendien heeft de publicatie van de 'Patient's Charter' in 1991, waarin de rechten van patiënten nader worden geformuleerd, een grote invloed gehad op de zorgvraag in de eerste lijn. Niet alleen werden patiënten gestimuleerd meer te klagen en sneller van huisarts te wisselen, ook eisten patiënten sneller bezoek aan huis waardoor het aantal door huisartsen afgelegde huisbezoeken, met name s'nachts, sinds 1991 verdubbelde.⁹⁶ Volgens sommige huisartsen bevindt de moreel van de Britse huisarts zich in 1995 op een dieptepunt.⁹⁷ Aanwijzingen hiervoor zijn te vinden in de toenemende uittreding van huisartsen. Veel huisartsen gaan vroeg met pensioen, terwijl jonge huisartsen het beroep verlaten of vertrekken naar het buitenland.⁹⁸

Vandaar dat de BMA het terugdringen van de administratieve last van huisartsen heeft opgenomen als speerpunt van haar beleid.⁹⁹

De budgethoudende huisarts

Meer succes oogstte Clarke met de invoering van het budgethouderschap voor huisartsen ('GP-fundholding'). Huisartsenpraktijken met minimaal 11.000 patiënten (later verlaagd tot 5000 patiënten) kregen een budget waarmee zij enerzijds werden vergoed voor de door hen verleende diensten en anderzijds zorg moesten inkopen voor hun patiënten in de tweedelij. Een van de doelstellingen van deze innovatie was de machtsbalans tussen consultants en huisartsen te wijzigen in het voordeel van de huisartsen. Door het versterken van de positie van (budgethoudende) huisartsen hoopte de overheid de kosten van de zorgverlening beter te kunnen beheersen. De niet-budgethoudende huisartsen bleven hun contracten afsluiten met de FHSA, terwijl de DHA's voor de patiënten van deze huisartsen zorg inkopen bij de verzelfstandigde ziekenhuizen, de NHS Trusts. In 1995 zijn de FHSA's en DHA's gefuseerd, terwijl vrijwel alle ziekenhuizen zijn omgevormd tot 'Trusts'.

Zowel de GMSC van de BMA als het RCGP waren fel gekant tegen 'fundholding'. Zij vreesden dat de toegang tot de zorg voortaan door financiële, in plaats van klinische criteria zou worden bepaald. Een belangrijk technisch probleem betrof het bepalen van het 'GP-fundholderbudget'. Het ruim uitvallen hiervan droeg ertoe bij dat een groot aantal huisartsen bereid was te transformeren tot 'fundholder'.¹⁰⁰ De eerste 306 Engelse huisartsenpraktijken namen in april 1991 verantwoordelijkheid voor hun budgetten. In 1993 werden niet minder dan 6089 'fundholders' geregistreerd tegenover 20.018 huisartsen oude stijl.¹⁰¹ Het BMA-bestuur legde zich in datzelfde jaar neer bij de feiten.¹⁰² Vervolgens kregen nieuwe golven 'fundholders' minder ruime budgetten toegemeten. In april 1995 was het aantal 'fundholders' gestegen tot 10.000. Zij waren werkzaam in 2500 groepspraktijken en bedienden 41 procent van de Engelse bevolking.¹⁰³ Naast hun aantal nam ook de omvang van dienstverlening toe. In 1991 kochten 'fundholders' een beperkt aantal ziekenhuisdiensten in, variërend van kleine operaties tot het verrichten van een beperkt aantal diagnostische tests en onderzoeken. Twee jaar later kwamen daar bevoegdheden bij zoals: 'health visiting; district nursing; dietetic and chiropody services;' en activiteiten in de geestelijke gezondheidszorg.¹⁰⁴

De effecten van 'GP-fundholding' op de kosten, de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zijn recent in kaart gebracht door de Audit Commission, met het rapport 'What the doctor ordered'.¹⁰⁵ Uit dit in 1996 gepubliceerde onderzoek, dat eenvijfde van alle budgethouders besloeg, bleek dat 'fundholders' erin waren geslaagd de zorg voor patiënten op een aantal terreinen te verbeteren, zoals het terugbrengen van wachttijden voor behandelingen in het ziekenhuis. De uitwerking van 'fundholding' op het medisch handelen van huisartsen bleek uiteindelijk zeer gering. Effecten zoals het minder voorschrijven van medicijnen werden in het eerste fundholdingsjaar bewerkstelligd, zonder te worden gecontroleerd. Ook waren 'fundholders' niet geïnteresseerd in de medische richtlijnen van de 'Clinical Standards Advisory Group' (zie paragraaf 3.3.1). Steward-

Brown, Gilliam en Jewel van de universiteit van Oxford concludeerden: '...the commission's report makes depressing reading for those who would like to believe that fundholding is the answer to the NHS's problems.'¹⁰⁶

Voorts maken critici zich zorgen over een mogelijk grotere variatie in de kwaliteit van zorg, aangezien door extra beloningen goede praktijken steeds beter worden en slechte praktijken steeds slechter. Dit laatste geldt vooral de kleine huisartspraktijken in de binnensteden, waar traditioneel veel mensen met slechte gezondheidsrisico's zijn gevestigd.¹⁰⁷

Tenslotte is 'fundholding' een dure manier geweest om de inkoopfunctie gestalte te geven.¹⁰⁸ In de steden met veel zorgaanbieders in de tweedelijblijken 'fundholders' meer greep op de aldaar werkende consultants te hebben gekregen. In rurale gebieden met weinig aanbieders in de tweedelijblijken zijn de veranderingen in de verhouding consultant-fundholder daarentegen vrijwel nihil. Wel staat de vrije artskeuze onder druk en omdat het geld niet de patiënt maar het budget volgt, staat de gelijke toegang tot de zorg op de tocht.¹⁰⁹

Voorts bestaat er volgens Maynard een trend waarin niet-budgethoudende huisartsen de krachten bundelen onder leiding van hun FHSA/DHA, terwijl ook budgethouders meer samen gaan werken. Hierdoor kan het met de flexibiliteit van de interne markt in de eerste lijn, voor zover deze in de grote steden aanwezig is, snel zijn gedaan.¹¹⁰

3.3.4 De juridisering van de Britse gezondheidszorg

Steeds meer mensen zoeken vaker compensatie voor vermeend onrecht bij de burgerrechter, waar een arts kan worden aangeklaagd voor verwijtbaar handelen. Verder publiceerde de overheid in oktober 1991 'the Patient's Charter'¹¹¹, waarin de rechten van de patiënt expliciet werden vastgelegd. In deze paragraaf wordt de vraag gesteld in hoeverre de Britse gezondheidszorg onderhevig is aan een proces van juridisering, ofwel een toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties.¹¹² Een dergelijk proces kan de zelfregulering van het medisch beroep ondermijnen, aangezien het burgerlijk recht aan belang zou winnen ten koste van het medisch tuchtrecht voor het reguleren van conflicten in en over de medische zorgverlening.

In het hiernavolgende komen de volgende onderwerpen kort aan bod: de klachtenprocedures binnen de NHS, de 'Patient's Charter' en het stijgend aantal civiele rechtszaken die burgers tegen artsen en hun instellingen aanspannen.

Zowel artsen in loondienst als artsen die werkzaam zijn in een particuliere praktijk, vallen onder het administratief recht aangaande klachtenprocedures voor de instanties met wie zij een contract zijn overeengekomen. Binnen de NHS functioneert een wijdmazig klachtensysteem met afzonderlijke procedures voor huisartsen, specialisten en voor klinische of administratieve klachten.¹¹³

De klachtenprocedure aangaande huisartsen handelt primair over de naleving van het NHS-contract. Een klager dient zijn klacht binnen acht weken na het voorval schriftelijk in te dienen bij de 'Family Health Service Authority' (FHSA). Heeft de klacht betrekking op het NHS-contract van de huisarts, dan wordt deze doorverwezen naar de 'Medical Services Committee' (MSC) van de desbe-

treffende FHSA. Naast drie artsen hebben daarin vier niet-artsen zitting, inclusief de voorzitter. De FHSA mag het MSC-advies naast zich neerleggen; de klacht afwijzen; het aantal patiënten van de huisarts verlagen; een boete opleggen en in zeldzame gevallen een NHS-tribunaal adviseren het contract met deze huisarts te beëindigen.

Klachten over specialisten in loondienst worden onderverdeeld in klinische en niet-klinische klachten. Niet-klinische klachten moeten schriftelijk binnen drie maanden na het voorval worden ingediend bij de NHS-klachtenfunctionaris van het ziekenhuis. Serieuze klachten kunnen leiden tot sancties, waaronder schorsing. Voor het indienen van een klacht over het klinisch handelen van een arts dient de patiënt eerst overleg te plegen met deze arts. Is dit overleg niet bevredigend, dan kan de klager een brief schrijven aan de 'Regional Medical Officer' (RMO), die de klacht wederom met klager en beklaagde zal bespreken. Blijft de klager ontevreden dan vraagt de RMO aan twee specialisten een 'second opinion', op voorwaarde dat de klager geen burgerrechtelijke stappen zal ondernemen. Uiteindelijk wordt een door de RMO en 'District Health Authority' (DHA) gefilterd resultaat van de 'second opinion' aan de klager overgelegd. Erkende ernstige klachten komen vervolgens terecht in een labyrint van disciplinaire procedures van de NHS, die jaren in beslag kunnen nemen. De geheven sancties variëren van geldboetes voor tot schorsing van de schuldig bevonden arts.

De kritiek op deze NHS-klachtenprocedures is dat het formele proces vele klagers afschrikt, artsen bevoordeelt en dat vele klachten resulteren in een gering aantal sancties. Mogelijk komt hier verbetering in door het in 1991 door de overheid gepubliceerde 'Patient's Charter'.

De 'Patient's Charter' kan worden beleefd als een document waarin de overheid tegemoet komt aan de vraag van burgers naar bescherming en erkenning van hun rechten in de gezondheidszorg. Zoals eerder in paragraaf 3.2.4 werd beschreven wacht de klager in het GMC-tuchtrecht een lange weg langs verschillende commissies. In paragraaf 3.4 zal worden beschreven dat het geringe aantal veroordelingen bij burgers de schijn wekt dat tuchtrechters beroepsbescherming een hogere prioriteit geven dan patiëntenbescherming. Diezelfde kritiek valt het hiervoor beschreven klachtensysteem van de NHS ten deel. Ham ziet de 'Patient's Charter' daarentegen ook als een poging van premier Major om zich te kunnen onderscheiden van zijn voorgangster Thatcher.¹¹⁴

In het kader van een mogelijk juridiserende werking van het 'Charter' valt op dat de rechten van de patiënt niet zijn vastgelegd in een nieuwe wet, ofwel een 'Patient's Act'. Het 'Charter' heeft hierdoor meer het karakter van een wilsbetuiging van de overheid aangaande het respecteren van patiëntenrechten in de NHS, die de minister van Volksgezondheid in het voorwoord als volgt omschrijft: 'The rights and standards set out in this document form The Patient's Charter, a central part of the Government's programme to improve and modernise the delivery of the service to the public whilst continuing to reaffirm the fundamental principles of the NHS.'¹¹⁵ Met name de zinsnede 'to reaffirm' kan soms letterlijk worden genomen. Ter illustratie: wachttijden van soms meer dan twee

jaar voor sommige behandelingen zijn een voortdurende bron van irritatie bij patiënten. In het 'Charter' is aangaande wachttijden een nieuw patiëntenrecht geformuleerd: 'Exceptionally for some treatments it may be necessary to set a date more than two years away. Your health authority (or GP) will be responsible for ensuring that the guaranteed times are met...' ¹¹⁶ Uiteindelijk werden (dankzij druk van de staatssecretaris van Volksgezondheid op het NHS-management) de langste wachttijden voor een behandeling verkort, al nam het aantal patiënten dat kort op een behandeling moest wachten weer toe. ¹¹⁷ De 'Patient's Charter' beïnvloedde wel de zorgvraag in de eerste lijn. Patiënten werden door de huis aan huis bezorgde brochure aangemoedigd eerder te klagen, huisbezoeken te eisen en van huisarts te verwisselen. Hierdoor verdubbelde het aantal huisbezoeken, met name in de nacht, dat huisartsen sinds 1991 moeten afleggen. Samen met de invoering van 'a New Contract', is hierdoor de werkdruk van huisartsen dermate gestegen dat dit beroep aan populariteit verliest bij jonge artsen, die nog een specialisatie moeten kiezen. ¹¹⁸ Samenvattend: vooralsnog lijkt 'The Patient's Charter' meer de bestaande praktijk te formaliseren. In het kader van een mogelijke juridisering van de zorgverlening moet worden opgemerkt dat het 'Charter' een wilsbetuiging van de overheid betreft en geen wet waarmee de rechten van de patiënt worden beschermd. Wel heeft de 'Charter' de zorgvraag in de eerstelijns gestimuleerd. Maar expliciete sancties voor NHS-managers of artsen die de geformuleerde patiëntenrechten naast zich neer leggen, ontbreken. Echter, over de zorgverlening ontevreden patiënten kunnen ook hun recht halen via het burgerlijk recht, hetgeen deze patiënten, onder meer gestimuleerd door de 'Patient's Charter', steeds vaker doen.

Na een vervijfvoudiging van het aantal rechtszaken tussen 1980 en 1987, waarbij ook de ernst van de klachten toenam, vertoont de groei aan klachten begin jaren negentig een meer geleidelijke stijging. In 1990-1991 hebben 12,11 patiënten per 100.000 inwoners een eis tot schadevergoeding ingediend, welke in 20 tot 25 procent (1600) van de gevallen is toegewezen (in de Verenigde Staten bedraagt de verhouding 30 op 100.000). Het kost de NHS jaarlijks 50 miljoen pond op een budget van 15.426 biljoen. Schadeclaims vormen voor de NHS vooralsnog geen onoverkomelijk probleem. ¹¹⁹ Volgens Ham houdt de stijging in het aantal civiele procedures geen verband met een daling in de kwaliteit van het geneeskundig handelen. ¹²⁰ Dit laat niet onverlet dat de aansprakelijkheidsverzekeraars van artsen tussen 1978 en 1988 alleen het hoofd boven water wisten te houden door de premies met 2700 procent te verhogen. Dingwall wijt dit naast onderfinanciering mede aan het gebrekkige aanpassingsvermogen van deze artsenverzekeraars. ¹²¹ Desalniettemin heeft de 'Patient's Charter' sinds 1991 de juridisering van de zorg gestimuleerd. Bovendien zoeken advocaten steeds actiever naar klanten in de gezondheidszorg. Van Schaik, een Nederlander die in Groot-Brittannië de huisartsenopleiding volgt, neemt in plaatselijk kranten steeds meer advertenties waar van advocatenkantoren met slogans als: 'no cure, we make them pay.' ¹²² Deze ontwikkelingen stimuleren veel (huis)artsen tot defensief handelen. Zo is het doen van vaginaal

onderzoek door een mannelijke huisarts, zonder de aanwezigheid van een vrouwelijke verpleegkundige, vragen om moeilijkheden.

Resumerend: hoewel het belang van het recht in de gezondheidszorg onmiskenbaar toeneemt, beziet Dingwall deze ontwikkeling meer in lijn met brede maatschappelijke processen als de individualisering en de opkomst van een 'contractmaatschappij', die op alle beroepen in West-Europese landen zijn weerslag kent. In de gezondheidszorg maakt de informele arts-patiëntrelatie plaats voor meer geformaliseerde afspraken (contracten) tussen aanbieders en consumenten van zorg. De mate waarin een juridisering van de gezondheidszorg de zelfregulering van het medisch beroep bedreigt, is afhankelijk van de bereidheid van de overheid rechtspraak als operationeel instrument te gebruiken voor het reguleren van de gezondheidszorg. Ofwel, kiest de overheid voor expliciete dan wel impliciete rantsoenering van de beperkte middelen over een toenemend aantal mensen dat zorg behoeft.

Concluderend: sinds 1974 proberen niet-medische partijen in toenemende mate het medisch handelen in een door hen gewenste richting te beïnvloeden, met behulp van juridische en (vooral) financieringsinstrumenten. In plaats van informeel, worden artsen steeds formeler verantwoordelijk gesteld voor de door hen bestede middelen aan zorg. Via meer expliciete financieringssystemen, zoals gespecificeerde budgetten en/of gedetailleerde contracten, probeert de overheid - al dan niet ondersteund door het in 1985 binnen de NHS geïntroduceerde management - artsen tot meer economisch doelmatig handelen te bewegen. Dit heeft ook de strijd om de macht in de gezondheidszorg gedecentraliseerd. In plaats van dat de beroepsorganisaties met de overheid twisten over de hoogte van het macrobudget, strijden artsen en managers thans ook op districtsniveau of binnen de ziekenhuizen zelf over de besteding van de beschikbare middelen. Door deze conflictueuze verhoudingen, neemt de verwevenheid tussen de onbepaaldheid van veel medisch handelen en belangenbehartiging voor artsen alleen maar toe.

Specialisten en huisartsen bleken de voorgenomen hervormingen, zoals de introductie van gereguleerde marktwerking, aanzienlijk te kunnen vertragen en zelfs te frustreren. Het management wist geen beslissende hoeveelheid bruikbare managementinformatie over het medisch handelen te verzamelen, consultants traden alleen toe tot het management op eigen voorwaarden, terwijl ook het medisch handelen van de budgethoudende huisartsen niet in een door de overheid gewenste richting werd bijgesteld. Tevens gaat zowel van de 'league table', als de certificatie van instellingen, weinig dreiging uit voor de zelfregulering van het medisch beroep. Nu de kosten van de zorgverlening sneller oplopen en de beoogde grotere efficiëntie in de zorgverlening daarbij achterblijft, staat de positie van het management steeds meer ter discussie en wordt de aloude strategie van impliciete rantsoenering voor de overheid weer aantrekkelijker. Het is zelfs de vraag of de overheid de strategie van impliciete rantsoenering ooit verlaten heeft, wanneer het artsenaanbod in ogenschouw wordt genomen. Dit aanbod wordt met behulp van de overheid dusdanig beperkt, dat de NHS steeds

meer afhankelijk wordt van 'overzeese' artsen voor het op peil houden van de zorgverlening.

Een andere bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep betreft het toenemend beroep dat kritische en teleurgestelde klagers doen op het burgerlijk recht, om compensatie voor het vermeend aangedaan onrecht te verkrijgen.

Deze trend verhoudt zich echter met die bij andere beroepen in West-Europese samenlevingen. Verder heeft de sterke stijging van het aantal civiele procedures zich enigszins gestabiliseerd. Of het belang van rechtspraak in de gezondheidszorg nog verder zal toenemen en de zelfregulering van artsen kan bedreigen, hangt onder meer af van de mate waarin de overheid de zorg expliciet wenst te rantsoeneren en wetgeving formuleert om marktwerking te reguleren. Voor zowel de zelfregulering van specialisten als die van huisartsen kan worden geconcludeerd dat deze vanaf 1989 zwaar onder druk heeft gestaan. In welke mate deze externe druk grenzen stelt aan de medewerking van individuele artsen aan een meer transparant kwaliteitsbeleid, zal in de paragrafen 3.5 (voor specialisten) en 3.6 (voor huisartsen) worden beschreven. Eerst worden in de volgende paragraaf veranderingen in de bestaande educatieve instrumenten bestudeerd, waarmee het medisch beroep de zelfregulering gestalte geeft.

3.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996

In de voorgaande paragraaf is beschreven hoe de overheid met juridische en (vooral) financieringsinstrumenten de medische handelingsvrijheid van artsen probeerde in te perken. In de bestudeerde periode lag de klinische autonomie van het medisch beroep ook direct onder vuur, vanwege de voortdurende kritiek van burgers en politici op het functioneren van de 'General Medical Council' (GMC). Alleen bij de GMC geregistreerde artsen kunnen een NHS-contract verwerven. Naast het bewaken van de ethische code, is de GMC ook verantwoordelijk voor de visitatie en inspectie van de medische faculteiten en de opleiders. Tenslotte controleren de GMC-tuchtcolleges de beroepsuitoefening. In deze paragraaf is de vraag gesteld in hoeverre het medisch handelen zich in meer expliciete (tucht)regels liet vatten en in welke mate niet-medische partijen zeggenschap verworven in het beoordelen van de medische beroepsuitoefening.

De 'General Medical Council' onder druk

De onvrede van artsen en burgers over het functioneren van de GMC wordt in vier delen beschreven. Allereerst wordt de kritiek binnen en buiten het medisch beroep op het GMC-bestuur in de jaren zeventig bestudeerd. Vervolgens komt de instelling van de 'ombudsman' in 1977 aan bod. Voorts wordt het toenemende aantal tuchtrechtszaken behandeld. Tot besluit wordt aandacht besteed aan de voortdurende kritiek die burgers en politici in de jaren negentig blijven uiten op het functioneren van de GMC.

Het elitaire GMC-bestuur, gedomineerd door vertegenwoordigers van prestigieuze Londense ziekenhuizen als St. Thomas, St. Mary's, St. Bartholomew's en

het Westminster ziekenhuis, kreeg rond 1970 te maken met kritiek van niet in Londen werkende specialisten, van huisartsen en van arts-assistenten.¹²³ Deze artsen wensten een verkiesbaar GMC-bestuur. De onvrede bij deze artsen kwam tot uitbarsting door de stijgende financiële problemen van de GMC, veroorzaakt door inflatie en een toenemend ledental (en daarmee meer tuchtrechtszaken). In 1969 gaf het parlement de GMC toestemming de contributie van artsen te verhogen. Voorts kregen de GMC-tuchtcolleges de bevoegdheid artsen voor maximaal één jaar van het register te schorsen. Met de contributieverhoging zou ook de van overheidswege voorgestelde instelling van een GMC-register voor specialisten worden bekostigd. Dit ondermijnde de autoriteit van de hiertegen protesterende Royal Colleges. Behalve de Royal Colleges, protesteerden ook de huisartsen vanwege het gevaar als tweederangs artsen te worden geclassificeerd, aangezien de huisartsen toen nog niet over een beroepsopleiding beschikten. De GMC verloor de daaropvolgende machtsstrijd met de Royal Colleges en behaalde een Pyrrhus-overwinning op de jonge artsen die weigerden de contributieverhoging te betalen, met verstreckende gevolgen. Allereerst kwam het GMC-specialistenregister niet tot stand. Officieel kreeg de GMC wel meer bevoegdheden voor de basisopleiding tot arts, zoals het coördineren van klinische stages en het formuleren van opleidingsstandaarden. Maar hiertegen rees weer verzet van de medische faculteiten die voor hun autonomie vreesden, hetgeen het formuleren van opleidingsstandaarden frustreerde.¹²⁴ Nog schadelijker voor de GMC was de strijd rond de contributieverhoging en het verkiesbaar stellen van GMC-bestuurszetels. Drie niet in het GMC-bestuur vertegenwoordigde groepen artsen gingen de strijd met de GMC aan. Dit waren: de huisartsen, verenigd in het 'Royal College of General Practitioners' (RCGP); perifeer werkende specialisten (sinds 1948) verenigd in de 'Hospital Consultants and Specialist Association' (HCSA) en de 'house-officers' (sinds 1966) verenigd in de 'Junior Hospital Doctors Association' (JHDA). Deze onafhankelijke verenigingen mochten zich in de jaren zestig verheugen in een sterk stijgend ledental.¹²⁵ Wel bleef de 'British Medical Association' (BMA) eind jaren zeventig met 50.000 leden (HSCA, 5000 leden, JHDA, 5.500 leden), veruit de belangrijkste spreekbuis voor alle artsen.¹²⁶ Vooral jonge artsen beweerden dat het GMC-bestuur alle contact met de dagelijkse werkelijkheid had verloren. Zij weigerden de contributieverhoging (van slechts twee pond) te betalen voordat een meerderheid van de GMC-bestuurszetels verkiesbaar was gesteld. Uiteindelijk wist de GMC met behulp van de overheid de contributieverhoging af te dwingen. In 1972 moesten alle artsen een contributie-betalingsbewijs overleggen voor het verkrijgen van een NHS-contract.¹²⁷ Ondanks de GMC-overwinning in de 'contributiestrijd' was de schade voor de GMC aanzienlijk. Door ruim in de pers uitgemeten kritiek van jonge artsen op de GMC, stelde de overheid in 1973 het 'Merrison Committee' in, met als opdracht de werkzaamheid van de zelfregulering van het medisch beroep door de GMC te onderzoeken. Het in 1975 gepubliceerde rapport van dit comité resulteerde in 1979 in een aanpassing van de GMC-statuten. Een meerderheid van het GMC-bestuur werd voortaan door artsen gekozen.¹²⁸ Dankzij een nieuwe wijziging van de GMC-statuten in 1987 namen meer leken-leden, waaronder een verte-

genwoordiger van patiëntenorganisaties, zitting in het GMC-bestuur. Desalniettemin bleef de GMC een door artsen gedomineerd instituut.¹²⁹

In reactie op de onvrede bij burgers over het GMC-tuchtrecht en de NHS-klachtenprocedures werd, met de 'NHS Act' van 1977, een nationale onafhankelijke ombudsman ingesteld, de 'Health Services Commissioner' (HSC).¹³⁰ De ombudsman heeft beperkte bevoegdheden inzake vastgelopen NHS-klachtenprocedures, fouten bij het aanbieden van diensten en wanbestuur bij zorgverlenende instanties. Over het medisch handelen zelf mag de ombudsman zich niet uitspreken, terwijl hij door patiënten alleen na het doorlopen van de normale klachtenprocedures mag worden geraadpleegd. Wel heeft de ombudsman het recht artsen mondeling te ondervragen, hetgeen hij zelden doet. Het onderzoeksrapport van de ombudsman wordt aan de klager en de beklagde overgelegd. Geheven sancties worden doorgegeven aan de beklagde en de primaire getuige, maar niet aan de klager. Wanneer sancties zoals geëiste excuses, procedureveranderingen en vergoedingen voor verloren bezit niet worden nageleefd, kan de ombudsman publiekelijk zijn beklag doen bij de 'Select Committee of the Parliamentary Commissioner'. De medische beroepsorganisaties hebben de ombudsman in deze vorm nooit gezien als een echte bedreiging voor de zelfregulering.¹³¹

Ondertussen worden het GMC-tuchtrecht en de NHS-klachtenprocedures voortdurend bekritiseerd. Voor burgers en politici blijft het geringe aantal behandelde klachten en geheven sancties een punt van kritiek, aangezien tenminste de schijn wordt gewekt dat beroepsbescherming door tuchtrechters belangrijker wordt gevonden dan patiëntenbescherming. In 1988 hadden bijvoorbeeld 967 bij de GMC ingediende klachten slechts 40 veroordelingen tot gevolg.¹³² In de periode 1991/1993 nam het aantal klachten per jaar toe met 60 procent tot 1600 in 1993. In slechts 56 gevallen leidde een klacht tot de veroordeling van een arts.¹³³ Eenzelfde trend (meer klachten maar niet veel meer veroordelingen) viel waar te nemen bij de NHS-klachtenbureaus.¹³⁴ De kritiek op deze NHS-klachtenprocedures is dat het formele proces vele klagers afschrikt, beklagden worden bevoordeeld en dat vele klachten resulteren in een gering aantal sancties.¹³⁵ Het medisch handelen zou veelal informeel met impliciete normen, via 'second opinions' door collega's worden beoordeeld.

De laatste jaren heeft de kritiek op het functioneren van de GMC vooral betrekking op de kwaliteit van de basisopleiding tot arts en het onvermogen van de GMC niet-functionerende artsen te sanctioneren. Volgens de redacteur van de 'British Medical Journal' (BMJ), Smith, is deze basisopleiding 'a mess'.¹³⁶ Ook over de kwaliteit van de beroepsopleidingen heersen twijfels, blijkens het door de overheid verordonneerde 'Calman-report' (1993).¹³⁷

Rellen over niet-functionerende artsen zijn een populair onderwerp in de Britse 'tabloid' pers. Zo kon een aan Multiple Sclerosis leidende arts veelvuldig verkeerde diagnoses blijven stellen omdat de directe collega's verzuimden in te grijpen, door de GMC in te schakelen. In reactie op deze affaire kondigde de minister van Volksgezondheid, Bottomley, nieuwe richtlijnen aan voor dit soort gevallen.¹³⁸

Een half jaar later worden passieve collega's van een incompetente anesthesist wel door de GMC berispt voor wangedrag. Overigens wees de president van het 'Royal College of Anaesthetists' het lage NHS-budget voor de opleiding van anesthesisten (en dus de overheid) als hoofdschuldige aan.¹³⁹

Ondertussen trekken niet alleen disfunctionerende artsen veel aandacht in de 'tabloids'. De excentrieke seksuele hobby's van conservatieve parlementsleden, staatssecretarissen en ministers werden zo mogelijk nog breder in de pers uitgemeten. Een extern onderzoek naar het gedrag van parlementsleden vond vervolgens veel weerstand van de volksvertegenwoordigers. Dit maakt het instellen van een extern onderzoek van deze parlementsleden naar het functioneren van de GMC moeilijker aan de kiezer te verkopen.¹⁴⁰

De oppositionele 'Labour party' gaf in ieder geval te kennen dat zij van de GMC af wilde, terwijl BMJ-redacteur Smith hoopte, dankzij vernieuwend GMC-leiderschap, het initiatief in de discussie over de zelfregulering weer te kunnen heroveren.¹⁴¹ Mogelijk is de in 1995 tot GMC-voorzitter benoemde Irvine, als voormalig RCGP-voorzitter een groot vernieuwer, die gewenste voorman.¹⁴²

Concluderend: de instrumenten waarmee het medisch beroep zichzelf traditioneel reguleert, zoals de opleiding en het tuchtrecht, blijven tussen 1970 en 1996 grotendeels intact, ondanks de voortdurende kritiek op het functioneren van de GMC. Het GMC-tuchtrecht en de GMC-tuchtcolleges zijn enigszins aan de eisen van de tijd aangepast. Deze aanpassingen hebben onder meer geleid tot een democratisch gekozen GMC-bestuur, waarin ook leken steeds meer zijn vertegenwoordigd. De stijging in het aantal veroordelingen blijft evenwel ver achter bij de stijging van het aantal klachten. Dit behoeft geen verband te houden met een dalende kwaliteit van door de artsen geboden zorgverlening en is deels een illustratie van de toegenomen mondigheid van de burgers. De GMC is een door artsen gedomineerd instituut gebleven, terwijl de medische beroepsuitoefening via het GMC-tuchtrecht met veelal impliciete maatstaven wordt beoordeeld. Wel blijft de kritiek van burgers en politici op de GMC, het GMC-tuchtrecht en de GMC-controle op de basisopleiding aanhouden. Of deze aanhoudende kritiek leidt tot voor de zelfregulering bedreigende politieke besluitvorming, bijvoorbeeld als de 'Labour party' eens de oppositiebanken verlaat, kan alleen de toekomst uitwijzen.

3.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996

In de voorgaande paragrafen is beschreven hoe de zelfregulering via de 'General Medical Council' (GMC) tussen 1970 en 1996 voortdurend onder enige mate van kritiek stond en in welke mate niet-medische partijen hebben geprobeerd het medisch handelen van artsen in een door hen gewenste richting te beïnvloeden. Zowel in de jaren zeventig en tachtig, maar met name in de jaren negentig, als marktwerking in de gezondheidszorg wordt geïntroduceerd, wensen niet-medische partijen dat het medisch beroep meer transparant verantwoording aflegt voor de kwaliteit (en vooral de kosten) van medische beroepsuitoefening. Voor het bewerkstelligen van een transparante kwaliteitszorg is het echter niet

alleen de vraag of het medisch handelen zich wel in formele regels laat vatten, maar vooral of de specialisten hieraan hun medewerking verlenen als de spanningen met de overheid en het NHS-management oplopen. Hierbij worden de volgende vragen gesteld: in welke mate laat het medisch handelen zich via normerende kwaliteitsinstrumenten in regels vatten, verschuift hierdoor de klinische autonomie van de arts naar zijn beroepsorganisaties en kunnen niet-medische partijen de beroepsuitoefening dankzij deze instrumenten meer controleren?

In deze paragraaf wordt eerst de ontwikkeling in- en uitvoering van 'medical audit' onder specialisten besproken, gevolgd door de bestudering van de fenomenen 'consensus development conferences' en 'clinical guidelines'. Bij 'medical audit' dienden richtlijnen 'bottom-up' aan het medisch handelen te worden ontleend. 'Clinical guidelines' worden meer 'top-down' door de wetenschappelijke elite van het medisch beroep geformuleerd. Het formuleren van consensusrichtlijnen bevindt zich daar tussenin. De vijfjaarlijkse visitatie van opleidingsklinieken blijft in dit onderzoek buiten beschouwing. Hier wordt volstaan met de opmerking dat als opleidingsklinieken negatief worden beoordeeld, de desbetreffende consultant geen assistenten kan aanstellen, waardoor zijn (privé) praktijk klein blijft. Met het ontnemen van de opleidingsbevoegdheid wordt overigens zelden bedreigd.¹⁴³

3.5.1 'Medical audit' onder specialisten

De bespreking van 'medical audit' onder specialisten valt in drie delen uiteen. Allereerst wordt beschreven hoe de ontwikkeling van 'medical audit' in de jaren zeventig en tachtig, leidde tot grote verdeeldheid binnen het medisch beroep. Hierna komt de invoering van het instrument door de overheid in 1991 aan bod. Tot besluit wordt beschreven in welke mate 'medical audit' heeft bijgedragen aan de bewerkstelling van een meer transparante kwaliteitszorg.

Interne verdeeldheid over 'medical audit'

In 1967 publiceerde een door de overheid ingestelde commissie het Cogwheer-rapport, waarin een vorm van consensusmanagement voor ziekenhuizen werd gepresenteerd. Hierin werd ook voorgesteld een embryonale vorm van 'medical audit' ('the review of medical practice') te introduceren, waarin artsen elkaars handelen regelmatig beoordelen met impliciete normen. Zowel de 'British Medical Association' (BMA) als de Royal Colleges negeerden het onderwerp. In 1971 werd audit wederom genoemd in een voorstel tot hervorming van de 'National Health Service' (NHS). Nu was de beroepsgroep bang dat 'medical audit' zou worden georganiseerd en gecontroleerd door, aan invloed winnende, kwantitatief georiënteerde sociaal geneeskundigen, terwijl traditionele klinici de kwalitatieve individuele arts-patiëntrelatie als uitgangspunt nemen voor beoordeling van het medisch handelen. Na een intensieve lobby van de BMA verzekerde het ministerie van Volksgezondheid de beroepsorganisatie in 1973 dat dit plan niet zou worden doorgevoerd.¹⁴⁴

Nog datzelfde jaar kwam 'medical audit' wederom op de politieke agenda. Aanleiding vormde de 'contributiestrijd' tussen 'rank and file' artsen en het GMC-bestuur. De voornaamste kritiek van veel artsen gold de wijze waarop de besturen van de GMC en de BMA werden samengesteld (zie paragraaf 3.4). Als gevolg van deze kritiek van jonge artsen op het functioneren van het elitaire GMC-bestuur, zette de overheid vraagtekens bij het functioneren van de zelfregulering door de GMC. In 1973 reageerde de overheid met de installatie van het 'Merrison Committee', met de opdracht de werkzaamheid van de zelfregulering door de GMC te onderzoeken. De BMA vreesde dat Merrison een bepaalde verplichte vorm van audit zou voorstellen. Tegen de verwachting in liet de commissievoorzitter zich door de BMA-argumenten overtuigen dat audit het beste door de beroepsgroep zelf kon worden ontwikkeld. Hierdoor groeide bij de BMA-leiding het besef dat met 'medical audit' externe controle op het medisch handelen viel te vermijden.¹⁴⁵

In 1975 nam de BMA samen met de Royal Colleges en de medische faculteiten zitting in het 'Alment Committee', dat de mogelijkheden voor de ontwikkeling en invoering van audit ging onderzoeken. Maar deze commissie van artsen werd door interne tegenstellingen verscheurd en concludeerde in 1976, dat audit door de beroepsgroep als bedreigend werd ervaren en alleen aanvaardbaar was voor educatieve doeleinden. Op het moment dat Alment het rapport publiceerde was de strijd, die zich concentreerde rond de democratisering van het GMC-bestuur, evenwel gestreden. Men was overeengekomen het GMC-bestuur te reorganiseren en een meerderheid van de bestuurszetels voor artsen verkiesbaar te stellen.

In 1979 werd Merrison wederom tot voorzitter van een overheidscommissie benoemd, nu om de werkzaamheid van de NHS te onderzoeken ('Royal Commission on the NHS'). Voor deze nieuwe commissie liet Merrison de BMA zich verantwoorden voor haar standpunt inzake audit. De BMA stelde: 'We are not convinced of the need for further supervision of a qualified doctor's standard of care.' Merrison antwoorde in 1979 daarop: 'We are not convinced that the professions regard the introduction of medical audit and peer review with a proper sense of urgency'¹⁴⁶, en kwam met de aanbeveling: '...(A) planned programme for the introduction of audit and peer review... ..should be set up for the health professions by their professional bodies and progress monitored by the health departments.'¹⁴⁷

De door Merrison en zijn commissie uitgeoefende druk liet de Royal Colleges en de BMA niet onbewogen. Het 'Royal College of Physicians' verkondigde na een opiniërende conferentie over audit: 'Audit: Aiming High.'¹⁴⁸ Pogingen van het BMA-bestuur om audit voor meer dan onderwijsdoeleinden te gebruiken, kwam het bestuur in 1980 op een afstraffing van de afgevaardigdenvergadering te staan. In een motie werd het bestuur geïnstrueerd: '...to stop surveying any imposed method of medical audit.'¹⁴⁹ Het begrip 'medical audit' had voor veel Britse artsen een negatieve bijklank. Shaw schreef hierover: 'Even the terminology is forbidding.'¹⁵⁰ Als oorzaak werd verwezen naar de kennis van de Britse arts over ontwikkelingen in de Amerikaanse gezondheidszorg, waarin al verschillende vormen van externe audit functioneerden, zoals de impopulaire 'Professional Standard Review Organisations' (zie paragraaf 2.3.2). Nochtans

mocht het BMA-bestuur op de afgevaardigdenvergadering in 1981, na een uitvoerige discussie, een motie in stemming laten brengen, waarin een door het BMA-bestuur gewenste vorm van audit werd gedefinieerd. Deze aangenomen motie stelde: 'That audit should be voluntary, confidential, unconditional and non-directive.'¹⁵¹ Echter, voordat de ontwikkeling van 'medical audit' enigszins op gang komt, neemt de externe druk op het medisch beroep in 1983 een andere vorm aan door het overheidsvoornemen managers op alle NHS-niveaus aan te stellen (zie paragraaf 3.3.2).

De discussie over de ontwikkeling en eventuele invoering van audit geraakte tot 1989 op het tweede plan. Illustratief hiervoor is de reactie van een arts in 1986, op het pleidooi van de 'Central Committee for Hospital Medical Services', om zelfregulerende mechanismen voor slecht-functionerende artsen te ontwikkelen: '...Peer review in the UK is primarily an educational tool which is not widely used... ..The present systems often do not work to the maximum benefit of patients or doctors, mainly because of the understandable reluctance of all of us to criticise a colleague.'¹⁵² Desalniettemin verwierpen voorstanders van audit steeds meer invloed in de Royal Colleges, zoals de chirurg Devlin en de internist Hoffenberg.¹⁵³ De eerste was de drijvende kracht achter de succesvolle 'Confidential Enquiry into Perioperative Deaths' (1987)¹⁵⁴ en de tweede bracht het tot president van het 'Royal College of Physicians': een ideale positie om nieuwe ideeën uit te dragen. Uiteindelijk accepteerden alle Royal Colleges, op een seminar in 1988, het principe van 'medical audit'.¹⁵⁵ Maar voordat het instrument door de Royal Colleges enigszins was ontwikkeld, besloot de overheid in 1989 tot de integrale invoering van 'medical audit', hetgeen in de volgende paragraaf wordt besproken.

De overheid introduceert 'medical audit' onder specialisten

Met het vanaf 1985 aanstellen van managers op alle geledingen binnen de NHS, nam de behoefte aan zicht- en meetbare informatie over het zorgproces toe. Daarvoor ontwikkelde instrumenten, zoals de in paragraaf 3.3.2 vermelde performance indicators, bleken niet te voldoen. Ondertussen stapelde het bewijs zich op over onverklaarbare inter-doktervariatie, die werd toegeschreven aan het gebrek aan consensus bij artsen over behandelingsmethoden. Een keuze voor de goedkoopste behandelingsmethodes zou de overheid aanzienlijke besparingen kunnen opleveren. Voor zowel het invoeren van marktwerking als het traceren van de goedkoopste (en niet noodzakelijk de beste) behandelingsmethodes was het verzamelen van zicht- en meetbare informatie over de uitkomst van het product gezondheidszorg noodzakelijk. Audit kon hieraan, naast het bestrijden van inter-doktervariatie, een bijdrage leveren. In 1989 werd de introductie van 'medical audit' onder alle specialisten opgenomen in de nota 'Working for Patients' (WfP) van de minister van Volksgezondheid, Clarke. Hierin werd aangegeven hoe gereguleerde marktwerking in de NHS zou moeten gaan functioneren (zie paragraaf 3.3.1).

'Medical audit' werd in WfP gedefinieerd als: 'A systematic critical analysis of the quality of medical care, including procedures used for diagnosis and treat-

ment, the use of resources, and the resulting outcome for the patient.'¹⁵⁶ Hiermee werd audit in algemene termen gedefinieerd.¹⁵⁷ Hoewel begrippen als 'mandatory' en 'compulsory' ontbraken, betrof audit geen vrijblijvende activiteit: 'Every consultant should participate in a form of medical audit agreed between the management and the profession locally.'¹⁵⁸ Als het ministerie van Volksgezondheid een paar maanden na de publicatie van WfP het meer gespecificeerde 'Working Paper no. 6' over 'medical audit' uitbrengt, lijkt de grootste dreiging voor de zelfregulering door audit voorbij: artsen die weigeren aan de verplichte audit deel te nemen zullen niet worden bestraft en de herkomst van de met audit verzamelde informatie blijft anoniem. Artsen die niet aan de criteria voldoen dienen door collega's te worden gecorrigeerd, waarbij ernstige gevallen naar de GMC kunnen worden verwezen. Echter, bij passiviteit onder artsen mag het DHA-management zelf audits initiëren. De ondersteuning van audit vindt niet zoals in Nederland op landelijk, maar op regionaal niveau plaats via 'District Medical Audit Advisory Committees' (DMAAG's) en 'Regional Audit Committees' (RAC's), waarin voornamelijk specialisten zitting nemen. Deze comités gaan voor de invoering van audit een adviserende rol vervullen. De 'District General Manager' (DGM) laat zich door, aan de DHA verbonden, artsen in de auditcomités vertegenwoordigen. Het op te stellen jaarverslag over de auditactiviteiten moet door de DGM worden goedgekeurd. Het door specialisten gedomineerde RAC zou zich met name bezig gaan houden met het organiseren van audits voor de kleinere specialismen.¹⁵⁹ Hiermee heeft de overheid geprobeerd het wantrouwen bij het medisch beroep weg te nemen, dat met audit alleen een nieuwe vorm van bezuiniging wordt beoogd. Audit bleef hiermee een door het medisch beroep gedomineerd instrument ten bate van het onderwijs en onderzoek. Verder verkregen de Royal Colleges fondsen voor het toewijzen van auditprojecten, zodat audit kon dienen als een instrument om de zelfregulering te versterken. Ook waren de Colleges blij dat de gevreesde externe inspecties en toetsing achterwege bleven.¹⁶⁰

De uiteindelijk coulante houding van de overheid ten aanzien van audit roept evenwel vraagtekens op. In paragraaf 3.3.1 is beschreven dat de verhouding tussen de medische beroepsorganisaties en de overheid door de publicatie van WfP was gepolariseerd. Vermoedelijk was de overheid blij dat in ieder geval over één onderwerp overeenstemming met de medische beroepsorganisaties kon worden bereikt.¹⁶¹ Verder had de overheid voor het verwerven van informatie over het medisch handelen nog andere ijzers dan audit in het vuur, via het in 1991 ingestelde NHS 'Research and Development program' (R&D), met onder meer de 'Clinical Outcomes Group' (COG). Het R&D-programma moest managers voorzien van kennis over besluitvormingsprocessen binnen de NHS, met als doel het medisch handelen van artsen te kunnen beïnvloeden.¹⁶² Binnen het kader van R&D zou de COG het ontwikkelen van 'clinical guidelines' gaan stimuleren (zie paragraaf 3.5.3).¹⁶³

'Medical audit' onder specialisten in de praktijk

De financiering van audit in Groot-Brittannië, 220 miljoen pond tot 1994, is 'ring fenced' ofwel losgekoppeld van reguliere DHA-budgetten. Aanvragen voor

auditprojecten kunnen worden ingediend bij de DHA's en de Royal Colleges. In 1991 waren de fondsen voor audit de enige nieuwe geldbronnen voor artsen, hetgeen de aanvankelijke explosieve interesse van specialisten voor audit belangrijk heeft gestimuleerd.¹⁶⁴

Drie jaar na de invoering van audit verrichtte het onafhankelijke Londense onderzoeksinstituut Caspe een evaluatie-onderzoek naar de in- en uitvoering van audit in Engeland.¹⁶⁵ Naast het financieren van auditprojecten zelf, schaften de medische afdelingen vooral informatie-technologie aan, terwijl in enkele gevallen de auditfondsen gewoon op het algemene ziekenhuisbudget werden bijgeschreven. Acute geneeskunde (43 procent) bleek het meest succesvol van de nieuwe fondsen te profiteren, terwijl de community/psychiatrie programma's er met 9 procent bekaaid van afkwamen. Voor de uitvoering van audits investeerden medische afdelingen vooral in de aanstelling van stafpersoneel (39 procent).

Vervolgens is het de vraag wat voor audits specialisten uitvoerden. Robinson stelt dat specialisten veelal éénzijdige audits ondernemen.¹⁶⁶ Met audit wordt veelal voortgeborduurd op initiatieven van de Royal Colleges, vooral die van het 'Royal College of Physicians', waardoor de meeste audits het karakter hadden van een 'at random casenote review' om later te evolueren tot een 'topic based audit'. Minder vaak toegepaste vormen van audit zijn het routinematig verzamelen van data over zorgverlening, epidemiologische studies en analyses van verschillende therapieën.¹⁶⁷ Deze eenzijdige aandacht in audits voor het medisch handelen van specialisten wordt sedert 1993 gecorrigeerd met de introductie van de multiprofessionele 'clinical audit'. Hier maakt een beoordeling van het medisch handelen van specialisten deel van uit, tezamen met dat van onder meer verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Deze vorm van audit wordt door het ministerie van Volksgezondheid als volgt omschreven: 'Clinical audit involves systematically looking at procedures used for diagnosis, care and treatment, examining how associated resources are used and investigating the effect care has on the outcome and quality of life for the patient.'¹⁶⁸ 'Area Clinical Audit Committees' zullen tezamen met de aanbieders en inkopers van zorg prioriteiten stellen in de verdeling van fondsen over de verschillende clinical audit-projecten. Opvallend is daarbij dat vooral paramedische beroepen, zoals de verpleegkundigen, zich met clinical audit als professie pogen te profileren.¹⁶⁹

Het enthousiasme van specialisten voor audit kende echter grenzen, blijkt een evaluatie van de onafhankelijke 'National Audit Office' (NAO)¹⁷⁰ en een onderzoek van de parlementaire 'Committee of Public Accounts' (CPA)¹⁷¹ in 1994 naar de auditactiviteiten in Schotland. Na vragen van parlementariërs in de CPA aan Schotse NHS-topbestuurders bleek 40 procent van de Schotse specialisten niet te participeren in 'medical audit'. Voor deze specialisten zou het wettelijk bevoegde lokale management audits moeten initiëren. Tot ontzetting van de parlementariërs kende de hoogste NHS-bestuurder in Schotland geen DHA- of FHSA-bestuur dat bij passieve artsen inzake audit gebruik maakte van zijn wettelijke bevoegdheden. Daarentegen benadrukte deze topbestuurder dat het medisch beroep zichzelf reguleert.¹⁷² Kerrison et al verklaarden de passiviteit van managers inzake het initiëren van audits door te veronderstellen dat de

senior-managers het mogelijk te druk met de NHS-hervormingen hadden, terwijl het de junior-managers in de auditcommittees gewoon aan kennis ontbrak om over technische-medische audit-onderwerpen mee te praten.¹⁷³ Opmerkelijk was tenslotte de milde reactie van de overheid op de evaluatierapporten over audit.¹⁷⁴

Maar hoe valt nu de impopulariteit van audit bij vele specialisten zelf te verklaren? Er kunnen hiervoor een aantal contextuele en inhoudelijke factoren worden onderscheiden. Om met de contextuele factoren te beginnen. De voor succesvolle uitvoering van audits vereiste positieve attitude van specialisten werd door een aantal zaken gefrustreerd. 'Medical audit' werd ingevoerd ten tijde van grote spanningen tussen enerzijds het medisch beroep en anderzijds de overheid en het instellingsmanagement. Gedurende de transformatie van de NHS-ziekenhuizen in zelfstandige Trusts, heerste bij vele specialisten begrijpelijkerwijs angst voor een (door de overheid beoogde) stijgende invloed van het management ten gunste van kostenbeheersing.

Ten tweede speelt een aantal inhoudelijke factoren een rol. Als problemen noemden consultants allereerst het gebrek aan tijd, hetgeen gezien de lengte van de wachtlijsten geen verbazing hoeft te wekken.¹⁷⁵ Voorts waren sommige specialisten van mening dat de 'casenote reviews' veelal administratieve problemen aan het licht brachten, zoals het ontbreken van een brief naar de huisarts of een onjuiste adressering. Volgens deze specialisten konden dergelijke audits maar beter aan het administratief personeel worden overgelaten. Wanneer klinische onderwerpen wel aan een audit werden onderworpen, vreesden vele specialisten een bureaucratisering van het therapeutisch proces door de te formuleren medische richtlijnen. Voorts werd vooral het handelen van 'junior house officers' beoordeeld (94 procent van alle voor audit gebruikte informatie kwam uit de statussen die door hen werden bijgehouden).¹⁷⁶ Deze assistenten ervoeren 'medical audit' meer als straf dan als stimulans, deels door 'junior bashing' en deels door de saaiheid van audits. Ook durfden deze assistenten hun consultants niet te bekritisieren, van wie zij voor hun professionele toekomst mede afhankelijk zijn. Tenslotte maakten de op basis van korte-termijncontracten werkzame 'house officers' de auditcirkel niet rond.¹⁷⁷

Is het medisch handelen met 'medical audit' nu op de een of andere manier voor niet-medische partijen inzichtelijker gemaakt? BATTERY et al concludeerden dat met audit resultaten werden geboekt, maar dat deze niet te kwantificeren waren, zodat geen conclusies over de kosten-effectiviteit van audit konden worden getrokken.¹⁷⁸ De ondernomen audits variëren dermate sterk in onderwerpskeuze en aanpak, evenals de lokaal geformuleerde criteria en de kwaliteit van de informatie, dat vergelijkend onderzoek door bijvoorbeeld 'Regional Audit Commissions' ondoenlijk is.¹⁷⁹ Het is de vraag of de oprichting van een 'National Audit Response Center' (NARC) in 1994 hierin verandering kan brengen. De NARC dient alle auditinformatie te verzamelen. Artsen die audits willen initiëren zouden bij de NARC informatie kunnen verkrijgen over gelijksoortige audits die elders eerder zijn uitgevoerd. Door het verzamelen en vergelijken van lokale auditresultaten, zou de NARC tevens een bijdrage kunnen leveren aan het

'bottom up' ontwikkelen van richtlijnen op nationaal niveau. Echter, de introductie van marktwerking in de NHS heeft van informatie voor alle partijen een strategisch goed gemaakt, hetgeen zowel de ziekenhuizen als de DHA's niet stimuleert hun gegevens openbaar te maken.¹⁸⁰ Voorts is de onderwerpskeuze voor audits verschoven van onderwerpen aangaande de uitkomst van zorg, naar onderwerpen inzake de structuur en het proces van zorg, hetgeen de zelfregulering van artsen minder bedreigt.¹⁸¹ Voor het doen van uitspraken over de kwaliteit van zorg, neemt de noodzaak tot het expliciteren van het medisch handelen namelijk af in de lijn van uitkomst naar proces tot de structuur van zorg. Dit alles maakt gedane uitspraken over gedragsveranderingen bij artsen veelal speculatief, terwijl de met audit verwezenlijkte zichtbaarheid van de medische beroepsuitoefening vooral niet moet worden overschat. In 1996 concludeert Dent dan ook: 'Indeed, the early evidence indicates that medical audit has been embraced by the profession as a system of education and socialization into the profession but little progress has been made in terms of its role as arbiter of medical performance and effectiveness.'¹⁸²

Inmiddels heeft de overheid ingegrepen en sinds april 1994 loopt de financiering van audit via de reguliere budgetten van de DHA's, zodat audit moet worden opgenomen in de contracten tussen medische afdelingen en DHA's. Maar contracten hebben in de tijd als sturingsinstrument van niet-medische partijen voor het medisch handelen aan waarde ingeboet (zie paragraaf 3.2.2). Voorts vrezen specialisten dat de DHA's wel auditactiviteiten zullen verlangen, maar daarvoor niet willen betalen, hetgeen volgens de NAO het enthousiasme van welwillende artsen voor audit frustreert.¹⁸³

3.5.2 'Consensus development conferences' van specialisten

Deze paragraaf is gewijd aan de kortstondige geschiedenis van consensusbijeenkomsten (1984-1991) in de Britse gezondheidszorg. Nadat de (Amerikaanse) oorsprong van het instrument is aangestipt, worden de selectiecriteria voor onderwerpen en de organisatie van de bijeenkomsten zelf beschreven. Tenslotte wordt vermeld wat er in Groot-Brittannië van de consensusbijeenkomsten terecht gekomen is.

Het organiseren van consensusbijeenkomsten was in de Verenigde Staten een respons op de vele nieuwe medische technologieën die in het begin van de jaren zeventig tot ontwikkeling kwamen. Vandaar dat de Amerikaanse consensusbijeenkomsten nauw verbonden zijn met de opkomst van 'medical technology assessment', ofwel: 'al die activiteiten die bijdragen aan het systematisch verhelderen van de gevolgen van toepassing van medische technologie, ten behoeve van personen en instanties die betrokken zijn bij de besluitvorming in en over de gezondheidszorg.'¹⁸⁴

Ook in Groot-Brittannië ontbrandde in de jaren zeventig een discussie, binnen het ministerie van Volksgezondheid, over het gebruik van nieuwe medische technologieën, met name ten aanzien van het aanschaffen van CT-scanners. Besluitvorming daarover kwam moeizaam tot stand vanwege het ontbreken van

evaluatiemethoden om deze nieuwe medische technologieën op waarde te schatten. Zo mogelijk konden de op Amerikaanse leest geschoeide consensusbijeenkomsten hier een uitkomst bieden. In 1983 bezocht de Schotse neurochirurg Bryan Jennet een consensusbijeenkomst in de Verenigde Staten. Eenmaal in Groot-Brittannië teruggekeerd probeerde hij de ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid te enthousiasmeren voor het organiseren van consensusbijeenkomsten. Ondanks het ontbreken van evaluatiemethoden voor nieuwe technologieën, reageerde het ministerie afwijzend op Jennets voorstellen. De presidenten van de Royal Colleges van 'Surgeons' en 'Physicians' toonden wel interesse, maar zij waren niet bereid de rol van initiator of financier op zich te nemen. Uiteindelijk vond Jennet gehoor bij het King's Fund in Londen, dat in 1984 een 'pilot conference' organiseerde met 'coronary artery bypass grafting' als onderwerp.

Het King's Fund is een onafhankelijke stichting met als doelstelling (onder meer) het ondersteunen van vernieuwingen in de NHS en aanverwante organisaties.¹⁸⁵ Met het organiseren van consensusbijeenkomsten streefde het King's Fund drie doelen na. Allereerst wilde deze stichting ethische en economische overwegingen betrekken bij het prioriteren van verschillende te bediscussiëren medische technologieën. Ten tweede dienden medische technologieën multidisciplinair te worden beoordeeld. Tenslotte zou de discussie op de bijeenkomsten openstaan voor het publiek, in een poging de samenleving meer bewust te maken van keuzen in de dure zorgverlening. Om deze doelstellingen te bewerkstelligen waren de consensusbijeenkomsten openbaar en vormden niet-medici een substantieel deel van de deelnemers. Niet-medici hadden ook een meerderheid in het panel dat de conferentie leidde en de uiteindelijke 'consensusstatement' formuleerde. In 1986 bestond het twaalfkoppige panel voor de consensusbijeenkomst over borstkanker bijvoorbeeld uit: een chirurg, een oncoloog, een radioloog, een huisarts, een epidemioloog, een statisticus, een econoom, een ethicus, een verpleegkundige/manager, een socioloog, een vertegenwoordiger van de media en een leek.¹⁸⁶ In deze vorm kan de Britse consensusbijeenkomst evenwel niet als een door de medische beroepsgroep gecontroleerd en gedomineerd kwaliteitsinstrument worden gezien.

De bijeenkomsten werden als volgt georganiseerd. Allereerst heeft het King's Fund een stuurgroep opgericht, die de onderwerpen voor bijeenkomsten selecteerde. Hierin zaten naast een minderheid van King's Fund-vertegenwoordigers, afgevaardigden van het ministerie van Volksgezondheid, enkele vooraanstaande consultants, een programmamaker van de 'British Broadcasting Corporation' (BBC) en een gezondheidseconoom. De criteria voor de te selecteren onderwerpen werden als volgt gedefinieerd: 'Importance as a public health topic (this could include a disorder which affects many people, or an expensive procedure with major economic importance); multidisciplinary aspects and interest; real controversy over scientific aspects; adequate research data of acceptable quality for presentation and discussion.'¹⁸⁷

Na de selectie van een onderwerp volgde het formeren van een 'planning group', die de bijeenkomst ging organiseren. Deze groep bestond uit acht experts afkomstig uit de medische en niet-medische wereld, die het onderwerp

multidisciplinair uitdiepten. Deze experts binnen de 'planning group' mochten later geen deel uit maken van het panel op de consensusbijeenkomst, maar wel als deelnemer de conferentie bezoeken. Vervolgens formuleerden deze experts de vragen over het onderwerp. Daarna selecteerde de 'planning group' de panelleden voor de bijeenkomsten.

Een consensusbijeenkomst zelf duurde drie dagen en werd bijgewoond door 200 tot 300 deelnemers. Op de eerste dag hielden de experts hun voordracht en beantwoordden zij vragen uit het publiek, waarna het panel een voorlopige 'consensusstatement' formuleerde. Dit voorlopige 'statement' werd op de tweede dag met de deelnemers besproken. Een herzien 'statement' werd op de derde dag wederom met de deelnemers doorgenomen, waarna het panel de laatste wijzigingen aanbracht. Tenslotte eindigde de bijeenkomst met een persconferentie waarin het overeengekomen 'statement' wereldkundig werd gemaakt.

Tot 1991 werden zeven consensusbijeenkomsten georganiseerd, die het King's Fund ieder 20.000 pond hadden gekost. Aangezien het King's Fund de kosten verder niet meer alleen wilde (of kon) dragen, werd gezocht naar andere financiers, zoals het ministerie van Volksgezondheid en de 'NHS-management executive' (een product van WfP), die beiden geen interesse toonden. Hiermee kwam een voorlopig einde aan de consensusbijeenkomsten in Groot-Brittannië.

De meest succesvolle consensusbijeenkomsten hadden de behandeling van borstkanker en hartinfarct als onderwerp.¹⁸⁸ Desalniettemin luidde de conclusie van het King's Fund in 1991: 'While some consensus conferences had apparently contributed at least to changes in attitude, there was little to suggest that any one statement had immediately been accepted by all relevant parties, or had led to a strategy for implementation on a wide scale.'¹⁸⁹ Over de gebrekkige toepassing van de 'statements' in de klinische praktijk van alledag schreef McKee: 'One of the problems of implementing a statement produced nationally is that local circumstances may be such that change is inappropriate or impractical...'¹⁹⁰ Andere problemen waren volgens het King's Fund de strikte budgettering van de zorgverlening binnen de NHS en de scepsis van veel artsen tegenover nieuwe technologieën. Voorts waren de Royal Colleges niet expliciet bij de consensusbijeenkomsten betrokken. Niet in de laatste plaats stond de consensusmethode begin jaren negentig zelf onder vuur. Een van de kritieken op het alledaags medisch handelen was dat deze berust op (zogenaamde) consensus. Aldoende werd zowel de inhoud van het begrip 'consensus', als de bijeenkomsten zelf, steeds meer omstreden.¹⁹¹ Tenslotte hebben niet-medische partijen, zoals managers, geen druk op specialisten uitgeoefend om naar de 'statements' te handelen, ondanks het feit dat de meesten bekend waren met de 'statements' en wisten dat deze bij specialisten weinig navolging vonden.¹⁹²

3.5.3 Clinical guidelines voor specialisten

Eind jaren tachtig werd in ziekenhuizen nog vrijwel geen gebruik gemaakt van op nationaal niveau geformuleerde expliciete richtlijnen voor het medisch hande-

len.¹⁹⁵ In navolging van de Verenigde Staten wonnen 'clinical guidelines' in Groot-Brittannië bij de overheid aan populariteit, als instrument voor het bestrijden van inter-doktervariatie en het verhogen van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het medisch handelen. In het hieronderstaande volgt een korte weergave van de pogingen in Groot-Brittannië om medische richtlijnen te ontwikkelen.

In 1981 startte een groep internisten te Birmingham met een gerandomiseerd statusonderzoek. Deze groep internisten verwierf in toenemende mate invloed binnen het 'Royal College of Physicians' (RCP), vooral nadat één van hen - Hoffenberg - tot president van het RCP werd benoemd.¹⁹⁴ Een ander initiatief betrof het rapport van een 'Confidential enquiry into peri-operative deaths' (CEPOD) in 1987 van chirurgen.¹⁹⁵ 'Clinical guidelines' werden veelal door artsen voor de afdelingen zelf geformuleerd, dan wel ontwikkeld op regionaal niveau. Hierbij kon een Royal College, een RHA of het King's Fund een stimulerende en ondersteunende rol vervullen.¹⁹⁶ In 1989 gaf het RCP ruchtbaarheid aan haar initiatieven in deze, om twijfels bij burgers en politici over kwaliteitszorg na de publicatie van 'Working for Patients' de kop in te drukken. De 'Clinical Outcomes Group' (COG) van het ministerie van Volksgezondheid heeft deze ontwikkelingen opgepakt en organiseerde in 1993 een workshop over richtlijnen, die werden gedefinieerd als: 'Clinical Guidelines are systematically developed statements which assist in decision making about appropriate health care for specific clinical conditions.'¹⁹⁷ De COG van het ministerie bestond uit 28 leden van verschillende medische disciplines, waaronder slechts twee consultants. Dat vond de 'Joint Consultants Committee' (JCC) onvoldoende voor het ontwikkelen van implementeerbare richtlijnen. Het Ministerie ging in 1994 akkoord met het voorstel van de JCC vier consultants als lid van de COG te benoemen. Deze vier consultants vormen de kern van een op te richten JCC 'Clinical Guidelines Group', aangevuld met de JCC-voorzitter en leden van de Royal Colleges en de 'Central Consultants and Specialist Committee' van de BMA. Voorts werden vertegenwoordigers uit de eerstelijns, de verpleegkunde en patiëntenorganisaties uitgenodigd om in deze commissie zitting te nemen. Richtlijnen dienen vervolgens eerst door de JCC-commissie te worden beoordeeld, alvorens te worden beoordeeld door de COG van het ministerie van Volksgezondheid.¹⁹⁸ Het Ministerie wenst de geformuleerde richtlijnen en protocollen te gaan gebruiken als criteria voor het niet meer vergoeden van ineffektieve behandelingen. Of een dergelijke toepassing van richtlijnen inderdaad zal leiden tot kostenbesparingen, wordt door verschillende onderzoekers betwijfeld.

Om twee redenen stellen McKee en Clarke¹⁹⁹ dat een dergelijke toepassing van richtlijnen de kosten eerder zullen doen stijgen dan dalen, allereerst omdat: 'Purchasers seeking to convert them (richtlijnen, Van Herk) into restrictive protocols in contracts will have much to do to incorporate patient choice in a way that is distinguishable from the unjustifiable variation in clinical judgement that they seek to combat. This raises the question of monitoring.' Maar wanneer er sprake is van een klinisch-gelegitimeerde variatie in het medisch handelen, is 'micro-management' van de arts-patiëntrelatie medisch gezien niet alleen

onwenselijk, maar ook vrijwel onmogelijk. Ten tweede stellen McKee en Clarke dat richtlijnen inderdaad overmatig handelende artsen mogelijk tot enige terughoudendheid kunnen stimuleren. Maar tegelijkertijd kunnen diezelfde richtlijnen eertijds terughoudend handelende artsen aanzetten tot het verrichten van meer medische handelingen. Om deze redenen verwachten McKee en Clarke dat het opnemen van medische richtlijnen in contracten zal leiden tot meer medisch handelen, waardoor de kosten van de zorgverlening zullen stijgen. Voorts levert de interesse van niet-medische partijen in richtlijnen - net als de voorkennis over het gebruik van richtlijnen in de Verenigde Staten - een belangrijke bijdrage aan de behoedzame houding van Britse artsen tegenover richtlijnontwikkeling.²⁰⁰ Veel artsen zijn bang dat richtlijnen geen recht doen aan het vele onbepaald medisch handelen en leiden tot kookboekgeneeskunde, hetgeen de medewerking van specialisten aan richtlijnontwikkeling ter discussie stelt.

Vanwege de te verwachten weerstand van specialisten tegen richtlijnontwikkeling is het de vraag in hoeverre de richtlijnen daadwerkelijk door hen zullen worden gevolgd. In 1993 publiceerden Grimshaw en Russell een artikel in het Britse vakblad de 'Lancet', over niet minder dan 91 evaluatieonderzoeken van richtlijnen in de Verenigde Staten. Hiervan bleken 59 onderzoeken methodologisch correct te zijn uitgevoerd. In 55 van deze onderzoeken werd een verandering in het medisch handelen geconstateerd. Aangezien alleen het meedoen aan een onderzoek (Hawtorne-effect) al enig effect sorteert, moet dit positieve resultaat worden genuanceerd.²⁰¹ Delamothe betwijfelt of op landelijk of regionaal niveau ontwikkelde richtlijnen wel worden opgevolgd. Richtlijnen moeten om die reden volgens hem worden geformuleerd door hen die er ook gebruik van maken.²⁰² Butterly et al poneren dat op nationaal niveau ontwikkelde richtlijnen van de Royal Colleges wel de onderwerpskeuze van specialisten beïnvloeden voor richtlijnontwikkeling op het niveau van ziekenhuisafdelingen.²⁰³ Op basis van een literatuurstudie stelt Freemantle dat artsen bij het maken van keuzen in onzekerheid veelal niet rationeel handelen. Hij concludeert: '...what health professionals say they do is not necessarily what they really do... ...providing information alone may not produce large changes in practice... ...what health professionals say they want, is not necessarily what they need... ...if you are serious about attempting to help health professionals provide care that is based more firmly on evidence of effectiveness and cost effectiveness, you must expect irrational responses (or at least ones that do not pay due attention to the evidence).'²⁰⁴ Een ander probleem bij het ontwikkelen van richtlijnen op nationaal niveau is dat: 'Consideration of the entire "life cycle" of new fashions in clinical practice from early innovation to obsolescence, suggests that formal expression as "guidelines" tends to come too late to be useful.'²⁰⁵ Mechanic beoordeelt in 1995 richtlijnen als een beperkt hulpmiddel voor het expliciteren van het medisch handelen: 'explicit guidelines, however, are likely to fall short relative to the complexity of circumstances surrounding serious illness and comorbidities or to be so complex and detailed that they are impracticable. Well developed guidelines, however, focused on high cost areas can be invaluable aids in the responsible exercise of discretion - for example when establishing priorities for revascularization or use of intensive care beds.'²⁰⁶

Resumerend: het ontwikkelen van 'clinical guidelines' op nationaal niveau kwam in Groot-Brittannië net als 'medical audit' pas na overheidsinitiatieven in 1993 op gang. De Royal Colleges heroverden vervolgens snel het initiatief. Thans wordt de kosteneffectiviteit van de toepassing van richtlijnen in de tussen zorgaanbieders en zorgvragers overeen te komen contracten in twijfel getrokken. Kennelijk laat veel onbepaald medisch handelen zich niet zo eenvoudig in regels vatten. Hierbij speelt het wantrouwen van veel specialisten tegen richtlijnontwikkeling op nationale schaal, door de tumultueuze ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zeker geen stimulerende rol.

Concluderend: mogelijk wordt een deel van het medisch specialistisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten in regels geformaliseerd, maar er lijkt geen sprake van een verschuiving in de klinische autonomie van de specialist naar die van zijn beroepsorganisaties, terwijl normerende instrumenten vooralsnog geen controle van niet-medische partijen op het medisch specialistisch handelen dichterbij hebben gebracht.

'Medical audit' onder specialisten kende in Groot-Brittannië een lange en bewogen geschiedenis. Mede vanwege de voorkennis van Britse specialisten over de verschillende externe vormen van audit in de Verenigde Staten, werd het instrument door veel specialisten gewantrouwd en duurde het tot 1988 alvorens de Royal Colleges dit kwaliteitsinstrument omarmden. Het was uiteindelijk de overheid die 'medical audit' onder specialisten in 1989, tezamen met gereguleerde marktwerking, in de NHS introduceerde. Nochtans werd audit door de overheid dusdanig vormgegeven dat de zelfregulering van specialisten er niet mee werd bedreigd. Kennelijk was de overheid blij om in ieder geval over een onderwerp met de Royal Colleges overeenstemming te bereiken, waardoor 'medical audit' in 1991 op de voorwaarden van de Royal Colleges werd ingevoerd. Het met audit 'bottom-up' ontwikkelen van medische richtlijnen vindt, net als de ondersteuning ervan, op districtsniveau plaats en de herkomst van auditinformatie blijft anoniem. Hiermee sluit het instrument meer aan op bestaande instrumenten voor kwaliteitszorg, waarbij het educatieve aspect op de voorgrond staat. Zicht- en meetbare kwaliteitszorg is nog niet verwezenlijkt, terwijl audit weinig zal bijdragen aan externe controle op het medisch handelen door het NHS-management. Dit laatste kan ook voor de zeven 'consensusstatements' worden gesteld, die tussen 1984 en 1991 op door het King's Fund georganiseerde bijeenkomsten werden geformuleerd. Tekenend was in ieder geval dat noch de overheid, noch de NHS-management executive, bereid waren een vervolg op de eerste bijeenkomsten te financieren. Of het 'top-down' ontwikkelen van richtlijnen op nationaal niveau wel tot een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg kan leiden moet ernstig worden betwijfeld. Na een overheidsinitiatief, kwam een door de Royal Colleges geïnitieerde richtlijnontwikkeling op een grotere schaal tot ontplooiing. Vrijwel tegelijkertijd worden evaluatierapporten gepubliceerd, waarin de onbepaaldheid van veel medisch handelen wordt benadrukt, waardoor het gebruik van richtlijnen in contracten veeleer tot kostenstijgingen dan besparingen zal leiden. Hiermee worden de overheid argumenten in handen gespeeld, om voor het beheersen van de kosten

in de zorg vooral te blijven vertrouwen op de vertrouwde impliciete rantsoenering van de zorg.

3.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996

Bij de oprichting van de 'National Health Service' (NHS) in 1948 wisten de huisartsen hun onafhankelijke positie van contractant te behouden, terwijl de specialisten in dienstverband van genationaliseerde ziekenhuizen kwamen. Maar het leek aanvankelijk een Pyrrhus-overwinning. De NHS was voornamelijk een 'National Hospital Service'. Op een idealistische uitzondering na werd de huisarts een beroepsbeoefenaar die er niet in was geslaagd een opleidingsplaats tot specialist te verwerven. Hij leek zich overwegend met trivia bezig te houden. Door een aantal ontwikkelingen werd hierin verandering gebracht. In de loop van de jaren vijftig en zestig werden het beroepsdomein van huisartsen duidelijker omschreven, veranderingen in de basisopleiding gerealiseerd en de beroepsopleiding tot huisarts ontwikkeld. De huisartsen kregen daarbij steun van de overheid, die poogde de kosten in de dure tweedelijl te beperken. In 1965 kwamen de huisartsen en de overheid nader tot elkaar via het overeengekomen 'Doctor's Charter'. Hiermee verwierven de huisartsen een hoger inkomen, onder andere door 'Seniority Payments' (een equivalent van de 'Distinction Awards' voor specialisten) voor huisartsen met een lange staat van dienst. Als tegenprestatie waren de huisartsen bereid zich te organiseren in groepspraktijken.²⁰⁷ In paragraaf 3.3.3 is beschreven hoe de huisartsen zich in de jaren tachtig in de luwte van de diverse NHS-reorganisaties bevonden. De introductie van marktwerking ging echter ook de huisartsen niet ongemerkt voorbij. Sinds 1989 zijn de beroepsorganisaties in een almaar voortdurende strijd met de overheid verwickeld.

In deze paragraaf is bestudeerd in hoeverre het huisartsgeneeskundig handelen zich in regels laat vatten en de zelfregulering van huisartsen heeft bedreigd. Twee thema's staan daarin centraal. Ten eerste het steeds verder uit elkaar groeien van twee huisartsenorganisaties met een eigen visie op de huisartsgeneeskunde. Dit gaf het in regels vatten van het huisartsgeneeskundig handelen ook een huisarts-politieke ondertoon. Ten tweede diende met de invoering van gereguleerde marktwerking het huisartsgeneeskundig handelen te worden geëxpliciteerd. De managers van de op te richten 'Family Health Service Authorities' (FHSA's) zouden via een 'a New Contract' meer controle moeten uitoefenen op het medisch handelen van huisartsen. Het is hierbij de vraag in welke mate huisartsen onder externe druk bereid waren mee te werken aan de bewerkstelling van een meer transparante kwaliteitszorg. Binnen de hierboven geschetste context komen in deze paragraaf de volgende onderwerpen aan bod: de beroepsorganisaties van huisartsen, de beroepsopleiding tot huisarts en 'medical audit' onder huisartsen.

3.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen

De voornaamste huisartsenorganisaties waren en zijn het in 1952 opgerichte (sinds 1967 'Royal') 'College of General Practitioners' (RCGP, de wetenschappelijke vereniging) en de 'General Medical Service Committee' (GMSC) van de 'British Medical Association' (BMA) die de materiële belangen van huisartsen behartigt. Van het RCGP is één-derde van de huisartsen lid, terwijl twee-derde als lid bij de BMA staat ingeschreven. Twistpunten tussen de BMA/GMSC en RCGP zijn onder meer: de controle over de in 1981 door de overheid erkende beroepsopleiding tot huisarts (zie de volgende paragraaf); de onderlinge taakverdeling en verschillende visies op de huisartsgeneeskunde. Doordat het RCGP de controle over de beroepsopleiding moet delen met de GMSC oefent het RCGP een minder grote controle over haar leden uit dan de prestigieuze Royal Colleges van 'Physicians' en 'Surgeons', waaraan het zich spiegelt. Verder streeft het RCGP ook materiële belangenbehartiging na, terwijl de GMSC kwaliteitszorg ziet als een verlengstuk van de materiële belangenbehartiging. Tenslotte leggen de door Balint geïnspireerde oprichters van het RCGP inzake de huisartsgeneeskunde de nadruk op psycho-somatische factoren in de arts-patiëntrelatie en op de apostolische functie van de huisarts. Hiermee konden de huisartsen zich onderscheiden van de overwegend somatisch ingestelde specialisten. BMA/GMSC-leden ondersteunen meer een biomedisch model, waarmee men onder meer de kleine chirurgische ingrepen weer onder de vleugels van de huisartsgeneeskunde wilde brengen.²⁰⁸ Het psycho-sociale model van het RCGP lijkt meer als ideologie dan als leidraad voor het dagelijks Britse huisartsgeneeskundig handelen te dienen.²⁰⁹

3.6.2 Het RCGP en de verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1952-1981

Zoals eerder vermeld speelt een eigen beroepsopleiding een belangrijke rol voor de zelfregulering van een medische beroepsgroep. Om de huisartsgeneeskunde een plaats te geven in het universitair medisch onderwijs en te kunnen beschikken over een eigen beroepsopleiding moesten de Britse huisartsen twee belangrijke hindernissen nemen, te weten: de universiteiten en de 'General Medical Council' (GMC).

Na 11 jaar lobbyen kregen de huisartsen een voet tussen de deur van de universiteiten. In 1963 werd Scott te Edinburgh geïnstalleerd als de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde ter wereld. Twee jaar later verbond het RCGP haar lidmaatschap aan het huisartsexamen (M(ember)RCGP).²¹⁰ Het RCGP startte in 1970 met de experimentele driejarige beroepsopleiding tot huisarts. In 1972 werd een tweede bruggehoofd op de universiteiten verkregen, doordat de overheid op alle medische universiteiten 'regional advisers' voor 'general practice' aanstelde. Deze adviseurs dienden huisartsgeneeskundig onderwijs per regio aan de universiteiten te organiseren en onderhielden nauwe banden met het RCGP. Niet minder dan zes van de acht RCGP-voorzitters waren tussen 1967 en 1990 werkzaam geweest als 'regional adviser'.²¹¹

Voor het bewerkstelligen van een eigen beroepsopleiding moest ook de tegenstand van de GMC worden overwonnen. Het GMC-bestuur, waarin de universiteiten goed waren vertegenwoordigd, oefende controle uit over de medische basisopleiding. Begin jaren zeventig probeerde het GMC-bestuur haar controle uit te breiden tot de beroepsopleiding tot specialist. Over een eventuele beroepsopleiding tot huisarts zou de GMC uiteraard ook zeggenschap willen uitoefenen, voor zover zij daar een voorstander van was. Binnen het GMC-bestuur konden de huisartsen hun zaak niet bepleiten, zij hadden daarin namelijk geen stem. Vandaar dat huisartsen, samen met arts-assistenten en perifere specialisten een in meerderheid democratisch gekozen GMC-bestuur eisten (zie paragraaf 4.2.1). In deze crisis werd een voornaam RCGP-lid, Fry, na het overlijden van een GMC-bestuurslid (die een van de weinige verkiesbare zetels bezette) gekozen als de nieuwe man voor de vacante GMC-zetel. Bij de reguliere verkiezingen van de 11 verkiesbare zetels in 1971 onthield de BMA zich van stemadvies en kwam Fry als nummer één op de uitslagenlijst wederom in het bestuur. Met een huisarts in het GMC-bestuur kon serieus worden gewerkt aan de erkenning van de door het RCGP in 1970 gestarte experimentele driejarige beroepsopleiding tot huisarts. De huisartsgeneeskunde zelf was in 1970 nog maar gebrekkig gedefinieerd. Nascholing voor huisartsen werd bijvoorbeeld nog overwegend door specialisten verzorgd. In 1972 claimde het RCGP nadrukkelijk een eigen kennisdomein door de taken van de huisarts nader te definiëren: 'The general practitioner is a doctor who provides personal, primary and continuing medical care to individuals and families. He may attend his patients in their homes, in his consulting-room or sometimes in hospital. He accepts the responsibility for making an initial decision on every problem his patient presents to him, consulting with specialists when he thinks it appropriate to do so. He will usually work in a group with other general practitioners, from premises that are built or modified for the purpose, with the help of paramedical colleagues, adequate secretarial staff and all the equipment which is necessary... His diagnoses will be composed in physical, psychological and social terms...' ²¹² Deze visie werd de leidraad voor zowel de experimentele driejarige beroepsopleiding als de nascholing ('Continuing Medical Education' (CMA)). ²¹³

Met het claimen van een eigen kennisdomein en het wegvallen van de GMC als obstakel, streed het RCGP samen met de GMSC voor de oprichting van een beroepsopleiding tot huisarts. Dit resulteerde in de oprichting van de 'Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice' (JCPT) in 1975. Door het gezamenlijk initiatief kreeg de beroepsopleiding meer gewicht. Tezamen met het overheidsstreven de eerstelij n te versterken resulteerde dit in 1981 in de officiële erkenning van de beroepsopleiding door de overheid. Zonder een voltooide beroepsopleiding en registratie in het door de GMC bijgehouden huisartsenregister, was het niet meer mogelijk als huisarts een NHS-contract te verwerven. Wel diende het RCGP het beheer over de beroepsopleiding te delen met de GMSC, terwijl het MRCGP-examen in het luchtledige kwam te hangen. In tegenstelling tot de examens van de Royal Colleges van specialisten, leidt een MRCGP-examen niet tot een hoger inkomen of een mogelijke (voor huisartsen niet bestaande) aanstelling als consultant. Dit alles neemt niet weg dat de huisartsen (RCGP en GMSC) met hun erkende eigen be-

roepsopleiding zelf meer controle verkregen over de toegang op het beroep en de inhoud van de beroepsuitoefening.

3.6.3 'Medical audit' onder huisartsen

In de jaren zeventig nam de kritiek van burgers en politici op de zelfregulering toe en viel vanuit de politiek een groeiende belangstelling voor de ontwikkeling van 'medical audit' te bespeuren.²¹⁴ Het beoordelen van elkaars medisch handelen was voor Britse huisartsen niet nieuw. In de experimentele driejarige beroepsopleiding tot huisarts, gestart in 1970, werden huisartsen gestimuleerd elkaars handelen te bestuderen en te beoordelen.²¹⁵ Het vinden van een organisatorisch kader voor audit, een belangrijk probleem in Nederland onder veelal solistisch werkende huisartsen,²¹⁶ kon in Groot-Brittannië beter worden onderzocht doordat de meeste huisartsen al werkzaam waren in groepspraktijken en gezondheidscentra. Inhoudelijk lagen de zaken aangaande audit niet eenvoudig. Terwijl specialisten zich bij audit kunnen beperken tot harde medisch-technische handelingen, behoren deze in de huisartsgeneeskunde juist niet tot de essentie van het werk. De essentie van het huisartsgeneeskundig handelen werd gezocht in de persoonlijke, continue en integrale benadering van de patiënt in de eigen omgeving. Deze zaken laten zich moeilijk normeren en kwantificeren, terwijl het beoordelen van attitudes, het persoonlijk functioneren en de relationele aspecten van het arts-patiëntcontact, toetsing persoonlijker en bedreigender maakt.²¹⁷ Net als voor specialisten worden in deze paragraaf aangaande huisartsen de volgende vragen gesteld: in hoeverre audit het medisch handelen enigszins in formele regels heeft gevat, of daarmee de klinische autonomie van de huisarts verschoof naar die van zijn beroepsorganisaties en of 'medical audit' controle op de beroepsuitoefening door niet-medische partijen dichterbij heeft gebracht. In het hiernavolgende komt eerst de interne verdeeldheid van huisartsen over audit aan bod. Vervolgens wordt de introductie van audit onder huisartsen beschreven. Tot besluit wordt vermeld hoe audit onder huisartsen is uitgevoerd.

Verdeeldheid over 'medical audit'

Tussen 1967 en 1972 kwam audit enkele malen vruchteloos op de politieke agenda (zie paragraaf 3.5.1).²¹⁸ In 1975 pleitte de huisarts Acheson voor de invoering van een interne (intercollegiale) vorm van audit om enerzijds de kwaliteit van huisartsenzorg te waarborgen en anderzijds om te voorkomen dat het parlement een externe vorm van audit zou opleggen.²¹⁹ Een intern verdeelde commissie van medische beroepsorganisaties (commissie Alment) stelde in 1976 over 'medical audit': dat audit door de beroepsgroep als bedreigend werd ervaren en alleen aanvaardbaar was voor educatieve doeleinden. Een door de overheid ingestelde 'Royal Commission on the NHS' die de werkzaamheid van de NHS evalueerde, kwam in 1979 met de volgende aanbeveling voor huisartsen: 'General practitioners should make local arrangements specifically to facilitate audit of the services they provide.'²²⁰

Onder deze externe politieke druk ontwikkelden het RCGP en de GMSC initiatieven met betrekking tot audit, maar de onderlinge verdeeldheid was groot, zoals

in 1980 en 1981 bleek op de Jaarlijkse Vergadering van Afgevaardigden ('Annual Representatives Meeting', ARM) van de BMA (zie paragraaf 3.5.1). Desalniettemin stelden de GMSC en het RCGP nog in 1980 op een conferentie over audit (bezoekt door slechts 200 huisartsen): 'The 1980 ARM had told the Council not to investigate imposed audit but no one wanted that.'²²¹ Beide huisartsenorganisaties waren van oordeel dat audit de klinische autonomie van de individuele huisarts niet mocht bedreigen. Daarom moet niet de individuele huisarts, maar de huisartsenpraktijk worden beoordeeld aan de hand van impliciete normen, met als doel ondermaatse zorgverlening op te sporen. In 1981 werd op de Algemene Vergadering van Afgevaardigden van de BMA met veel pijn en moeite de motie aangenomen dat: '... audit should be voluntary, confidential, unconditional and non-directive.'²²² De noodzaak van het ontwikkelen van audit werd ondersteund door onderzoek van Acheson in 1981 naar onder meer inter-doktervariatie onder huisartsen in de Londense binnenstad. Daarin worden sterke onderlinge verschillen in verwijzingen, aantallen arts-patiëntcontacten en laboratoriumtesten aangetoond.²²³ Men dacht met huisartsenaudit deze variatie te kunnen bestrijden.

Tot dusver waren het RCGP en de GMSC van de BMA inzake kwaliteitszorg gezamenlijk opgetrokken. Het meer expliciteren van het huisartsgeneeskundig handelen bracht echter ook de onderlinge tegenstellingen aan het licht, zoals de verschillende visies op de huisartsgeneeskunde. Twistpunten tussen beide huisartsorganisaties betreffende kwaliteitszorg zijn de verplichtstelling van het RCGP-lidmaatschapsexamen (M(ember)RCGP) voor de erkenning als huisarts en het omzetten van 'seniority payments' (een kleine toelage die na een bepaald aantal praktijkjaren automatisch werd toegekend) in door het RCGP toe te wijzen 'good practice allowances'. Dit betekent dat huisartsen die aan bepaalde voorwaarden voor het verlenen van huisartsenzorg voldoen, met een extra toelage zouden worden beloond.

Met name het verplicht stellen van het MRCGP-examen voor de erkenning als huisarts bleek een heet hangijzer. Zo was het niveau van het lidmaatschapsexamen zelf niet van kritiek ontbloot. Omdat haar ervaringen met het MRCGP-examen met dat van veel van haar collega's bleek overeen te komen, schreef Savage hierover in 1983 een verslag in de 'British Medical Journal': 'My second half hour viva seems amusing to me now but seemed a nightmare at the time. The first examiner, who looked about 55, asked me how many times a week I would suspect a man of 55 to have sexual intercourse. He became very heated when I could not state a definite number.'²²⁴ Desalniettemin legde Dr. Savage het examen af met goed gevolg. In 1985 probeerde het RCGP de erkenning van het 'MRCGP-examen' en de 'good practice allowance' te verwezenlijken met het rapport 'Towards Quality in General Practice'.²²⁵ De reacties van GMSC-leden waren vernietigend. Zij vonden de visie van het RCGP-bestuur op huisartsgeneeskunde elitair, benadrukten dat het RCGP een minderheid vertegenwoordigde en betwijfelden zelfs of een meerderheid van de RCGP-leden de visie van het RCGP-bestuur ondersteunde.²²⁶ Vervolgens bracht het RCGP nog in datzelfde jaar een milder rapport uit, waarin de verplichtstelling van het MRCGP-

examen en invoering van 'good practice allowances' (voorlopig) werd opgegeven.²²⁷

De onderlinge tegenstellingen werden verder verscherpt toen de overheid in 1987 de nota 'Promoting Better Health' (1987) publiceerde. Daarin werd voorgesteld de omstrede 'good practice allowance' toe te kennen aan artsen die aan bepaalde criteria voldoen en het RCGP stemde daarmee in. Nog meer heil zag het RCGP in de ontwikkeling van audit, niet 'medical audit' maar 'peer review' genoemd. Hierbij dacht het RCGP aan een overheidsinvestering van 100 miljoen pond per jaar.²²⁸ Terwijl de onderlinge relatie van de huisartsenorganisaties verzuurde, ontbraken tekenen dat de huisartsen sinds 1980 over audit van gedachten waren veranderd. Dan stelt de overheid in 1989 dat huisartsen vanaf 1992 elkaars handelen verplicht moeten gaan beoordelen met 'medical audit'.

De overheid introduceert 'medical audit' onder huisartsen

Net als specialisten dienden huisartsen een vorm van 'medical audit' uit te voeren, die in de nota van Clarke werd omschreven als: 'a systematic critical analysis of the quality of medical care, including the procedures used for diagnosis and treatment, the use of resources, and the resulting outcome for the patient.'²²⁹ Gegenereerde auditgegevens konden dienen als managementinformatie, zodat het FHSA-management de eerstelijns doelmatiger en efficiënter kon besturen. Het instrument moest worden ontwikkeld door de lokale huisartsen samen met hun FHSA en diende in 1992 te worden ingevoerd. In vergelijking met de voorstellen voor de ziekenhuissector was de dreiging van audit minder sterk, aangezien de overheid vanwege de aard van het werk en het zelfstandig ondernemerschap audit onder huisartsen 'less straightforward' wilde organiseren.

Met de oprichting van 'Medical Audit Advisory Groups' (MAAG's) in 1992 onder auspiciën van de FHSA's, werd de organisatie van audit vormgegeven. De MAAG diende een tweeledig doel, namelijk het ondersteunen en het controleren van audit. De FHSA stelde de artsenleden van de MAAG aan maar hield rekening met de voorkeuren van plaatselijke artsen. De voorzitter moest het respect en vertrouwen genieten van de plaatselijke huisartsen. Ook bij audit onder huisartsen bleef de informatie over het handelen van de individuele huisarts geheim. Alleen in geaggregeerde vorm mocht informatie over het medisch handelen worden gepubliceerd. Deze publicaties dienden als 'feedback' voor alle huisartspraktijken. Of de verzamelde auditinformatie moet leiden tot een door de FHSA bemiddelde richtlijnontwikkeling op nationaal niveau is niet duidelijk.²³⁰ Alleen het recht van het FHSA-management audits te mogen initiëren voor niet-participerende huisartsen bleef een bedreiging vormen voor zelfregulering van huisartsen. Zodoende was het niet verbazingwekkend dat andere onderdelen van Clarke's nota, zoals 'GP-fundholding' en 'a New Contract', meer controversen opriepen en de discussie over audit naar de marge verplaatsten.

'Medical audit' onder huisartsen in de praktijk

Het RCGP reageerde in 1989 enthousiast op de voorgenomen invoering van audit onder alle huisartsen in 1992: 'The intention to implement medical audit should be generally welcomed; requiring all doctors to be involved in quality assurance activities is a sensible first step in ensuring that standards of care are maintained and improved.'²³¹ De voorstellen komen vrijwel overeen met de door het RCGP voorgestelde vorm van interne audit. Audit dient te worden geconcentreerd in de individuele huisartsenpraktijk en een overzicht te geven van de problemen inzake de kwaliteit van zorg in de regio. De overheid stelde tussen 1989 en 1994 niet minder dan 220 miljoen pond voor audit beschikbaar. Het onafhankelijke 'National Audit Office' constateerde in 1994 dat de participatiegraad van huisartsen aan (slechts) een enkelvoudige audit in twee Schotse districten lag tussen de 66 en 53 percent.²³² De audit-resultaten tussen Engeland en Schotland laten zich overigens goed vergelijken, maar voor huisartsen was op het moment van schrijven nog geen rapport voor Engeland beschikbaar. Op vragen van het 'Committee of Public Accounts', een onderzoekscommissie van het parlement, antwoorde de Schotse NHS-chief executive dat 50 procent van de huisartsen niet participeerde in audit en dat hij geen idee had of het FHSA-management zelf audits had geïnitieerd. Hij benadrukte dat het medisch beroep zichzelf reguleert.²³³ Maar waarom namen zoveel huisartsen geen deel aan audit?

De door huisartsen gedomineerde 'Medical Audit Advisory Groups' (MAAG's) hebben weinig druk uitgeoefend. Voor het op korte termijn veilig stellen van hun baan hebben leken-leden eenzelfde belang als passieve huisartsen, namelijk een zo positief mogelijk beeld schetsen van al dan niet verrichte auditactiviteiten. Huisartsen die audits als positief beoordelen becommentariëren MAAG-bezoeken in termen van 'pleasant and unthreatening' en 'useful and helped to start an audit.'²³⁴ Maar het enthousiasme voor 'medical audit' onder huisartsen kende grenzen. Veel huisartsen zien audit als een controle-instrument voor FHSA-managers.²³⁵ Andere barrières zijn: gebrek aan tijd, geld en enthousiasme, de beperkte resultaten van audit, de geringe ondersteuning en het ontbreken van goede informatiesystemen.²³⁶

Inmiddels loopt de financiering van audit via de FHSA's die audit daardoor kunnen opnemen in de af te sluiten contracten met huisartsen. Ook is in 1994 een 'National Audit Response Center' opgericht. Of daarmee zicht- en meetbare kwaliteitsborging in de huisartsenzorg kan worden bewerkstelligd valt te betwijfelen (zie paragraaf 3.5.1). Iedere MAAG ontwikkelt zijn eigen audit-systeem, hetgeen informatie onderling moeilijk vergelijkbaar maakt.²³⁷ Horder et. al. vinden na een literatuuronderzoek weinig bewijs voor invloed van audit op het handelen van huisartsen. Wel kan audit in combinatie met andere methoden, zoals nascholing, een positieve bijdrage aan kwaliteitsborging leveren.²³⁸ In 1996 zullen de MAAG's worden opgeheven. Daarvoor in de plaats dient een integraal kwaliteitszorgsysteem te worden ontwikkeld, dat inhoud kan geven aan 'clinical audit' in de gehele eerstelijns.²³⁹

Naast het 'bottom-up' ontwikkelen van regels voor het huisartsgeneeskundig handelen met 'medical audit', kunnen regels ook 'top-down' via richtlijnen

worden gedefinieerd. Het ontwikkelen van richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen staat in Groot-Brittannië nog in de kinderschoenen. Britse huisartsen experimenteren hier en daar op regionaal niveau met richtlijnen, waarbij met een schuin oog naar de NHG-standaarden van de Nederlandse huisartsen wordt gekeken.²⁴⁰

Concluderend: het normeren van het medisch handelen heeft een belangrijke rol gespeeld in de strijd tussen twee verdeelde huisartsenorganisaties met een eigen visie op de huisartsgeneeskunde. Uiteindelijk is audit met de steun van het RCGP, tegen de zin van de GMSC, door de overheid in 1992 aan alle huisartsen verplicht gesteld. Het bleef een door het huisartsenberoep gecontroleerd kwaliteitsinstrument, dat door 'rank and file' huisartsen werd gewantrouwd. Naast dit wantrouwen van huisartsen tegen het normerend instrument zelf, is de terughoudendheid van huisartsen te participeren in auditactiviteiten te herleiden naar de pogingen van de overheid om via gereguleerde marktwerking meer greep op het medisch handelen van huisartsen te bewerkstelligen. Regionaal opgezette audits verschilden dermate in aanpak en onderwerp dat kwantificeerbare auditinformatie over het medisch handelen van enige omvang niet beschikbaar is gekomen. Zicht- en meetbare kwaliteitszorg is niet op grote schaal verwezenlijkt, terwijl audit weinig zal bijdragen aan externe controle op het medisch handelen door het FHSA-management. Zodoende is de klinische autonomie van de individuele arts niet significant verschoven naar die van zijn beroepsorganisaties, terwijl audit geen controle van niet-medische partijen op het medisch handelen dichterbij heeft gebracht. 'Medical audit' onder huisartsen sluit hierdoor meer aan op bestaande instrumenten van kwaliteitszorg, waarbij het educatieve element op de voorgrond staat.

3.7 Slotbeschouwing

Voor het bewerkstelligen van een meer transparante kwaliteitszorg zijn in de afgelopen decennia verschillende initiatieven ontplooid. Britse artsen dienen zich thans in hun medisch handelen voor een veel breder scala aan kwaliteitsaspecten te verantwoorden. De bejegening van patiënten, de doelmatigheid en efficiëntie van het medisch handelen en het organisatorische kader rond het handelen binnen zorginstellingen kregen allemaal meer aandacht van artsen. Ook is een organisatorisch kader ontwikkeld waarin artsen meer dan voorheen intercollegiaal elkaars handelen beoordelen. Voorts is het ontwikkelen van medische richtlijnen voor specialisten op nationaal niveau recent in gang gezet. Echter, het GMC-tuchtrecht is weliswaar enigszins aan de eisen van de tijd aangepast, maar klagers worden nog altijd geconfronteerd met de vele en omslachtige GMC-tuchtrechtprocedures. Voorts was er sprake van een moeizame ontwikkeling van normerende kwaliteitsinstrumenten, zoals 'medical audit', 'consensus development conferences' en 'clinical guidelines'.

In dit hoofdstuk is de vraag gesteld in welke mate de kern van de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) van Britse

artsen door recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg is aangetast. Meer specifiek is onderzocht in hoeverre het medisch handelen zich via normerende kwaliteitsinstrumenten in regels heeft laten vatten, in welke mate hierdoor de klinische autonomie van de arts is verschoven naar zijn beroepsorganisaties en in hoeverre normerende kwaliteitsinstrumenten controle op het medisch handelen door niet-medische partijen dichtbij hebben gebracht.

De ontwikkeling van de verschillende normerende kwaliteitsinstrumenten heeft geleid tot grote interne verdeeldheid onder de artsen en hun beroepsorganisaties. Illusterend hiervoor waren de 'Alment committee' in 1975, de Algemene Vergaderingen voor Afgevaardigden van de BMA in 1980 en 1981 met 'medical audit' als controversieel onderwerp, alsmede de controversen over audit en 'good practice allowances' tussen de beroepsorganisaties (GMSC versus RCGP) van huisartsen. Door deze interne verdeeldheid was het uiteindelijk de overheid die audit onder specialisten en huisartsen introduceerde en het voortouw nam bij het ontwikkelen van 'clinical guidelines' op nationaal niveau, al heroverden de beroepsorganisaties in beide gevallen snel het initiatief. Het organiseren van consensusbijeenkomsten ging daarentegen geheel buiten de beroepsorganisaties en de overheid om en was uiteindelijk een kort leven beschoren.

'Medical audit' en 'clinical guidelines' bleven beide overwegend een exclusief instrument voor artsen. Inzake audit kan bijvoorbeeld worden gesteld dat: ondanks de verplichting ertoe passiviteit niet wordt bestraft, bronnen van auditinformatie anoniem blijven, onderwerpen en normen lokaal worden bepaald en ontwikkeld en dat het aan artsen zelf is om actie te ondernemen tegen collega's die niet aan auditnormen voldoen. De variatie in lokaal gekozen onderwerpen en methoden maken vergelijkend onderzoek op regionaal niveau vrijwel ondoenlijk. 'Medical audit' sluit meer aan op bestaande instrumenten van kwaliteitszorg, waarbij het educatieve element op de voorgrond staat. Mogelijk is het medisch handelen op lokaal niveau door deze normerende kwaliteitsinstrumenten enigszins in formele regels gevat. Aangezien criteria voor het beoordelen van het medisch handelen, voor bijvoorbeeld audits, lokaal mogen worden opgesteld kan niet worden gesteld dat hiermee de klinische autonomie van de arts verschuift naar zijn beroepsorganisaties, hetgeen controle op het medisch handelen met deze instrumenten door niet-medische partijen onwaarschijnlijk maakt. Of het medisch handelen zich in dusdanig gespecificeerde richtlijnen laat vatten dat niet-medische partijen ze kunnen opnemen in contracten, om daarmee de medische beroepsuitoefening te beïnvloeden, wordt door vele auteurs betwijfeld. Zodoende brachten normerende kwaliteitsinstrumenten vooralsnog weinig controle op de beroepsuitoefening door niet-medische partijen dichterbij.

Waardoor werd het enthousiasme van artsen voor het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg begrensd? Allereerst kan een aantal onvolkomenheden van normerende kwaliteitsinstrumenten zelf worden genoemd, zoals bijvoorbeeld de saaiheid van audits en de angst van 'junior house officers' hun medische bazen te bekritisieren. Voorts is er een aantal contextuele factoren aan te wijzen, zoals de hoog oplopende conflicten tussen artsen en hun

beroepsorganisaties met het NHS-management en de overheid over de invoering van marktwerking in de NHS. Als de overheid op nationaal niveau en managers binnen de ziekenhuizen allen proberen informatie over het product 'gezondheidszorg' te verzamelen, met als gemeenschappelijk doel artsen ertoe te bewegen meer economisch doelmatig te handelen, dan mag de terughoudendheid van artsen ten aanzien van normerende kwaliteitsinstrumenten geen verbazing wekken. De dreigende juridisering van het therapeutisch proces lijkt zich daarentegen te stabiliseren, aangezien de explosieve groei aan civiele procedures die patiënten en hun naasten tegen hun behandelaars aanspannen stagneert. Bij het meer in regels vatten van het medisch handelen lijkt een patstelling te ontstaan. Worden de artsen sterk onder druk gezet en nemen de spanningen (tussen artsen en managers of tussen beroepsorganisaties en de overheid) in de gezondheidszorg toe, dan stellen de artsen zich inzake het bewerkstelligen van een transparante kwaliteitszorg terughoudend op. Maar ook in tijden van relatieve rust, zoals in het begin van de jaren zeventig, is het transparant maken van medisch handelen een gevoelig onderwerp. Voor het vermijden van conflicten tussen beroepsorganisaties onderling of tussen beroepsorganisaties en hun leden is enige passiviteit de beste remedie.

Dit laat niet onverlet dat de overheid andere wegen heeft bewandeld om de medische beroepsuitoefening te beïnvloeden, maar was zij hierin succesvol?

Zowel de overheid als het sinds 1985 aangestelde NHS-management waren niet echt succesvol in het verwerven van informatie over het medisch handelen en het beïnvloeden van het diagnostisch en therapeutisch proces. Het verwerven van managementinformatie via 'Performance Indicators' en het 'Research and Development programme' kwam niet van de grond. Ook de pogingen van niet-medische partijen het medisch handelen te beïnvloeden via het afsluiten van gespecificeerde contracten over de zorgverlening met artsen kenden een beperkt succes. In de voor steeds langere termijn afgesloten contracten wordt het medisch handelen in almaar meer algemenere termen omschreven. Wel heeft de meer expliciete (financiële) regulering van artsen tot gevolg dat de al bestaande interdependentie tussen de financiering van de zorg en de klinische autonomie van de arts toeneemt. Vanwege de aanzienlijke hindermacht die artsen bleken te kunnen ontwikkelen op alle niveaus in de NHS, had de grootscheepse hervorming van de NHS meer weg van een uitputtingsslag tussen enerzijds het medisch beroep en anderzijds het management en de overheid. Hierbij werd de positie van het management meer ondergraven naarmate het in toenemende mate werd afgerekend op de onvoldoende verwezenlijkte doeltreffendheid en doelmatigheid in de NHS-zorgverlening. Anno 1996 stellen sommige auteurs dat specialisten en NHS-managers in toenemende mate elkaars meerwaarde als coalitiepartner ontdekken, in de strijd om de beschikbaar financiële middelen.

Concluderend: de conservatieve Britse regering heeft in de jaren tachtig in toenemende mate gepoogd haar greep op het medisch beroep te verstevigen. Maar zeven jaar na de aankondiging van een revolutionaire hervorming van de NHS is het met name de consistentie met het verleden die opvalt. De NHS is als product van een lang historisch proces kennelijk in staat ingrijpende veranderin-

gen van zijn structuur te overleven. Waar de Britse luchtvaartmaatschappij, de posterijen en het elektriciteitsbedrijf zich succesvol lieten privatiseren, bleef dit succes in de gezondheidszorg uit. Als de verwachte besparingen dankzij meer marktwerking in de gezondheidszorg uitblijven, wordt ook het expliciteren van de almaar groeiende zorgvraag voor de overheid minder aantrekkelijk. Het medisch beroep lijkt er steeds beter in te slagen de overheid ervan te overtuigen dat explicitering van het zorgaanbod - bijvoorbeeld via nationaal geldende medische richtlijnen - en de zorgvraag zal leiden tot stijgende kosten van de gezondheidszorg. Dit maakt de aloude strategie van impliciete rantsoenering van de zorg en het respecteren van de klinische autonomie van artsen steeds aantrekkelijker. Charismatische bestuurders als Thatcher en Clarke kunnen met uitgekiende strategieën, gelanceerd op het juiste moment, veel deining in de gezondheidszorg bewerkstelligen. Maar uiteindelijk verschijnen oude en bekende patronen van regulering in een moderner jasje weer aan de oppervlakte. De gezamenlijke belangen van de overheid en het medisch beroep bij een bepaalde mate van onzichtbaarheid van het zorgaanbod en zorgvraag zijn te groot om langdurig met elkaar op te gespannen voet te leven.

4 De regulering van het medisch beroep in Nederland

Initiatieven van artsen voor een meer transparante kwaliteitszorg kregen al in 1976 een vaste vorm, als de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) besluit tot de invoering van intercollegiale toetsing onder specialisten. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelt sinds 1989 de NHG-standaarden. Andere initiatieven betreffen onder meer het houden van consensusbijeenkomsten, het invoeren van herregistratie en nascholing voor zowel specialisten als huisartsen en het visiteren van niet-opleidingsklinieken van specialisten.

Niet toevallig vond de invoering van toetsing onder specialisten in 1976 en de NHG-standaarden in 1989 plaats ten tijde van grote veranderingen in de gezondheidszorg: in 1974 met de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks en in 1987 met het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de Commissie Dekker). De twee hervormingsvoorstellen zijn inhoudelijk op belangrijke punten diametraal tegengesteld, maar er zijn ook punten van overeenkomst. Zowel 'Hendriks' als 'Dekker' maakten zich zorgen om de snel stijgende kosten van de gezondheidszorg. En in beide gevallen werd het medisch beroep met de vinger nagewezen. De macht van artsen diende aan banden te worden gelegd, ofwel door de overheid (Hendriks) ofwel door marktwerking (Dekker).

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of de kern van de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) van de individuele arts door deze overheidsinitiatieven wordt aangetast. Een eventuele aantasting van de klinische autonomie kan worden gelokaliseerd in de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten. Hierbij is het de vraag: in hoeverre laat het medisch handelen zich via normerende kwaliteitsinstrumenten in regels vatten, in welke mate verschuift hierdoor de klinische autonomie van de arts naar zijn beroepsorganisaties en brengen de normerende kwaliteitsinstrumenten controle op het medisch handelen door niet-medische partijen dichterbij? Echter, de verwickelingen rond normerende kwaliteitsinstrumenten kunnen niet los van hun context worden bestudeerd. Als niet-medische partijen de kosten in de zorg beter willen beheersen door artsen te onderwerpen aan meer specifieke financieringsinstrumenten, beïnvloedt dit niet alleen het inkomen van (per handeling vergoede) artsen, maar ook hun medische handelingsvrijheid. Hetzelfde kan worden gesteld voor de invoering van nieuwe juridische instrumenten (wetgeving) en het eventueel toenemende gebruik ervan door de overheid zelf, zorgverzekeraars en patiënten. Voor de werkzaamheid van deze juridische en financieringsinstrumenten van de overheid, zorgverzekeraars en patiënten, is het beschikken over (het liefst kwantificeerbare) informatie over de te reguleren activiteit, het medisch handelen, een voorwaarde. Hierdoor wordt een spanningsveld gecreëerd, waarin artsen enerzijds onder druk worden gezet om meer transparant verantwoording af te leggen voor de kwaliteit van hun medisch handelen, terwijl anderzijds grenzen worden gesteld aan de bereidheid van artsen om belangeloos aan het kwaliteitsbeleid inhoud te geven, als zij daarmee door niet-medische partijen in hun medische handelingsvrijheid (en mogelijk in

hun inkomen) worden beknot. Ofwel, naarmate niet-medische partijen het medisch handelen meer willen beïnvloeden, neemt voor artsen het belang van de onzichtbaarheid van veel medisch handelen toe. Vandaar dat eerst de invoering van juridische en financieringsinstrumenten in beeld wordt gebracht, om daarna de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten nader in ogenschouw te nemen.

4.1 De Nederlandse gezondheidszorg

In deze paragraaf volgt een korte typering van de Nederlandse politieke constellatie en de overheidsstructuur die de organisatie van de gezondheidszorg hebben beïnvloed. Vervolgens wordt het gezondheidszorgsysteem zelf beschreven, zoals het functioneerde gedurende het grootste deel van de onderzoeksperiode. Tenslotte komt de positie van artsen in dit gezondheidszorgsysteem aan bod. Hiermee worden de omstandigheden geschetst waarbinnen politieke partijen, ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en medische beroepsorganisaties de zorgverlening naar eigen inzichten proberen aan te passen.

Consensuspolitiek en het maatschappelijk middenveld

In Nederland hebben de confessionelen (protestanten en/of katholieken) vanaf 1918 tot 1993 onafgebroken deel van de regering uitgemaakt. Zij vormden afwisselend met de sociaal-democraten of de liberalen een regeringscoalitie, soms aangevuld met splinterpartijen. Inzake de gezondheidszorg streefden de socialisten van de Partij van de Arbeid (PvdA) bij tijd en wijle naar een volksverzekering, terwijl de liberalen van de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) zich meerdere malen hebben ingezet voor meer marktwerking in de gezondheidszorg. De confessionelen, verenigd in het Christelijk Democratisch Appel (CDA), verdedigen de positie van de ziekenfondsen in het gezondheidszorgsysteem.

De geleidelijke veranderingen binnen het gezondheidszorgsysteem, op een paar erupties na, laten zich verklaren door de bestuurscultuur en -structuur waarin de overheid en particuliere organisaties met elkander verweven zijn. Dit komt volgens Van der Grinten tot uiting in het 'maatschappelijk middenveld' van de gezondheidszorg: 'een gebied tussen staat en burger waar organisaties van aanbieders, zorgverzekeraars, patiënten/consumenten, werkgevers en werknemers in samenspraak met de overheid en al of niet in het formele verband van een adviesorgaan, doende zijn met de publieke zaak.'¹ De overheid kan via deze organisaties haar grondwettelijke plichten nakomen, terwijl deze organisaties op hun beurt invloed kunnen uitoefenen op de inhoud van het overheidsbeleid. Voorbeelden hiervan zijn: de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Vaak zijn de verschillende partijen in een dergelijke organisatie vertegenwoordigd. Binnen deze organisaties gesloten compromissen kan de verantwoordelijke minister of het parlement vervolgens moeilijk negeren. De resterende zeggenschap over het volksgezondheidszorgbe-

leid moet de minister van Volksgezondheid onder meer delen met de collega's van Onderwijs (aangaande de universitaire ziekenhuizen), Sociale Zaken (lonen van werknemers in de gezondheidszorg) en Financiën (grenzen in overheidsfinanciering van de zorg). Conflicten gaan meestal over de financiering, waarbij de financieel-economische afdelingen van de onderscheiden departementen elkaar tegenwerken. Ambtenaren van Volksgezondheid zijn in deze conflicten met hun collega's van Economische Zaken en Financiën veelal de verliezende partij.² Binnen deze politieke context is de Nederlandse gezondheidszorg als volgt georganiseerd.

Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht

In de Nederlandse gezondheidszorg is een belangrijke reguleringstaak voor de overheid weggelegd, maar de ziektekostenverzekering is gedelegeerd aan sociale ('non-profit') en particuliere ziektekostenverzekeraars. Tot voor kort werd het Nederlandse systeem gekenmerkt door een verplichte ziekenfondsverzekering voor ongeveer 60 procent van de bevolking en een vrijwillige particuliere verzekering voor inwoners boven een bepaalde inkomensgrens.³ Slechts een beperkt deel van de kosten voor de gezondheidszorg (10 procent) wordt direct door de overheid uit de belastingen gefinancierd. De ziekenfondsen werden op 50/50 basis gefinancierd door werkgevers en werknemers, aangevuld met subsidies van de overheid. De inkomsten worden verzameld en herverdeeld via een centrale kas. Ziekenfondsen waren verplicht de aanbieders van zorg in de regio een contract aan te bieden. In 1968 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in het leven geroepen, die alle bijzondere ziektekosten vergoed. De organisatie van de zorgverlening werd vanaf 1974 nader geëchelonnerd. Via echelonnering werd een onderscheid gemaakt tussen: de eerstelijns, alle niet-gespecialiseerde zorgvoorzieningen; de tweedelijns, de gespecialiseerde voorzieningen; en de derdelijns, algemene en gespecialiseerde voorzieningen, zoals zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen. Omdat particuliere verzekeraars er niet in slaagden op hun markt zelf orde op zaken te stellen, heeft de overheid in 1986 bijna de helft van de markt gesocialiseerd. Vrijwillig bij het ziekenfonds verzekerde zelfstandigen kregen verplicht een standaard(pakket)polis van particuliere verzekeraars. De verzekeraars moesten dit pakket aanbieden beneden de te verwachten kosten, maar mochten de verliezen omslaan over alle particulier verzekerden. Vanaf 1989 zijn vrijwel alle bejaarden en verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico via een standaard(pakket)polis particulier verzekerd.⁴ In 1989 deed de Nederlandse gezondheidszorg een beroep op 8.3 procent van het Bruto Nationaal Product, dat is 1.3 procent meer dan in België en 2.3 procent meer dan in Groot-Brittannië.⁵

Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem

Het aantal artsen per duizend inwoners in Nederland is van 1.9 in 1980 gestegen naar 2.4 in 1989. Jaarlijks neemt dat aantal met 2.72 procent toe (zie voor een vergelijking met Groot-Brittannië en België de paragrafen 3.1 en 5.1).⁶ De 6.753 huisartsen (in 1995) fungeren als poortwachter voor de tweedelijns en de

ziekenfondsverzekerden staan verplicht ingeschreven bij een huisarts naar eigen keuze. Van de huisartsen werkt 49 procent in een solopraktijk, 31 procent in een duo-praktijk, 10 procent in een groepspraktijk en 9 procent in een gezondheidscentrum.⁷ Voor ziekenfondspatiënten ontvangen huisartsen een vast bedrag (abonnement). Handelingen ten behoeve van particuliere patiënten worden per consult vergoed. Specialisten (12.000 in 1992)⁸ zijn nog merendeels (70 procent) als zelfstandig ondernemers in een maatschap verenigd, binnen een 'gesloten' ziekenhuis. De resterende 30 procent is gesalarieerd werkzaam, voornamelijk in de acht academische ziekenhuizen. Het grootste deel van de 113 ziekenhuizen in 1993 zijn particuliere non-profitinstellingen. Een klein deel daarvan wordt beheerd door de overheid.⁹ Zelfstandig gevestigde specialisten worden per handeling vergoed, met dit verschil dat de vergoeding voor particuliere patiënten substantieel hoger is dan voor ziekenfondspatiënten. Anno 1996 staan er verschillende grote veranderingen in de ziekenhuiszorg op stapel. Een eerste plan betreft de introductie van het ziekenhuis 'nieuwe stijl' in 1997, waarin de honorering van specialisten plaatsvindt binnen het ziekenhuisbudget. Ten tweede heeft de overheid aangekondigd de tarieven van particuliere en ziekenfondspatiënten, eveneens in 1997, te willen harmoniseren.

4.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970

In deze paragraaf wordt beknopt weergegeven hoe de zelfregulering van het medisch beroep tot de aanvang van de onderzoeksperiode in 1970 is geëvolueerd. Hiervoor worden eerst de grove contouren van het volksgezondheidsbeleid tot 1876 geschetst, waarin de belangrijkste historische momenten van politieke besluitvorming worden besproken, die de verhouding tussen de overheid en de medische beroepsorganisaties een nieuw gezicht gaven. Vervolgens wordt voor de periode 1876-1970 aandacht besteed aan ontwikkelingen aangaande de beroepsvertegenwoordiging, de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht. Alleen de beschrijving van de organisatie van de medische basisopleiding wordt, vanwege de geringe ontwikkelingen daarin, doorgetrokken tot 1996. Tenslotte wordt de stafvorming binnen ziekenhuizen behandeld, vanwege de rol die de medische staf later zou gaan vervullen in het kwaliteitsbeleid van specialisten.

4.2.1 De opkomst van het medisch beroep

Nadat Napoleon in 1815 voorgoed was verslagen, stelde de overheid inzake kwakzalverij orde op zaken. Op 12 maart 1818 trad de Wet 'ter regeling van hetgene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunst' in werking. Het wijzigen van deze wet was voor artsen een belangrijke stimulans om zich te organiseren, waarbij een 'eenheid van stand' werd nagestreefd.¹⁰ In het kielzog van de tegen de adel oprukkende liberale burgerij wonnen de uit de welgestelde kringen afkomstige 'medicinae doctores' langzaam aan invloed.¹¹ Nadat de liberalen in 1848 onder Thorbecke een groot deel van de staatsmacht naar zich hadden toegetrokken, verenigden in 1849 de

ontevreden natuurwetenschappelijk geschoolde artsen zich in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Deze artsen wilden de geneeskunde losweken uit de sfeer van theologie en religie en grondvesten in de opkomende natuurwetenschappen. In het verlengde daarvan ontwikkelde zich de beweging van hygiënisten: geneeskundigen die van mening waren dat de volksgezondheid beslissend werd beïnvloed door de toestand van de openbare hygiëne.¹² Op het terrein van de volksgezondheid hebben de hygiënisten een belangrijke bijdrage geleverd aan de transitie van een standenmaatschappij naar een moderne liberale staat. Zij steunden Thorbecke en hebben ervoor gezorgd dat ook de NMG - ondanks protesten, interne ruzies en een dalend ledental - achter de liberale voorman bleef staan.¹³ Dit resulteerde in 1865 in de totstandkoming van de Geneeskundige Staatsregeling (Wet Uitoefening der Geneeskunst), die tot 1994 op hoofdpunten ongewijzigd is gebleven. Hiermee kregen alle geneeskundigen dezelfde bevoegdheden en werd een scheiding tussen medisch beroep en staat teweeg gebracht. De bevoegdheden van de medische inspectie, zoals omschreven in de Memorie van Toelichting, werden als volgt beperkt: 'Met de geneeskundigen hebben zij alleen te maken voorzover deze aan wettelijke verplichtingen zijn onderworpen. Noch de geneeskundige ambtenaren, noch de geneeskundige raden hebben eenig regt tegenover de kunstoefenaren, dan dat te constateren door procesverbaal van feiten, die met de wet in strijd zijn.'¹⁴ Voor zover het medisch handelen niet in strijd was met het burgerlijk en strafrecht, was dit een aangelegenheid tussen arts en patiënt, eventueel tussen artsen onderling, maar in ieder geval geen zaak voor overheidscontrole. Een volgende stap in de ontwikkeling van het medisch beroep was de Hooger Onderwijswet uit 1876, die de medische opleiding het exclusief domein maakte van de beroepsgroep. Voortaan waren alleen academisch opgeleide geneesheren bevoegd de geneeskunde uit te oefenen. Zij bepaalden de inhoud van de medische basisopleiding en stelden de exameneisen vast. Wie met goed gevolg het artsexamen had afgelegd, mocht in heel Nederland zowel de heel-, genees- als verloskunde beoefenen. Men sprak nadien van een 'eenheid van stand'. Aldoende was er in 1965 een scheiding tussen medisch beroep en staat bewerkstelligd en beschikte het medisch beroep sinds 1976 over een essentieel instrument om de zelfregulering inhoud te geven, de medische opleiding.

4.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming

De NMG ontwikkelde zich vanaf 1849 gestaag als belangenbehartiger voor alle artsen. Nochtans stond de onderlinge verbondenheid tussen artsen voortdurend onder druk. Een eerste ontwikkeling was de scheiding in welstand tussen jonge en gearriveerde artsen. Rond 1900 ondervonden geneeskundigen toenemende concurrentie door het groeiend aantal artsen, terwijl (toen nog kleine) particuliere organisaties als de ziekenfondsen hun werkingsterrein uitbreidden en met name een bedreiging vormden voor de vrijgevestigde artsen. Pas afgestudeerde artsen hadden vaak geen andere keuze dan tegen een lage vergoeding voor ziekenfondsen en gemeenten te werken en vrijgevestigde collega's concurrentie aan te doen. Het waren vooral deze jonge artsen die er bij de NMG succesvol op

aandrongen zich meer met belangenbehartiging bezig te houden. Hierbij hoorde een ideologie waarin werd aangenomen dat goede zorg voldoende honorering veronderstelde naast een onafhankelijke beroepsuitoefening, die het beste kon worden gewaarborgd door vrijgevestigde artsen. Om de eenheid te versterken werd de NMG-organisatie in 1902 meer gecentraliseerd. Een tegelijkertijd ingestelde weerstandskas moest jonge artsen financieel ondersteunen, zodat ze geen 'wurgcontracten' met ziekenfondsen en gemeenten behoeften af te sluiten. De onderlinge verbondenheid tussen artsen was in het begin van deze eeuw voldoende om een dreigende controle door ziekenfondsen te neutraliseren, toen de overheid de ziekenfondsen verantwoordelijkheid wilde geven voor zowel de vergoedingen aan, als de geneeskundige verstrekkingen van, medische beroepsbeoefenaren. Artsen eisten daarop vrije artsenkeuze, vertegenwoordiging in de ziekenfondsbesturen en een verplichte welstandsgrens ter bescherming van de particuliere praktijk. De overheid kwam de artsen in eerste instantie niet tegemoet. Vervolgens richtte de NMG eigen ziekenfondsen op, de zogenaamde maatschappijfondsen. Als daarna de overheidsvoorstellen toch niet worden doorgevoerd, hebben de artsen succesvol de ziekenfondsmarkt geopend.¹⁵ Een tweede ontwikkeling die de eenheid van stand en een homogene beroepsvertegenwoordiging ondermijnde was de toenemende specialisatie van artsen. Hieraan lagen niet alleen ontwikkelingen in de geneeskunde en het ziekenhuiswezen ten grondslag, maar ook de pogingen van sommige artsen om zich op de markt van medische diensten te profileren. Dit ging vaak ten koste van het marktaandeel van algemeen geneesheren, die later huisartsen werden genoemd. Toenemende spanningen tussen specialisten en huisartsen waren hiervan het gevolg en werden in 1920 voorlopig opgelost door het creëren van aparte huisartsen- en specialistenorganisaties binnen de NMG.¹⁶ Daarvoor was de relatie tussen specialisten en huisartsen al enigszins gereguleerd door het invoeren van de verwijsbrief, waardoor huisartsen als poortwachter voor gespecialiseerde zorg waren gaan fungeren.¹⁷

Het fragiele machtsevenwicht tussen de overheid, de ziekenfondsen en de medische beroepsorganisaties stond daadkrachtige besluitvorming inzake het unificeren van de toegang tot de ziekenfondsverzekering in de weg. Deze unificatie werd uiteindelijk tot stand gebracht door een externe partij. Terwijl de NMG zich in de Tweede Wereldoorlog (1940-1945) had ontbonden, creëerden de Duitsers in 1941 een verplichte ziekenfondsverzekering, waarvoor de toegang aan de bovenkant werd gelimiteerd door een welstandsgrens. Na afloop van de oorlog werd de (sinds 1946 Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heropgericht. De KNMG fungeert als koepelorganisatie voor de in 1946 opgerichte Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). In 1949 werd met de ziekenfondsen afgesproken alleen geregistreerde specialisten te honoreren. Spanningen tussen diverse groepen artsen die voor de oorlog opgeld deden, manifesteerden zich ook daarna. Onenigheid over onder meer de honorering voor ziekenfondspatiënten hebben er in de jaren vijftig toe geleid dat diverse groepen specialisten zich tijdelijk organiseerden buiten de LSV en de KNMG om.¹⁸ Ook de (inkomens)verschillen tussen specialisten en huisartsen namen in die jaren toe. In een

poging de trend van status- en inkomensverlies te doorbreken door huisartsgeeneeskunde te verheffen tot een volwaardig specialisme, richtten huisartsen in 1956 een eigen wetenschappelijke vereniging op, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Nu de beroepsverenigingen in de geschiedenis zijn gesitueerd, wordt in de hiernavolgende twee paragrafen aandacht besteed aan de traditionele kwaliteitsinstrumenten waarmee het medisch beroep zichzelf reguleert.

4.2.3 De medische opleidingen

De medische opleiding is een essentieel instrument voor de zelfregulering van het medisch beroep en vervult daarbij verschillende functies. Naast het opleiden van medisch-technisch capabele artsen, heeft de opleiding ook een socialiserende functie, die bijdraagt aan de bewerkstelling van een basis aan homogeniteit op wetenschappelijk-technisch vlak, sociale herkomst en beroepsbeeld. Ook dient de opleiding als een instrument voor uitsluiting en onderscheiding, waarmee onder meer het volume aan artsen (en daarmee hun inkomen) kan worden gereguleerd. In het hiernavolgende worden de basisopleiding tot arts en de verschillende beroepsopleidingen voor specialisatie kort besproken.

Over het totstandkomen van de medische basisopleiding is al in de vorige paragraaf verslag gedaan. Het controleren van de kwaliteit van de basisopleiding ligt in handen van de medische faculteiten. Via de visitatiecommissie van de Vereniging voor Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU), wordt de kwaliteit van de basisopleiding regelmatig gecontroleerd. De overheid die de opleiding financiert houdt enige mate van toezicht. Inzake de functie van de opleiding als instrument voor uitsluiting en onderscheiding, werd in 1972 een belangrijk besluit genomen. Om een dreigend artsenoverschot een halt toe te roepen, werd in 1972 door het ministerie van Onderwijs een numerus fixus voor de basisopleiding ingesteld. Sinds 1984 wordt de hoogte van de numerus fixus, mede op advies van de medische faculteiten, jaarlijks door het Ministerie vastgesteld.¹⁹

De eerste specialisten die zich in een zelfstandige vereniging organiseerden waren de psychiaters in 1871.²⁰ Vervolgens werden in 1883 voor het eerst diverse specialismen in de statistieken genoemd.²¹ De organisaties van specialisten claimden vanaf het begin van de twintigste eeuw steeds succesvoller het monopolie over bepaalde kennisgebieden en namen daarbij aparte specialistische beroepsopleidingen ter hand. Aangezien de wet hierin niet voorzag en de meerderheid van de artsen de eenheid van stand niet wenste op te geven, werden specialistische beroepsopleidingen collegiale aangelegenheden, die plaatsvonden buiten de universiteiten. NMG-plannen uit het begin van de twintigste eeuw voor de erkenning en registratie van specialisten, werden in 1931 gerealiseerd met de oprichting van de Stichting Medische Registratie (SMR). De registratie was in handen van een commissie die overwegend bestond uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijk verenigingen. Na de Tweede Wereldoorlog werd een begin gemaakt met het differentiëren van oplei-

dingseisen per specialisme. In 1961 bereikten de overheid en de medische beroepsorganisaties overeenstemming over de erkenning van de verschillende beroepsopleidingen tot specialist.²² Anno 1996 worden 28 wetenschappelijke verenigingen van specialisten, alsmede hun beroepsopleidingen, door de overheid erkend. De huisartsen waren in 1973 succesvol met het bewerkstelligen van een eigen, door de overheid erkende, beroepsopleiding. Met het versterken van de positie van huisartsen in de gezondheidszorg hoopte de overheid de kosten in de dure ziekenhuiszorg te beheersen.²³

Uiteindelijk kwam binnen het medisch beroep de thans vigerende verdeling van verantwoordelijkheden voor de beroepsopleidingen van artsen tot stand, die binnen de KNMG werd georganiseerd. Het Centraal College (CC) en het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) formuleren de opleidingseisen. Deze colleges bestaan overwegend uit leden van de wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten, die voorstellen over veranderingen ter goedkeuring aan het KNMG-hoofdbestuur dienen over te leggen. Sinds 1961 participeren twee ambtenaren van de departementen van Volksgezondheid en Onderwijs in de vergaderingen van de CC. Voor belangrijke veranderingen in de structuur en inhoud van de beroepsopleidingen heeft de overheid een vetorecht. In deze zin is de zelfregulering van het medisch beroep via de opleiding door de overheid aan zekere grenzen gebonden. Het houden van toezicht is de taak van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) en sinds 1973 van de Huisartsen en (sinds 1989) Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC), door het bijhouden van het register en het uitvoeren van controle op opleiders en opleidingsfaciliteiten.²⁴

4.2.4 Het medisch tuchtrecht

Naast de medische opleiding is het tuchtrecht een tweede essentieel instrument van het medisch beroep voor de zelfregulering. Hiermee worden klachten over de beroepsuitoefening van artsen door collega's beoordeeld, aan de hand van een op de eigen ethische code gebaseerde tuchtrechtsregels. In de twintigste eeuw functioneerden twee verschillende soorten tuchtcolleges, het (K)NMG-tuchtcollege en het Centraal Medisch Tuchtcollege, die hieronder kort worden besproken.

Het toezicht op het medisch handelen in de negentiende eeuw was op het afdelingsniveau van de beroepsvereniging georganiseerd en had weinig om het lijf. In 1903 werd de controle op de beroepsuitoefening door de NMG enigszins geformaliseerd door een rechtspraakregeling in het leven te roepen, die werd uitgeoefend door de afdelingsraden en de raad van beroep.²⁵ De afdelingsraden waren bevoegd op te treden tegen artsen die in strijd met de waardigheid van de geneeskundige stand hadden gehandeld. Het aantal artikelen betreffende de rechtspraak steeg gevoeglijk, vanuit de behoefte aan rechtszekerheid van de leden en het waarborgen van een goede procesgang. In 1915 mochten de maatschappijtuchtcolleges tegen artsen optreden als er sprake was van 'het zich gedragen in strijd met de belangen van de Maatschappij' en in 1952 'ondernijning van het vertrouwen in de geneeskundige stand.'²⁶

Aangezien de maatschappijrechtspraak alleen op NMG-leden (85 procent van de artsen was lid van de NMG) betrekking had en over geringe sanctiemogelijkheden beschikte, werd met de steun van de NMG in 1925 het ontwerp Medisch Tuchtrecht aan de Tweede Kamer voorgelegd. Uitgangspunt was wel dat artsen alleen door artsen kunnen worden beoordeeld.²⁷ Verspreid over Nederland werden in 1928 vijf regionale tuchtcolleges ingesteld met als beroepsorgaan het Centraal Medisch Tuchtcollege. De voorzitter van de vijfkoppige colleges was een jurist. Zowel de jurist als de artsenleden worden benoemd door de Kroon. Wanneer er sprake is van ondermijning van het vertrouwen, nalatigheid of grove onkunde kunnen anno 1970 de volgende maatregelen worden opgelegd: waarschuwing, berisping, een geldboete tot tienduizend gulden, schorsing in de uitoefening tot geneeskunst tot één jaar of voor het leven.²⁸ Hiermee blijft het Medisch Tuchtrecht een instrument van het medisch beroep voor zelfregulering.

Op deze wijze ontstonden twee vormen van medische tuchtrechtspraak en moest de NMG zich beraden over het nut van de eigen interne rechtspraak. Omdat men vond dat de Tuchtwet niet het gehele terrein van de maatschappijrechtspraak bestreek, werd de interne rechtspraak gehandhaafd. Wel zouden ernstige klachten zonder verdere bemoeienis worden doorgestuurd naar het medisch tuchtcollege. Aangezien midden jaren negentig nog maar de helft van alle artsen bij de KNMG is aangesloten, heeft de interne tuchtrechtspraak geleidelijk aan belang verloren.²⁹ Uiteindelijk is de interne rechtspraak in 1996 afgeschaft.

4.2.5 De ontwikkeling van de medische staf binnen ziekenhuizen, 1950-1960

In de jaren vijftig kwam de medische staf binnen ziekenhuizen tot ontwikkeling. Specialisten in loondienst of georganiseerd in een maatschap behoorden zich binnen het ziekenhuis te verenigen in een horizontaal overlegorgaan, de medische staf. Hieronder volgt een korte bespreking van het fenomeen, dat later een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid van specialisten is gaan vervullen.

De specialisatie binnen de geneeskunde, de groeiende zorgvraag en toenemende ingewikkeldheid van de ziekenhuisorganisatie stelden de traditionele autonome positie van de specialist in het ziekenhuis in een ander daglicht. In de jaren vijftig begonnen administrateurs zich langzaam maar zeker te emanciperen tot manager. Ook claimde het ziekenhuisbestuur meer verantwoordelijkheid voor het in goede banen leiden van de zorgverlening, hetgeen zich in die jaren uitte in onder andere meer aanstellingen van economisch-directeuren naast de ziekenhuis-directeur en de medisch-directeur.³⁰ Binnen deze context werden stafvergaderingen, in eerste instantie bijeengeroepen om de medische zorgverlening te verbeteren, door de KNMG en de LSV gestimuleerd om aan de sterker wordende ziekenhuisbesturen tegenwicht te bieden.

In 1950 vond naar Amerikaans voorbeeld in het Sint Geertruiden Ziekenhuis te Deventer de eerste 'staff-meeting' plaats, waarbij aan de hand van necrologiebesprekingen werd gepoogd fouten te ontdekken en het eigen medisch handelen te verbeteren.³¹ Aanvankelijk werd het structureel intercollegiaal be-

spreken van overleden patiënten door veel specialisten ervaren als een onaanvaardbare aantasting van de individuele professionele autonomie.³² Terwijl deze aanvankelijke weerstanden gestaag werden overwonnen, kregen de ideeën over het ontwikkelen van een medische staf meer vaste vorm. In een KNMG-rapport uit 1954 werd het doel van de medische staf omschreven als: '... door goede samenwerking te komen tot de beste geneeskundige verzorging, de beste wetenschappelijke resultaten en de meest efficiënte werkwijze, die bereikbaar zijn onder de gegeven omstandigheden.'³³ Een tweede motief betrof het versterken van de homogeniteit van de LSV-achterban. Steeds meer nieuwe subspecialismen wilden hun eigen territorium afbakenen. Aldoende werd met stafvorming een infrastructuur ontwikkeld waarmee de specialisten gezamenlijk tegenspel konden bieden aan ziekenhuisbestuur en -directie, terwijl de LSV daarmee tevens een organisatorisch kader verkreeg om haar beleid binnen het ziekenhuis uit te dragen.

De functie van de medische staf voor kwaliteitszorg door het houden van necrologiebesprekingen, zou in de jaren zeventig worden uitgebouwd. De innovatieve internist en geneeskundig-directeur Pannekoek, had hiervoor de weg gewezen. Al in 1958 zag hij voor de medische staf een belangrijke taak weggelegd bij het eventueel in- en uitvoeren van 'medical audits'.³⁴

Concluderend: rond 1970 beschikken de Nederlandse artsen over een aanzienlijke mate van zelfregulering, die door verschillende beroepsverenigingen wordt vormgegeven met overwegend educatieve kwaliteitsinstrumenten, zoals de medische opleidingen en de medische tuchtcolleges. De KNMG behartigt de standsbelangen van het medisch beroep en fungeert als koepelorganisatie voor LSV en LHV, die de materiële belangen verdedigen van respectievelijk specialisten en huisartsen. De beroepsuitoefening van de geneeskunst is wettelijk voorbehouden aan universitair opgeleide artsen. Sinds 1972 wordt het aanbod van artsen beperkt via een numerus fixus voor de medische basisopleiding. De controle op de kwaliteit van de medische basisopleiding is in handen van de medische faculteiten, terwijl de overheid enige mate van toezicht houdt. De beroepsopleidingen tot specialist zijn collegiale aangelegenheden en worden niet afgesloten met een examen. In 1973 krijgt de zelfregulering van de achtergestelde huisartsen, die functioneren als poortwachter in het gezondheidszorgsysteem, meer cachet met het bewerkstelligen van een eigen beroepsopleiding. Twee typen tuchtcolleges houden toezicht op de medische beroepsuitoefening, waarvan het door de overheid ingestelde, maar door artsen gedomineerde, Centraal Medisch Tuchtcollege de belangrijkste is. Ten aanzien van de aanstaande ontwikkeling van meer normerende kwaliteitsinstrumenten biedt de medische staf in ziekenhuizen mogelijkheden voor de invoering van intercollegiale toetsing.

4.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1970-1996

In deze paragraaf staat de vraag centraal op welke wijze niet-medische partijen, met nieuwe juridische en financieringsinstrumenten, hebben geprobeerd het medisch handelen van artsen in een door hen gewenste richting te beïnvloeden.

Hierbij is bestudeerd in welke mate artsen zich hiertegen al dan niet succesvol hebben verzet. Het doel van deze paragraaf is de context te schetsen waarbinnen normerende kwaliteitsinstrumenten van specialisten en huisartsen zijn ontwikkeld en ingevoerd.

In het hiernavolgende wordt eerst het overheidsbeleid voor de gezondheidszorg tussen 1970 en 1996 in vogelvlucht behandeld. Vervolgens zijn aangaande specialisten de volgende onderwerpen bestudeerd: de budgettering van ziekenhuizen, het ontwikkelen van een functiewaardering, de tariefkortingen, de versplintering van de LSV, het ziekenhuis 'nieuwe stijl' en de informatievergaring door niet-medische actoren. Voor huisartsen wordt beschreven hoe zij hun centrale positie in de gezondheidszorg wisten te behouden. Tenslotte komt de dreiging van een juridisering van de gezondheidszorg aan bod.

4.3.1 Het overheidsbeleid in de gezondheidszorg in vogelvlucht, 1970-1996

De ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg tussen 1970 en 1996 vertoonden in grote lijnen overeenkomsten met die in Groot-Brittannië en in mindere mate met die in België. In de jaren zestig bereikte de macht en status van artsen het hoogtepunt. Artsen eisten en verkregen een hogere materiële welstand. Als de stijgende kosten van de gezondheidszorg, door het stagneren van de economische groei in het midden van de jaren zeventig, echt een last worden, vervuilen de artsen het offensief voor het defensief.

In de geest van het planningsdenken werd het zorgaanbod door staatssecretaris voor Volksgezondheid Hendriks met de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) gestructureerd in een poging de kosten van de zorg beter te beheersen. Zijn leidende principes waren echelonnering en regionalisatie. Daarbij wilde Hendriks naast de prijzen met de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en het zorgaanbod met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), ook de toegang tot de zorg reguleren. Hiervoor werd in 1975 het plan voor een volksverzekering bij de Tweede Kamer ingediend, de zogenoemde Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (AWG). Deze volksverzekering zou moeten worden uitgevoerd door regionale verzekeringskantoren met vergaande bevoegdheden inzake het (financieel) controleren van de onder contract staande artsen. Uiteindelijk werd alleen de WTG in 1982 ingevoerd, waarmee tevens het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) werd ingesteld, dat adviseert (met meer bevoegdheden dan haar voorgangster, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ)) over richtlijnen voor vergoedingen. Het COTG is onder meer samengesteld uit Kroonleden, en vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers. Verder werd sinds 1977 een overzicht van de totale kosten van de gezondheidszorg samengesteld (door de prijs en het volume van het zorgaanbod te vermenigvuldigen), dat de meeste bekendheid verkreeg onder de naam Financieel Overzicht Zorg (FOZ). In de tijd is het FOZ steeds meer de functie van een macrobudget voor de uitgaven in de gezondheidszorg gaan vervullen.

Tijdens de formatie van het tweede kabinet-Lubbers (CDA/VVD) in 1986, besloten beide partijen de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg

(de Commissie Dekker) in te stellen, die in het kader van de deregulering, debureaucratisering en privatisering een hervormingsplan voor de gezondheidszorg moest formuleren, onder het voorzitterschap van de voormalige Philipstopman Dekker. Deze Commissie Dekker publiceerde in 1987 het radicale hervormingsplan 'Bereidheid tot verandering', dat aansloot bij het marktdenken in die dagen. Gereguleerde marktwerking in zowel de aanbodzijde als de vraagzijde van de gezondheidszorgmarkt diende bij te dragen aan een meer doelgerichte en efficiënte zorgverlening. Na enige aanpassingen nam staatssecretaris voor Volksgezondheid Simons dit 'plan Dekker' in 1989 over. De overheid behoorde zich terug te trekken ten gunste van de marktpartijen, te weten: de beroepsbeoefenaren, de verzekeraars en de patiënten. Voor zowel meer expliciete overheidsregulering in de jaren zeventig, als werkzame marktwerking in de jaren negentig, neemt de behoefte aan informatie bij niet-medische partijen over het eindproduct 'gezondheidszorg' toe. De informatiezucht bij niet-medische partijen vertaalde zich in toenemende druk op artsen om transparant verantwoording af te leggen voor de kwaliteit van hun medisch handelen. Diezelfde zichtbaarheid is nodig voor het maken van expliciete keuzen in de zorg, zoals in 1992 verwoord in het rapport 'Kiezen in delen' van de commissie Dunning. De reactie van artsen op de stelselwijziging is in het begin van de jaren negentig verdeeld. Terwijl de huisartsen hun beroepsorganisatie aanpassen aan het nieuwe stelsel, liggen de specialisten met elkaar overhoop en splitsen 'haviken' en 'duiven' zich af van hun traditionele beroepsorganisatie, de LSV.

Anno 1996 lijkt de overheid zich als reguleerder niet geheel uit de zorgverlening terug te trekken.³⁶ Het macrobudget van zorg, nu Jaaroverzicht Zorg (JOZ) genoemd, neemt steeds meer aan belang toe.³⁶ Dat de overheid haar greep op het macrobudget versterkt blijkt onder meer uit de rantsoenering van niet-acute zorg via wachtlijsten. In 1995 wachten volgens het Centraal Bureau voor Statistiek 450.000 patiënten gemiddeld 63 dagen op een medische behandeling.³⁷ In datzelfde jaar stelt de overheid dat het macrobudget van zorg met niet meer dan 1.3 procent per jaar mag groeien, hetgeen door alle 'veldpartijen' als onrealistisch wordt beschouwd, onder meer vanwege ontwikkelingen als de toenemende vergrijzing van de bevolking.³⁸ Voor marktwerking lijkt alleen binnen het macrobudget een rol van mogelijke betekenis weggelegd. Wanneer de kosten van meer marktwerking de baten zullen overstijgen, lijkt het aannemelijk dat de overheid de aan zorgverzekeraars gedelegeerde reguleringstaken weer zal inperken.

4.3.2 Toenemende overheidsregulering voor de financiering van de medisch specialistische zorgverlening

Vanaf het midden van de jaren zeventig heeft de overheid geprobeerd haar greep op de uitgaven voor de gezondheidszorg te verstevigen. De geleidelijk toenemende overheidsregulering in de gezondheidszorg kwam in 1983 expliciet tot uitdrukking met de budgettering van ziekenhuisuitgaven, terwijl men ook probeerde een functiewaardering voor de medische arbeid te ontwikkelen om het inkomen van specialisten beter te reguleren. Tegelijkertijd werden diverse

instanties opgericht die kwantificeerbare informatie over het medisch handelen verzamelden. Tenslotte accepteerde de overheid het rapport Biesheuvel (1994), waarin werd voorgesteld alle specialisten in 1997 te integreren in de ziekenhuisorganisatie.

De ontwikkeling van de hierboven genoemde financieringsinstrumenten en de voorstellen voor het reorganiseren van de ziekenhuisorganisatie, beïnvloeden en/of bedreigen op uiteenlopende wijze de zelfregulering van medisch specialisten. Voor de werkzaamheid van de genoemde financieringsinstrumenten is het verwerven van informatie over de te reguleren activiteit, het medisch handelen, een belangrijke voorwaarde. Deze informatie dient veelal door de specialisten zelf te worden aangeleverd. De mate waarin de invoering van nieuwe financieringsinstrumenten en hervormingsvoorstellen door specialisten als ongewenst wordt ervaren beïnvloedt de bereidheid van individuele specialisten om hun medewerking te verlenen aan het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten voor het transparant maken van de specialistische zorgverlening. In het hiernavolgende is bestudeerd in hoeverre specialisten de toenemende overheidsbemoeienis op hun handelen als ongewenst hebben ervaren, en in welke mate zij succesvol ongewenste (financiële) controle op hun handelen konden frustreren.

Budgettering van ziekenhuizen

De budgettering van ziekenhuizen maakte in 1983 een einde aan de gezamenlijke belangen van het management en de specialisten, gericht op de groei van de zorgverlening. Daarna ontstond een spanningsveld waarbinnen specialisten meer bleven vasthouden aan een hoog productieniveau, terwijl het management zich overwegend toelegde op kostenbeheersing. Het eerste budget, voor 1984, werd gefixeerd op de uitgaven van het voorgaande jaar en bevoordeelde inefficiënt werkende ziekenhuizen. Later poogde men dit te corrigeren door een aantal variabelen voor budgetten te definiëren, zoals: te verwachten verpleegdagen, aantal opnamen, enzovoort. Sinds 1988 is de functionele budgettering in zwang, waarmee het budget expliciet wordt gerelateerd aan de functie die een ziekenhuis heeft in het zorgaanbod. Budgettering bleek een succesvol instrument voor kostenbeheersing.³⁹

Vanwege de jaarlijks krupper wordende ziekenhuisbudgetten, diende het ziekenhuisbestuur intern de kosten steeds beter te beheersen, hetgeen de spanningen met specialisten heeft gevoed. Maarse et al onderkennen twee interne kostenbeheersingsstrategieën voor het management, te weten: directe en indirecte beheersing.⁴⁰ Directe beheersing heeft betrekking op beïnvloeding van het gedrag van specialisten inzake hun medisch handelen. De uitvoerbaarheid van deze strategie bleek problematisch vanwege het gebrek aan instrumenten en informatie, waarvoor het management afhankelijk was van de medische staf. Dit onderkende claimde Casparie in 1984 een belangrijke interne budgetteringstaak voor de medische staf.⁴¹ Informatie zou moeten worden verzameld per: specialisme, individuele patiënt, diagnosegroep en dienstverlenende of steunverlenende afdeling. Maar in 1992 bleek het manage-

ment overwegend te hebben gekozen voor een tweede strategie, die van indirecte beheersing. Hierbij gaat de aandacht uit naar kostenbesparende initiatieven ten aanzien van medisch ondersteunende, economisch-administratieve en civiele diensten.⁴² Aldoende slaagde het management erin op personeelskosten te bezuinigen door onder meer het inkrimpen van de verpleegkundige staf. Tegelijkertijd daalde ook de bedbezetting. Het minste effect heeft de budgettering gehad op de beperking van het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen. Dit komt onder meer doordat bij functiegerichte budgettering een uitbreiding van het aantal specialisten ook leidt tot een hoger budget. Hoewel succesvol als instrument voor kostenbeheersing, heeft budgettering weinig bijgedragen aan de integratie in de ziekenhuisorganisatie van zowel de verschillende specialisten onderling als van specialisten en managers. Voor het vormgeven van het ziekenhuisbeleid moesten managers blijven opboksen tegen een 'eilandenrijk' van diverse specialismen, dat de rijkelijk geschakeerde opvattingen en belangen van de verschillende specialismen weerspiegelt. Ziekenhuisdirecteuren, wiens omloopsnelheid gemiddeld drie tot vier jaar bedraagt, hebben dan ook geen te benijden baan. Binnen de genoemde tijd worden zij vermalen in de machtsstrijd met enerzijds de medische staf en anderzijds het ziekenhuisbestuur.⁴³

Resumerend: ondanks de budgettering van ziekenhuizen slaagden de specialisten erin controle op hun handelen door het management op afstand te houden. De toenemende managementparticipatie van specialisten kwam met name voort uit defensieve motieven, ter bescherming van hun invloed op het ziekenhuisbeleid.

Funcitiewaardering voor specialisten ten behoeve van een 'inkomensbeleid'

In de jaren tachtig namen niet alleen de spanningen tussen specialisten en hun ziekenhuisbesturen toe. Het LSV-bestuur lag in deze jaren regelmatig overhoop met de opeenvolgende ministers en staatssecretarissen van Volksgezondheid. Een van de oorzaken was de poging van de overheid het inkomen van specialisten te binden aan een functiewaardering, waarvoor het medisch handelen met objectieve criteria moest worden beoordeeld. Hiertoe had de overheid al in 1972 een werkgroep ingesteld, met als opdracht: 'een onderzoek naar de inkomens uit arbeid van vrije beroepsbeoefenaren zodanig dat een vergelijking van deze inkomens met die van vergelijkbare personen in dienstbetrekking bij de overheid en particulier bedrijfsleven mogelijk wordt.'⁴⁴ Dit leidde in 1981 tot het overheidsvoornemen een functie- en taakomschrijving te formuleren, waaraan de inkomens van artsen konden worden getoetst. De specialisten bleken ten tijde van deze crisis heel goed in staat het aanbod in hun markt te manipuleren. Maatschappijen namen geen nieuwe specialisten aan, de opleiding werd 'dicht gegoooid' en de werkloosheid onder jonge specialisten steeg tot ongekende hoogte.⁴⁵ De relatie tussen de overheid en de LSV verliep via een pendelbeweging van onderhandeling naar conflict tot de rechter. Gegevens voor het ontwikkelen van criteria voor de functiewaardering moesten echter worden aangeleverd door de specialisten zelf. De LSV ontsloeg zich van deze taak en verwees de overheid naar de wetenschappelijke verenigingen. Die kwamen vervolgens met

zeer gedetailleerde gegevens op de proppen, waarop de overheid onmogelijk een inkomensbeleid kon baseren. Vervolgens verloor de onderhandelingsdelegatie van de overheid langzaam maar zeker de steun van haar achterban (Tweede Kamer en betrokken departementen) en in 1984 werd met de LSV een in algemene termen geformuleerd Generaal Akkoord overeen gekomen, inzake volumebeheersing en tariefstructuur.⁴⁶

Twee opmerkingen zijn hier op zijn plaats. Tegen het licht van de verwickelingen rond de functiewaardering en de informatiebehoefte van de overheid over het specialistisch handelen, kan moeilijk worden verwacht dat de LSV en individuele specialisten onvoorwaardelijk en onbevangen meewerken aan het ontwikkelen van een transparant kwaliteitsbeleid, door het in regels vatten van het medisch handelen. Ten tweede won de LSV met het voorkomen van de functiewaardering wel een slag, maar niet de oorlog, zoals in de volgende paragraaf zal blijken.

Tariefkortingen, de versplintering van de LSV en het ziekenhuis 'nieuwe stijl'

In 1988 werd het met de LSV afgesloten Generaal Akkoord door de overheid opgezegd, met de belofte van de overheid het norminkomen en de vergoedingen voor praktijkkosten voor specialisten aan te pakken. Acties van de LSV-leden als zondagsdiensten op normale werkdagen werden door de rechter verboden. Om in 1989 uit de impasse te geraken stemde de LSV in met een vijfpartijenakkoord (LSV, overheid, ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en de ziekenhuizen). Door het akkoord kreeg de LSV voortaan medeverantwoordelijkheid voor kostenoverschrijdingen in de gezondheidszorg.⁴⁷ Als ondanks de afspraken het macrobudget stelselmatig wordt overschreden is het de vraag wie daarvoor gaat betalen: alle specialisten of alleen zij die de meeste kosten hadden gegenereerd. Ondertussen werd in 1991 de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) gedereguleerd. Dankzij een 'onschuldig lijkend' amendementje van de CDA'er Tuinstra, kreeg de overheid onbedoeld de bevoegdheid eenzijdig tariefmaatregelen op te leggen.⁴⁸ Toen de Eerste Kamer onraad rook, stelde de staatssecretaris dat hij van deze mogelijkheid alleen in zeer uitzonderlijke omstandigheden gebruik zou maken. Een ongeschonden gedereguleerde WTG, inclusief amendement, passeerde daarop de Eerste Kamer en trad op 1 januari 1992 in werking. Vervolgens deden zich tussen januari 1992 en april 1995 vijftien maal 'zeer uitzonderlijke' omstandigheden voor, die de staatssecretaris 'noopte' de specialisten via het COTG een generieke tariefkorting op te leggen, tenzij de beroeps-groep zelf een gedifferentieerde tariefkorting voorstelde. Vijf specialismen ondergingen tariefkortingen tussen de 12 en 27 procent, terwijl de tarieven van vijf andere specialismen met 10 tot 27 procent stegen.⁴⁹ Hiertegen was de broze eenheid van de specialismen binnen de LSV niet bestand. Steeds meer grootverdieners onder de specialisten schaarden zich achter de in februari 1991 opgerichte Nederlandse Specialisten Federatie (NSF) en weigerden verantwoordelijkheid voor het vijfpartijenakkoord.⁵⁰ Driehonderd specialisten die echter vonden dat de LSV te eenzijdig materiële belangen behartigde, verenigden zich in het kleinere Nederlands Specialisten Genootschap (NSG). De 'duiven' waren bereid concessies te doen in de inkomenssfeer voor een verlaging van de werkdruk.⁵¹ Deze afsplitsingen droegen bij aan een

significante daling van het ledental van de LSV, en daarmee ook van de KNMG, waarbij in 1993 nog maar net iets meer dan de helft van alle specialisten was aangesloten.⁵²

De tariefkortingen en daardoor gestimuleerde versplintering van de LSV lijkt de invoering van een nieuw organisatiemodel voor ziekenhuizen mogelijk te maken, waarin een einde komt aan de vrijgevestigde specialist. Het ontwikkelen van een nieuwe honoreringsstructuur en het stimuleren van managementparticipatie, komen samen in de doelstellingen van de 'Commissie Modernisering Curatieve Zorg', die in 1994 het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' publiceerde.⁵³ Specialisten zijn volgens deze commissie onlosmakelijk met de ziekenhuisorganisatie verbonden. Deze organisatie dient daarop te worden afgestemd in het ziekenhuis 'nieuwe stijl': het geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijf. Daarin is sprake van decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar zelfstandig werkende eenheden en budgetten. Met respect voor de professionele autonomie behoren specialisten zich toetsbaar op te stellen. De honorering van de specialist verloopt in dit model via het ziekenhuisbudget, waarover het ziekenhuisbestuur - mede namens de specialisten - onderhandelt met de zorgverzekeraars. In een reactie stelde de KNMG dat het rapport onvoldoende duidelijkheid verschafte over professionele verantwoordelijkheid van de specialist in het ziekenhuis 'nieuwe stijl' en pleitte voor verder overleg.⁵⁴

Het in 1995 door het kabinet overgenomen rapport heeft grote verdeeldheid gezaaid onder de specialisten. De NSF is tegen, terwijl de KNMG en de LSV wensen te onderhandelen. Uiteindelijk verliest het LSV-Bestuur het vertrouwen van met name de radiologen, chirurgen en gynaecologen en treedt af.⁵⁵ De nieuwe voorzitter, Kingma, is afkomstig uit de NSF-gelederen. Als de minister van Volksgezondheid, Borst, in november 1995 de kamer meedeelt het ziekenhuis 'nieuwe stijl' in 1997 te willen invoeren, zegt de LSV van Kingma het vertrouwen in de minister op.⁵⁶ De LSV vreesde dat specialisten worden gedwongen voor een vaste vergoeding onbeperkte zorg te leveren.

Ondertussen bleken zeventien duizend specialisten bereid, tegen vrijwaring van de regelmatig wederkerende tariefkortingen, te participeren in regionale experimenten waarin specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken maken over de prijs en het volume van de zorgverlening. Overigens kunnen over het succes van deze initiatieven in 1997 nog geen definitieve uitspraken worden gedaan.⁵⁷ Onder deze omstandigheden kondigen de LSV, de NSF en het Convent van Wetenschappelijke Verenigingen, ook tegenstander van het ziekenhuis 'nieuwe stijl',⁵⁸ op 16 februari 1996 aan per 1 september op te gaan in één vereniging.⁵⁹ Tegelijkertijd wordt de intentie uitgesproken het overleg met de minister te hervatten.

In een poging behoudende specialisten tot managementparticipatie in een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie te verleiden, schreven enkele artsen met managementervaring een handleiding. Voor het management wordt daarin als taak gesteld: '... te zorgen voor zodanige externe en interne organisatorische voorwaarden dat het (klinische) domein, waarbinnen de medicus zijn beroep autonoom moet kunnen uitoefenen in stand gehouden wordt.'⁶⁰

Resumerend: de onderlinge verdeeldheid tussen specialisten heeft hun onderhandelingspositie verzwakt in de strijd om het behoud van de zelfregulering. Dit geeft het overheidsvoornemen de ziekenhuisorganisatie in 1997 te reorganiseren een grotere kans van slagen. Het blijft evenwel de vraag met welke motieven specialisten in het ziekenhuismanagement zullen participeren als zij tegelijkertijd in grote onzekerheid verkeren over de honorering voor hun diensten. Hetzelfde kan worden gesteld voor de bereidheid van individuele specialisten om mee te werken aan een meer transparant kwaliteitsbeleid, waarmee hun beroepsverenigingen de kritiek op de zelfregulering proberen te pareren. Tenslotte is juist een bepaalde mate van ongrijpbaarheid van hun product, het medisch handelen, een niet onbelangrijk onderhandelingskapitaal voor het vermijden van controle op de beroepsuitoefening door niet-medische partijen. Als de specialisten onder deze druk de rijen zullen sluiten en de invoering van het ziekenhuis 'nieuwe stijl' enigszins bijdraagt aan een nivellering van de grote onderlinge inkomensverschillen, wordt de zelfregulering van de medisch specialisten op termijn mogelijk eerder versterkt dan verzwakt.

Een voorschot op het onder externe druk ontwikkelen van een transparant kwaliteitsbeleid kan worden verkregen door het bestuderen van instanties die informatie verzamelden over het medisch handelen en te kijken in hoeverre zij in hun opzet slaagden.

Informatievergaring door niet-medische actoren

Bij informatieverzameling in de gezondheidszorg doen zich verschillende problemen voor, zoals de vergelijkbaarheid van te verzamelen gegevens; de mogelijkheden van de informatiesystemen zelf; de bescherming van deze gegevens tegen gebruik door onbevoegden; en de bereidheid van partijen in de gezondheidszorg informatie af te staan. Binnen deze beperkingen kwam de informatievergaring door niet-medische partijen over het medisch handelen gestaag tot stand.

In 1963 begon de door de LSV opgerichte Stichting Medische Registratie (SMR) in enkele ziekenhuizen met het verzamelen van klinische gegevens.⁶¹ De SMR was echter niet genegen deze gegevens te delen met de ziekenfondsen, die daarop in 1972 het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) opzetten, met als doel het verzamelen van gegevens over ziekenhuizen en de praktijkvoering van specialisten.⁶² Particuliere verzekeraars, verenigd in het Kontaktorgaan Landelijk Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), volgden in 1975 het voorbeeld van de ziekenfondsen met de oprichting van het KLOZ Informatie Systeem Gezondheidszorg (KISG), waarmee informatie werd verzameld aangaande het gebruik van zorgvoorzieningen door particulier verzekerden. Aangezien alle partijen dezelfde data verzamelden, werd op initiatief van de overheid samenwerking tussen de ziekenfondsen en de LSV voorgesteld. In 1976 sprak de LSV in een intentieverklaring uit inderdaad met de ziekenfondsen te willen samenwerken door op regionaal niveau informatie uit te wisselen.⁶³ De SMR en het LISZ fuseerden daarop in de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG). In 1980 noemde de voorzitter van de Vereniging van Nederlandse

Ziekenfondsen de samenwerking verspilling van geld en energie, omdat de ziekenfondsen zelf niet bereid waren relevante data af te staan.⁶⁴ Van enige, voor kwantificering noodzakelijke, ordening in de dataverzameling over de prestaties van particuliere verzekeraars was in 1986 nog geen sprake.⁶⁵ Het SIG zelf werd in de jaren tachtig een onafhankelijk bedrijf dat verschillende informatiesystemen beheert en de dienstverlening heeft uitgebreid tot het begeleiden, adviseren en opleiden van mensen voor het omgaan met informatie in de gezondheidszorg.⁶⁶

De behoefte aan zicht- en meetbare informatie over het medisch handelen kreeg in 1989 een nieuwe impuls met de voorgenomen invoering van marktmechanismen in de gezondheidszorg. Partijen in de gezondheidszorg kregen van de overheid de opdracht zelf de doorzichtigheid van de markt te bevorderen. Concurrentie maakte van medische informatie echter ook een strategisch goed in de strijd om de beschikbare middelen. Casparie merkte in 1994 dan ook op dat de zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars samen), in tegenstelling tot de afspraak, geen haast maakten met het leveren van productiegegevens van aanbieders.⁶⁷ Zorgverzekeraars daarentegen beweren dat specialisten en ziekenhuizen alleen informatie verschaffen over de aard en omvang van de medische zorg.⁶⁸ Gespecificeerde informatie bleef, ook op de door hen ingediende rekeningen, afwezig. In 1993 verloor de vereniging van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een rechtszaak van de LSV over het verstrekken van ontslagdiagnosecodes aan ziekenfondsen. De LSV won deze zaak niet alleen door een appèl te doen op het beroepsgeheim, maar vooral dankzij het gedane beroep op de Wet Persoonsregistraties (WPR). Vervolgens gaf de LSV de specialisten het advies geen ontslagdiagnoses aan zorgverzekeraars te verschaffen.⁶⁹ Tenslotte waren ook de ziekenhuizen niet ruimhartig met het verstrekken van informatie over hun werkzaamheden, uit angst dat deze informatie op negatieve wijze in het budget zou worden vertaald.⁷⁰

Resumerend: voor een goede informatie-uitwisseling dienen er nog vele problemen van technische en juridische aard te worden overwonnen. Hierbij komt dat succesvolle informatie-uitwisseling met name plaatsvindt bij bestaand onderling vertrouwen tussen de te onderscheiden partijen in de gezondheidszorg. Maar juist aan dat onderling vertrouwen heeft het de afgelopen decennia, tot op de dag van vandaag, veelal ontbroken.

4.3.3 De huisartsen behouden hun positie in de gezondheidszorg

In tegenstelling tot de specialisten reageerden de huisartsen eind jaren tachtig meer eensgezind op het voornemen van de overheid marktwerking in de gezondheidszorg te introduceren. Hoewel ongeveer de helft van de Nederlandse huisartsen in een solopraktijk werkzaam is, hebben de huisartsen tegenover de specialisten als voordeel dat de onderlinge inkomens niet zo sterk verschillen, hetgeen de grotere homogeniteit van deze beroepsgroep deels verklaart. Bovendien hadden de huisartsen in 1983 na tien jaar ploeteren overeenstemming bereikt over de afbakening van hun handelingsdomein, door de acceptatie van het Basistakenpakket (zie paragraaf 4.6.3). Verder kan de meer eensgezinde

reactie van de huisartsen op de overheidsvoornemens worden verklaard door de interactie tussen de LHV en de overheid nader in ogenschouw te nemen.

In vergelijking met de specialisten oefende de overheid minder druk uit op de positie van huisartsen in de gezondheidszorg. Zowel 'Hendriks' in 1974 als 'Dekker' in 1987 maakten zich zorgen om de snel stijgende kosten in de gezondheidszorg en ondersteunden de huisartsenzorg, in de hoop kosten in de dure tweedelij n te besparen. Minder gelukkig bleek de meerderheid van de huisartsen in 1974 met de voorstellen om samenwerking in de eerstelij n te bevorderen, waarmee de spilfunctie van de huisarts ter discussie kwam te staan. Daarnaast voelden ook de huisartsen zich bedreigd door de aan regionale verzekeringskantoren toegedachte bevoegdheden om artsen te controleren. Uiteindelijk werd de spilfunctie in de eerstelij n behouden, terwijl de regionale verzekeringskantoren er nooit zijn gekomen. Toch kenden huisartsen in de jaren tachtig vele problemen.

Allereerst was er in de jaren tachtig sprake van een huisartsenoverschot. Tussen 1970 en 1980 nam het aantal huisartsen al met 20 procent toe.⁷¹ Door de stijgende werkloosheid onder huisartsen werden een vestigingsbeleid en praktijkverkleining (waarover de LHV in 1975 al een voorstel had gedaan) hete hangijzers. Jonge werkloze huisartsen meenden dat met een vestigingsbeleid de belangen van de zittende huisartsen werden verdedigd, terwijl de zittende huisartsen verplichte praktijkverkleining als een aanval op hun portemonnaie beleefden. Een ander probleem betrof de afschaffing en financiering van de 'goodwill', die bij overname van een huisartsenpraktijk diende als pensioenvoorziening van de vertrekkende huisarts. De hoge werkloosheid onder huisartsen had de prijs van de 'goodwill' opgedreven. Eventuele tariefverlagingen om de afschaffing van die 'goodwill' te financieren zouden jonge werkende huisartsen, die zich voor de overnamekosten diep in de schulden hadden gestoken, weer financieel in problemen brengen. In 1985 nodigde staatssecretaris Van der Reijden de LHV-voorzitter De Regt uit, om samen de zaken eens op een rijtje te zetten. Dit informeel overleg mondde in 1986 uit in een convenant waarin een vestigingsregeling, de afschaffing van de 'goodwill' en prikkels voor praktijkverkleining werden overeengekomen. Hoewel de 'pijn' over de diverse groepen huisartsen was verdeeld, weerhield het hen er niet van zich daarover te beklagen. Zowel De Regt als Van der Reijden moesten vervolgens spitsroeden lopen.⁷² Tezamen met de verlenging van de huisartsenopleiding in 1988 van een naar twee jaar en de halvering van het aantal opleidingsplaatsen (van 560 naar 280) werd wel succesvol het overschot aan huisartsen weggewerkt. Ook werd een halt toegeroepen aan de groeiende inkomensverschillen tussen huisartsen. Hierdoor presenteerden de huisartsen zich in de jaren negentig, in tegenstelling tot de specialisten, als een relatief homogene beroepsgroep. Zodoende kon de LHV uitstekend inspelen op de latere stelselwijziging, terwijl de initiatieven aangaande het ontwikkelen, in- en uitvoeren van een meer transparant kwaliteitsbeleid niet werden gehinderd door onoverkomelijke interne tegenstellingen op het niveau van individuele huisartsen.

In het plan van de commissie Dekker (1987) werd het belang van de eerstelijns wederom onderstreept en de poortwachtersrol van de huisarts bevestigd. Daartegenover stond dat, ondanks protest van de LHV, het met de overheid overeengekomen vestigingsbeleid werd afgeschaft, de contracteerplicht werd opgeheven en functionele pakketomschrijving substitutie binnen de eerstelijns moest bevorderen. Vooral de voorgenomen invoering van functionele pakketomschrijving werd door huisartsen als een ernstige bedreiging ervaren. Verschillende diensten in de functionele pakketomschrijving zouden namelijk ook door bijvoorbeeld basisartsen kunnen worden uitgevoerd.

Aangezien de huisartsen op regionaal niveau contracten moeten gaan onderhandelen met de zorgverzekeraars, decentraliseerde de LHV haar eigen beroepsorganisatie. Hierdoor transformeerde de waarneemgroep in 1991 tot huisartsengroep (HAGRO). Niet de individuele huisarts, maar de huisartsengroep van gemiddeld 8 huisartsen staat als voorziening centraal. Deze HAGRO's vormen samen Regionale Huisartsen Verenigingen (RHV's), die vertegenwoordigers afvaardigen naar de ledenvergadering van de LHV. De RHV's worden overkoepeeld door 23 District Huisartsen Verenigingen (DHV's), die namens de huisartsen op districtsniveau onderhandelen met de zorgverzekeraars over de af te sluiten overeenkomsten.⁷³ Deze reorganisatie speelde ook het faciliteren van intercollegiale toetsing in de kaart. Door zowel de groeps grootte als de frequentie van bijeenkomsten kunnen HAGRO's namelijk functioneren als infrastructuur voor intercollegiale toetsing, zoals de medische staf voor specialisten in de ziekenhuizen.

4.3.4 De juridisering van de Nederlandse gezondheidszorg

Zowel de hoeveelheid wetgeving voor het medisch handelen, als het gedane beroep op wetgeving, is begin jaren negentig sterk toegenomen. Het is de vraag in welke mate deze ontwikkelingen zullen leiden tot een juridisering - een toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties⁷⁴ - binnen de gezondheidszorg in het algemeen en die van de arts-patiëntrelatie in het bijzonder. Een juridisering van de gezondheidszorg laat de zelfregulering van het medisch beroep niet ongemoeid. Voor het reguleren van conflicten in de arts-patiëntrelatie verliest het medisch tuchtrecht mogelijk aan belang ten koste van het burgerlijk-, bestuurs-, klacht- en strafrecht. Ten tweede stimuleert een toenemend gebruik van wetgeving voor het reguleren van conflicten in de gezondheidszorg het belang van de vrijkomende jurisprudentie als leidraad voor het medisch handelen, ten koste van de 'state of the art' van de medische wetenschap.

In het hiernavolgende wordt eerst de nieuwe wetgeving besproken, om vervolgens aandacht te schenken aan de toepassing van deze wetten in de gezondheidszorg. Tenslotte wordt ingegaan op de vraag of de juridisering van de gezondheidszorg in Nederland Noord-Amerikaanse vormen kan aannemen, alwaar de gejuridiseerde gezondheidszorg onder meer wordt gerelateerd aan: een zwakke sociale zekerheid, de technocratische rechtsopvatting van Noord-Amerikaanse juristen en de onvoorspelbaarheid van de juryrechtspraak. Als gevolg van onder meer defensieve geneeskunde en steeds duurdere aansprake-

lijksheidsverzekeringen voor artsen, zijn de ziektekostenpremies dermate gestegen, dat de Noord-Amerikaanse gezondheidszorg een beroep doet op ruim 14 procent van het Bruto Nationaal Product, terwijl 30 procent van de bevolking niet meer in staat is zich tegen ziektekosten te verzekeren en 20 procent is onderverzekerd.

Nieuwe wetgeving voor de gezondheidszorg

Met de nieuwe wetten van de jaren negentig wordt deels oude wetgeving vervangen en deels nieuwe wetgeving geformuleerd. Bij het formuleren van de nieuwe wetgeving was er volgens Van der Mijl⁷⁵ geen sprake van een algemeen geldende wetgevingsfilosofie, zodat er in de gezondheidszorg veelal apolitieke wetten zijn geformuleerd. De heersende opvatting van de deregulerende overheid over wetgeving in de gezondheidszorg brengt Van der Mijl als volgt onder woorden: 'De wetgever moet zich terughoudend opstellen en zelfregulering stimuleren, mits deze voldoet aan eisen van openheid, inspraak van betrokkenen en rechtvaardige toepassing.'⁷⁶ Aldoende zagen verschillende wetten het levenslicht, met uiteenlopende (en overlappende) doelstellingen en toepassingsgebieden. Hierbij kan naast de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg BIG (zie paragraaf 4.4.2), worden gedacht aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst voor de arts-patiëntrelatie (WGBO), de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen voor wilsonbekwamen (BOPZ) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).

De Kwaliteitswet zorginstellingen, die naar aanleiding van de Leidschendamafspraken in 1989 (Zie paragraaf 4.4.3) per 1 april 1996 in werking is getreden, dient een kader voor zelfordening te scheppen aangaande het waarborgen van de kwaliteit van zorg, waarvoor de zorginstelling zelf verantwoordelijk is. Het is de taak van de zorgaanbieder zelf verantwoorde zorg leveren. Met een instelling wordt een samenwerkingsverband tussen twee of meer artsen bedoeld, die zich in een organisatorisch verband presenteren.⁷⁷ De Kwaliteitswet regelt een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Het handelen van de individuele arts blijft buiten schot. Wel dient men kwaliteitssystemen (hieronder verstaat men een cluster van deelsystemen, die in dit onderzoek als kwaliteitsinstrumenten worden aangeduid) te ontwikkelen. Die worden gedefinieerd als een stelsel van vastgelegde eisen, regels en procedures, dat tot doel heeft te verzekeren dat een product of de te verlenen dienst aan de gestelde eisen voldoet of blijft voldoen. Onderdelen van kwaliteitssystemen zijn: budgettering, infrastructuur, intercollegiale toetsing, klachtencommissies, enzovoort, die het beroepsbeoefenaren mogelijk moeten maken optimale zorgverlening aan te bieden. Voor de systematische kwaliteitszorg dienen instellingen verantwoording af te leggen met een jaarverslag. Het toezicht is in handen van de Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Critici waarschuwen voor een mogelijk toenemende bureaucratisering van het medisch bedrijf door de Kwaliteitswet.⁷⁸ Maar omdat de controle zich bevindt op het niveau van de kwaliteitssystemen en niet op het niveau van het medisch handelen zelf, lijkt

deze wet voornamelijk eerder op een versterking dan een bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep. Met de Kwaliteitswet wordt wederom bevestigd dat controle op de kwaliteit van het medisch handelen een zaak is van de artsen zelf.

De WGBO beoogt sedert 1995 aspecten van zorg binnen de individuele arts-patiëntrelatie te regelen, waarbij de rechten van de patiënt het uitgangspunt vormen. Deze wet heeft betrekking op de attitude van de arts, het recht op informatie van de patiënt, privacy etc. Volgens Casparie kan deze wet de kwaliteitszorg op twee manieren hinderen. Vergaande geheimhouding van patiëntgebonden gegevens kan de continuïteit van de zorg schaden, terwijl informatieverzameling voor kwaliteitszorg wordt bemoeilijkt.⁷⁹ Anderen vrezen de bureaucratiserende werking van de WGBO, waardoor artsen meer moeten gaan schrijven en minder zullen genezen.⁸⁰

De BOPZ regelt sinds januari 1994 de rechtspositie van patiënten en bewoners (vooral inzake onvrijwillige opname) van psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psycho-geriatrische verpleeghuizen.⁸¹ In deze wet staan criteria en procedures die het grondwettelijke recht op persoonlijke vrijheid moeten waarborgen. Van de BOPZ-klachtenregeling wordt door patiënten voornamelijk weinig gebruik gemaakt.⁸²

De WKCZ regelt vanaf 1 augustus 1995 de procedurele positie van de patiënt naast die van het tuchtrecht. Het begrip 'klacht' is in deze wet niet gedefinieerd. Patiënten kunnen via de WKCZ klagen over iedere gedraging van de zorgaanbieder of van de voor zorgaanbieders werkzame personen jegens een cliënt.⁸³ Klachten kunnen worden ingediend bij de klachtencommissies van zorginstellingen, waarbij de wet overigens niet aangeeft hoe deze commissies, buiten een onafhankelijke voorzitter, moeten worden samengesteld. De kosten van de klachtenafhandeling komen voor rekening van de zorgaanbieders. Een klachtenbehandeling via de WKCZ kan voorafgaan aan, parallel lopen met, samenvallen met of plaatsvinden na een eventuele aansprakelijkstelling van een instelling of een medisch specialist. Hoewel de wet met name bedoeld is voor in beginsel eenvoudige klachten, ontbreekt het aan een goede afstemming met andere wettelijke klachtenregelingen, zodat mogelijk problemen ontstaan als de klager later (of tegelijkertijd) dezelfde klacht indient bij een andere (rechterlijke) instantie.

In hoeverre draagt deze nieuwe wetgeving nu bij aan een mogelijke juridisering van de gezondheidszorg? Volgens Legemaate laat de nieuwe wetgeving het therapeutisch proces (de deskundigheid van hulpverlener en de interactie tussen hulpverlener en patiënt) grotendeels onverlet en legt de nieuwe wetgeving vooral die normen vast waarover al een grote mate van consensus heerst.⁸⁴ Echter, de arts kan door patiënten op verschillende manieren tegelijkertijd op de juistheid van zijn handelen worden aangesproken. Hierbij komt dat het medisch handelen, de arts-patiëntrelatie, de persoonlijke vrijheid van wilsbekwame mensen, de gedragingen van zorgverleners, de onderlinge relatie tussen beroepen in de

gezondheidszorg en het door zorginstellingen aanbieden van verantwoorde zorg, zich in onderling verband moeizaam in regels laten vatten. Het door Legemaate geformuleerde adagium 'de juiste klacht op de juiste plaats', hoeft in de (juridische) praktijk geen navolging te vinden.⁸⁵ Toenemend gebruik van zowel de WGBO, de BOPZ en de WKCZ kan leiden tot een defensieve geneeskunde, waarmee de klinische autonomie van de arts geweld wordt aangedaan. Om schadeclaims te voorkomen wordt het voor artsen aantrekkelijk om risicovolle ingrepen te vermijden, meer diagnostieken toe te passen en meer therapeutische ingrepen te verrichten.⁸⁶ Als leidraad voor het medisch handelen zou de 'state of the art' van de medische wetenschap aan belang kunnen verliezen ten koste van de jurisprudentie. Of deze verschuiving inderdaad zal plaatsvinden hangt samen met de mate waarin, alsmede de wijze waarop, deze nieuwe wetgeving in de praktijk zal worden toegepast.

Het toenemend gebruik van bestaande en nieuwe wetgeving in de gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt eerst een indicatie gegeven van het toenemend gebruik van wetgeving voor de regulering van geschillen in de arts-patiëntrelatie, waarna de vraag wordt gesteld of de juridisering van de Nederlandse zorgverlening 'Noord-Amerikaanse' proporties kan aannemen.

Klagers kunnen een beroep doen op het burgerrechtelijke aansprakelijkheidsrecht in geval van werkelijke of vermeende tekortkoming van de arts, waarvoor schadevergoeding kan worden geëist. Voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid geldt niet de eis van grove schuld, maar dat in het concrete geval niet de zorg is verleend die een bekwame beroepsbeoefenaar van hetzelfde vakgebied in dezelfde omstandigheden zou hebben verleend. Dat meer patiënten en naasten hun recht via de burgerrechter zoeken blijkt in 1980 onder meer uit het advies van het KNMG-hoofdbestuur aan haar leden om een beroepsaansprakelijkheidsverzekering af te sluiten.⁸⁷ Angenent en Hubben nemen bij een groep verzekeraars waar dat het aantal schadeclaims stijgt van 9 in 1980 naar 339 in 1989.⁸⁸ Anno 1996 zoekt de Letselschade Groep Nederland (LGN), een belangenorganisatie voor letselschadeslachtoffers, actief naar klanten in zorginstellingen. Dankzij het verspreiden van folders en het plaatsen van videoschermen in ziekenhuizen is het aantal cliënten dat in aanmerking wil komen voor en schadevergoeding sterk gestegen (van vijf per maand tot enkele tientallen per maand).⁸⁹ Vanwege het verzet van het ziekenhuispersoneel worden de gewraakte folders voorlopig niet meer verspreid. Verder wordt patiënten die een schadeclaim willen indienen, aangeraden eerst een tuchtrechtprocedure te doorlopen, om zo op betrekkelijk goedkope wijze relevante informatie en het oordeel van het tuchtcollege te verkrijgen.⁹⁰ Hiermee wordt de werking van het tuchtrecht ondermijnd, aangezien zowel beklagden (inzake het betrachten van openheid) als tuchtrechters (met betrekking tot de beoordeling) rekening zullen gaan houden met de effecten van het tuchtrechtsproces zelf op een eventueel nog te volgen civiele procedure.

In hoeverre beïnvloeden deze ontwikkelingen nu het medisch handelen van artsen? Kistemaker stelt in navolging van een Brits/Noord-Amerikaans onderzoek dat kleine veranderingen in de aansprakelijkheidsstelling al kunnen leiden tot risicovermijdend gedrag en defensief handelen van artsen.⁹¹ Dat hiervan sprake is blijkt onder meer uit het advies van de secretaris-jurist van de KNMG, Rijksen, die waarschuwt dat de verantwoordingsplicht van de arts jegens derden (via onder meer het medisch dossier) niet mag worden geplaatst buiten de context van goed hulpverlenerschap. Rijksen vreest dat in het medisch dossier in toenemende mate gegevens door artsen worden opgenomen die hen vooral moeten vrijwaren tegen de dreiging van schadeclaims en geen verband houden met de eisen van goede medische hulpverlening. Een ander staaltje van defensieve geneeskunde betreft een door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) geformuleerde richtlijn, waarbij expliciet rekening werd gehouden met schadeclaims en de daarmee samenhangende juridische schuldvragen.⁹² Casparie pleit vanwege de toenemende schadeclaims voor 'riskmanagement': 'de gezamenlijke inspanning van de instelling en de medische stafleden om voorkoombare schade te voorkomen en de aard van de schade die niet te voorkomen is te verminderen.'⁹³ In de Verenigde Staten staat riskmanagement vooral in het teken van het voorkomen van schadeclaims. Casparie pleit ervoor riskmanagement in Nederland te integreren met het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. In een poging de toenemende aantallen schadeclaims enigszins een halt toe te roepen, is in 1996 in dertig ziekenhuizen een experiment gestart met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Het doel van deze commissie is het snel afhandelen van kleine medische schadeclaims, om zowel patiënten als artsen lange en dure juridische processen te besparen.⁹⁴

De hierboven beschreven ontwikkelingen duiden op een toenemende invloed van juridische interventies op sociale relaties binnen de gezondheidszorg. Het is alleen de vraag of deze trend zich zal ontwikkelen tot 'Noord-Amerikaanse proporties'.

Bolt verwacht dat 'Amerikaanse toestanden' bij schadeclaims in Nederland zullen uitblijven, omdat er weinig verandert in de voorwaarden voor aansprakelijkheid en de te vergoeden schadeposten.⁹⁵ De hiervoor noodzakelijke juridische explicitering van het medisch handelen roept vooralsnog te grote problemen op.⁹⁶ Als gevolg van gewijzigde maatschappelijke verhoudingen beziet Lameer daarentegen in 1994 een juridisering van de arts-patiëntrelatie als onvermijdelijk. De emancipatoire ontwikkeling in de maatschappij heeft ook consequenties voor de arts-patiëntrelatie, waarbij nieuwe rechten van de patiënt om nieuwe (rechts)regels vragen.⁹⁷

Drie ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving brengen 'Amerikaanse toestanden' mogelijk dichterbij. Ten eerste dient de afbraak van de sociale zekerheid te worden genoemd⁹⁸, zoals bijvoorbeeld het beperken van de toegang tot de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Vanwege het steeds kleiner wordende sociale vangnet, zullen slachtoffers van een medische fout sneller geneigd zijn via het burgerrecht financiële genoegdoening te verkrijgen. Ten tweede krijgt de Nederlandse rechtspraak volgens verschillende auteurs meer weg van de (onvoorspelbare) Noord-Amerikaanse juryrecht-

spraak. Volgens de aansprakelijkheidsverzekeraar Reddering scharen rechters zich steeds meer aan de zijde van patiënten en worden de uitspraken steeds meer gekenmerkt door een hoge mate van onvoorspelbaarheid.⁹⁹ De secretaris-jurist van de KNMG, Rijksen, geeft hiervan het volgende voorbeeld.¹⁰⁰ Volgens de WGBO (artikel 7:455 BW) kan een patiënt de arts dwingen tot vernietiging van zijn dossier, terwijl volgens artikel 7:454 lid 3 BW de bewaarplicht van het medisch dossier na tien jaar vervalst. Dit weerhield een Amsterdamse Gerechtshof er niet van een oogarts te verwijten dat hij niet meer beschikte over een twintig jaar oud dossier van een patiënt die hij vijftien jaar geleden voor het laatst had gezien.

Ten derde doet, volgens ondermeer Van Doorn en Couwenberg, een nieuw type advocaat zich steeds nadrukkelijker gelden in de Nederlandse rechtspraak, namelijk de 'advocaat van gore zaken'.¹⁰¹ Deze advocaten, behept met een technocratische rechtsopvatting, stellen hun technisch-juridische kennis probleemloos ter beschikking van een ieder die daarvoor wenst te betalen. Advocaten 'van gore zaken' maken bijvoorbeeld zonder enige morele scepsis gebruik van vorm- en opsporingsfouten om zware misdadigers op vrije voeten te krijgen. Juist deze a-morele technocratische rechtsopvatting drukt anno 1996 haar stempel op het universitair juridisch onderwijs. Hierbij komt dat er plannen bestaan om advocaten een deel van de schadevergoeding uit te keren, terwijl steeds meer deskundigen (artsen) bereid zijn patiënten te adviseren over het indienen van claims. Wanneer deze trends zich doorzetten, zal een groeiende groep technocratische juristen actief op zoek gaan naar cliëntèle en lijken Amerikaanse toestanden in de Nederlandse gezondheidszorg niet zo ver weg als wel eens wordt gedacht.

Resumerend: het deels of geheel in werking treden van de genoemde wetten laat onmiskenbaar zien dat de overheid in toenemende mate zijn toevlucht zoekt in wetgeving voor het reguleren van de gezondheidszorg en het formaliseren van de arts-patiëntrelatie, waarmee het medisch tuchtrecht aan belang inboet. Dit noopt het medisch beroep tot de bewerkstelling van een meer transparante kwaliteitszorg. Maar de nieuwe wetgeving is niet eenduidig, soms heel gedetailleerd (BOPZ) en dan weer kernachtig (WKCZ). Ook zijn de te waarborgen kwaliteitsaspecten over de verschillende wetten verdeeld. Het gevolg is een voortdurende discussie over het verplaatsen van artikelen van de ene naar de andere wet.¹⁰² Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid artsen financieel aansprakelijk te stellen voor gemaakte fouten. Voor de toekomst blijft het de vraag in hoeverre met deze wetgeving tegemoet wordt gekomen aan het groeiende kritisch rechtsgevoel van de burger, die wordt geconfronteerd met een afbrokkende sociale zekerheid en een nieuwe school van technocratische juristen, die de burgers hun diensten aanbieden. In hoeverre deze ontwikkelingen tot een juridisering (en hiermee de bureaucratisering) van de zorgverlening zal leiden, en daarmee tot een verlies aan zelfregulering van het medisch beroep, kan alleen de toekomst uitwijzen. Wel zal iedere verharding in het gezondheidsrecht bijdragen aan meer risicovermijdend gedrag en defensief handelen van artsen, terwijl de onbevangen medewerking van artsen aan een transparante kwaliteitszorg hierdoor onder druk komt te staan.

Concluderend: de invoering van nieuwe juridische en financieringsinstrumenten waarmee niet-medische partijen de medische beroepsuitoefening in een door hen gewenste richting proberen te beïnvloeden, hebben met name de zelfregulering van medisch specialisten sinds de jaren zeventig op uiteenlopende wijze onder druk gezet. Dit leidde tot spanningen op verschillende niveaus in de gezondheidszorg (LSV versus overheid en specialisten versus managers). Voortschrijdende specialisatie en groeiende inkomensverschillen tussen specialisten ondermijnden geleidelijk het onderhandelingsdomein van de LSV, die zich noodgedwongen beperkte tot het handhaven van de status quo. Als de LSV na een lang conflict in 1989 toch een akkoord met de overheid bereikt en in het 'vijfpartijenakkoord' medeverantwoordelijkheid neemt voor het macrobudget van zorg, is het snel met de fragiele eenheid onder specialisten gedaan. Temeer nadat de overheid in 1992 door een 'politiek (on)gelukje' de bevoegdheid krijgt eenzijdige tariefkortingen op te leggen. De onderlinge verdeeldheid uit zich vervolgens in de versplintering van de LSV, die de onderhandelingspositie van de specialisten in de strijd voor het behoud van de zelfregulering verzwakt. Maar anno 1996 lijken de rijen zich weer te sluiten, als de overheid het plan van de 'Commissie Biesheuvel' overneemt en besluit de ziekenhuisorganisatie drastisch te reorganiseren. Dit is eens te meer een teken dat de overheid zich als reguleerder niet volledig uit de zorgverlening terugtrekt. Integendeel, het macrobudget van de zorg lijkt anno 1996 aan belang te winnen, terwijl er voor marktwerking alleen binnen dit budget een rol is weggelegd. Als de overheid in 1995 stelt dat dit macrobudget slechts met 1.3 procent per jaar mag groeien, hetgeen door alle veldpartijen als onrealistisch wordt beoordeeld door ontwikkelingen als de toenemende vergrijzing, krijgt het overheidsbeleid meer weg van het rantsoeneren van de zorg. Ofwel, het Nederlandse gezondheidszorgsysteem gaat meer overeenkomsten vertonen met de Britse National Health Service (NHS). Het wordt dan aan artsen overgelaten om op basis van klinische criteria te beoordelen wie en wanneer voor een medische behandeling in aanmerking komt. Hierdoor neemt de behoefte aan de explicitering van het medisch handelen in de nabije toekomst mogelijk weer af en wordt de zelfregulering van het medisch beroep door de overheid meer gerespecteerd.

Terwijl de overheid en de LSV in de jaren tachtig en negentig continu met elkaar overhoop liggen, weten de huisartsen hun positie in de gezondheidszorg te consolideren. Een eerste verklaring hiervoor is de grotere homogeniteit van deze beroepsgroep, dankzij de in 1983 gemaakte afspraken over het beroepsinhoudelijke domein van de huisarts en de minder grote inkomensverschillen tussen huisartsen. Ten tweede was de overheid de huisartsen goed gezind, aangezien het versterken van de eerstelijns een constante bleek in het overheidsbeleid tussen 1970 en 1996. Ten derde wonnen de huisartsen aan homogeniteit dankzij het in 1986 door de LHV-voorzitter De Regt gesloten convenant met de staatssecretaris van Volksgezondheid Van der Reijden. Hierdoor was de LHV eind jaren tachtig in staat slagvaardig te reageren op de reorganisatie van de gezondheidszorg.

Nog meer dan de invoering van nieuwe financieringsinstrumenten, bedreigt een juridisering van de gezondheidszorg de zelfregulering van het medisch beroep. Deze mogelijke juridisering hangt samen met brede maatschappelijke ontwikke-

lingen, zoals de individualisering van de samenleving, die zich uit in de afbrokkeling van de sociale zekerheid in de jaren negentig, de toenemende mondigheid van patiënten en de opkomst van een nieuwe school technocratische juristen. Het instrumentarium dat deze juristen ter beschikking staat is de afgelopen jaren uitgebreid. Het is hierbij niet alleen de vraag of de nieuwe wetgeving alleen datgene aan juridische regels bindt waarover allang een grote mate van consensus heerst, maar vooral of er in de toekomst meer gebruik van zal worden gemaakt door juristen die zelf actief naar cliëntèle zoeken.

De pogingen marktwerking in te voeren en de voortdurende conflicten tussen met name de LSV en de overheid hebben samen met een dreigende jurisdering van de zorgverlening een ongunstig klimaat gecreëerd voor succesvolle informatie-uitwisseling tussen artsen, instellingen, verzekeraars en de overheid. Niet alleen zijn diverse technische en juridische problemen nog niet overwonnen, maar is informatie in de gezondheidszorg voor veel partijen een strategisch goed geworden. Een mogelijke jurisdering van de zorgverlening zal deze ontwikkeling verder stimuleren.

Binnen deze context kunnen medische beroepsorganisaties proberen de kritiek op de zelfregulering te pareren door het ontwikkelen van een meer transparant kwaliteitsbeleid, maar is het zeer de vraag of individuele artsen bereid zijn om daadwerkelijk maximale openbaarheid in de medische praktijkvoering te betrachten. De werkzaamheid van nieuwe juridische en financieringsinstrumenten is namelijk voor een belangrijk deel afhankelijk van de beschikbare (en het liefst kwantificeerbare) informatie over de te reguleren activiteit, het medisch handelen, die grotendeels door de artsen zelf dient te worden aangeleverd. Voor artsen neemt hierdoor de verwevenheid van belangenbehartiging met het onbepaald medisch handelen, dat zich niet laten vatten in objectiveerbare regels, (op individueel, groeps- en landelijk niveau) alleen maar toe.

4.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996

Sedert de jaren zeventig hebben niet-medische partijen in toenemende mate, met juridische en financieringsinstrumenten, getornd aan de medische handelingsvrijheid van de individuele arts. Ook in de jaren negentig lijkt de kern van de zelfregulering, de klinische autonomie, aan grote veranderingen onderhevig. Allereerst doen steeds meer patiënten als klager een beroep op het tuchtrecht en stellen zij artsen vaker aansprakelijk voor vermeend aangedane schade. Hiermee verliest het tuchtrecht aan belang ten koste van de civiele rechtspraak voor het reguleren van conflicten in de arts-patiëntrelatie (zie paragraaf 4.3.4). Ten tweede wordt na een jarenlange discussie de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) artikelgewijs ingevoerd. Met de Wet BIG maakt de beroepsbescherming plaats voor titelbescherming en wordt het medisch tuchtrecht aangepast. Tenslotte maken medische beroepsorganisaties vanaf 1989 afspraken met andere partijen in de gezondheidszorg over het bewerkstelligen van een meer transparante kwaliteitszorg. Behalve het verbeteren van de kwaliteit van zorg, moet een meer zicht- en meetbaar kwaliteitsbeleid marktpartijen inzicht verschaffen in de kwaliteit van het eindproduct gezond-

heidszorg, zodat de zorgverlening via marktwerking meer doeltreffend en doelmatig kan worden aangeboden.

Deze ontwikkelingen laten de zelfregulering van het medisch beroep niet ongemoeid en worden in het hiernavolgende in onderling verband besproken. Hierbij staat de vraag centraal in hoeverre het medisch handelen zich in meer expliciete (tucht)regels laat vatten en in welke mate niet-medische partijen zeggenschap verwerven over het beoordelen van de medische beroepsuitoefening.

4.4.1 Het stijgende aantal tuchtrechtszaken

Vanaf de jaren zeventig deden patiënten steeds meer een beroep op de medische tuchtcolleges om genoegdoening voor vermeend onrecht te verkrijgen. In 1971 verdubbelde bijvoorbeeld het aantal klachten over geweigerde hulp, terwijl het aantal veroordelingen gelijk bleef. Zowel het aantal niet te rubriceren klachten als de lengte ervan namen explosief toe. In 1973 bijvoorbeeld besloeg de langste onrubriceerbare klacht niet minder dan 250 velletjes toiletpapier.¹⁰³ Vertegenwoordigers van het medisch beroep concludeerden dat de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening niet zo snel kon dalen, zodat naar andere oorzaken voor het almaar stijgende aantal tuchtrechtszaken moest worden gezocht. Zij verweten de media onjuiste berichtgeving over het medisch tuchtrecht, terwijl aangaande de zorgverlening verkeerde verwachtingen bij de burgers werden gewekt.¹⁰⁴ Een andere oorzaak voor de stijging van het aantal klachten was dat patiënten en naasten vanaf 1972 zelf klachten bij het tuchtcollege mochten indienen, zonder zich eerst te moeten wenden tot de inspecteur voor de volksgezondheid. Vanwege de toename van het aantal klachten kampen zowel het centraal als de regionale tuchtcolleges in 1981 met een grote achterstand, waarbij sommige zaken zelfs meer dan een jaar werden aangehouden.¹⁰⁵ In de daarop volgende periode 1982-1993 verdubbelde het aantal klachten over huisartsen, maar bleef het percentage gegrond verklaarde klachten (circa 20 procent) gelijk.¹⁰⁶ De meeste klachten betroffen: waarnemend huisartsen die niet op verzoek van de patiënt op huisbezoek kwamen en de schending van de zorgplicht of het beroepsgeheim. Aangaande specialisten is tussen 1982 en 1992 een vergelijkbare trend waarneembaar.¹⁰⁷ De meeste klachten hadden betrekking op: 'geen of onvoldoende zorg' (27 procent) en 'onjuiste behandeling' (22 procent). Wel verschilden de hoeveelheid en de ernst van de klachten per specialisme. Chirurgen onderscheidden zich in positieve zin, doordat het aantal klachten tussen 1986 en 1995 gelijk bleef, waardoor hun aandeel in het totaal aantal klachten daalde van 13 procent in 1986 tot 7 procent in 1995.¹⁰⁸ De 20 procent gegrond verklaarde klachten tussen 1982 en 1992, leidde voor 22 artsen tot een definitieve ontzegging van de beroepsuitoefening (6 psychiaters/zenuwartsen, 4 huisartsen, 1 patholoog, 6 artsen zonder nadere aanduiding, 2 tandartsen en 3 apothekers).¹⁰⁹

Vooralsnog blijft het tuchtrecht vooral een indirect normerend kwaliteitsinstrument, dat beroepsbeoefenaren meer corrigeert dan bestraft en waarmee het geschonden rechtsgevoel van de (klagende) burger tekort wordt gedaan.¹¹⁰ In het bestaande tuchtrechtstelsel is het bijvoorbeeld mogelijk dat een arts wordt berispt, terwijl de instelling waar hij werkzaam is er geen kennis van kan

nemen.¹¹¹ Hoewel de inspectie hierover wordt geïnformeerd, blijft deze instantie gehouden aan geheimhouding. In 1995 komt nog geen tien procent van de uitspraken in aanmerking voor publicatie¹¹², waarbij het algemeen belang als criterium wordt gehanteerd. Hiermee blijft het tuchtrecht een instrument waarmee het medisch beroep zichzelf reguleert. Desalniettemin neemt de kans toe dat artsen worden geconfronteerd met een tuchtrechtszaak. Bovendien hebben patiënten vaak onrealistische verwachtingen van een medische ingreep en zijn zij teleurgesteld als het tuchtcollege de ongewenste medische uitkomst niet beschouwt als een fout, maar als een complicatie.¹¹³ Een meer recente ontwikkeling is dat klagers eerst een tuchtrechtprocedure beginnen om daarna, met de via de tuchtrechtszaak verkregen informatie, via een civiele procedure een schadevergoeding te eisen.¹¹⁴ Het mogelijk effect hiervan op de beroepsuitoefening is tweëerlei: enerzijds kan deze ontwikkeling leiden tot goede afspraken over onderlinge communicatie en anderzijds kunnen artsen 'vluchten' in toestemmingsformulieren en protocollaire geneeskunde.¹¹⁵ Anno 1996 is een vernieuwing van het tuchtrecht nog altijd niet geheel bewerkstelligd. Dit hangt samen met de geleidelijke invoering van de Wet BIG.

4.4.2 De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

De Wet BIG kent een lange voorgeschiedenis, waarover elders uitgebreid verslag is gedaan.¹¹⁶ In 1981 werd het voorontwerp naar de Tweede Kamer gestuurd. Cruciaal was de steun van de KNMG voor het wetsvoorstel, dat voor een groot deel op het conto van de gedreven KNMG-jurist Van der Mijl kan worden bijgeschreven.¹¹⁷ De beroepsbescherming via de Wet Uitoefening der Geneeskunst uit 1865 (zie paragraaf 4.2.1) maakt met de Wet BIG plaats voor titelbescherming. Verder vervalt met de Wet BIG de Wet op de paramedische beroepen (1963) en zullen voortaan ook klinische psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten en verpleegkundigen onder een eigen tuchtrecht vallen. Voor al deze beroepen wordt door de overheid een register ingesteld. Een 'raad voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg' (voortaan 'de raad BIG') omschrijft wie bevoegd is voor welke medische handelingen. Verder kan de overheid via algemene maatregelen van bestuur nadere kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening stellen. Op 1 januari 1994 trad het eerste van de 148 artikelen in werking, waarmee de raad BIG is ingesteld door de (toenmalige) Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Deze raad adviseert de overheid over de nadere invulling van de Wet BIG. De resterende artikelen treden in werking op een bij Koninklijk Besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld. Verder is de wettekst in de loop der jaren verschillende malen gewijzigd. Tenzij anders wordt aangegeven, wordt in deze paragraaf wet zoals deze luidt na de wijziging van 14 september 1995 aangehouden.¹¹⁸

De Wet BIG roept inzake de zelfregulering en de kwaliteitszorg van het medisch beroep een drietal vragen op: in welke mate verliest het medisch beroep het monopolie op de medische beroepsuitoefening door titelbescherming; in hoeverre krijgen mondiger geworden patiënten meer mogelijkheden de kwaliteit van de beroepsuitoefening te beoordelen via het nieuwe tuchtrecht; en neemt de

invloed van de overheid op de beroepsuitoefening toe, door het beheer van een artsenregister, terwijl voor eventuele herregistratie aanvullende kwaliteitseisen mogen worden gesteld?

In welke mate bedreigt titelbescherming nu de dominante positie van het medisch beroep in de gezondheidszorg? Allereerst moet worden gesteld dat het algehele verbod (via de Wet Uitoefening der Geneeskunst) op de medische beroepsuitoefening niet werd nageleefd. Om de wetgeving aan de bestaande praktijk aan te passen en om patiënt het recht te geven zelf zijn hulpverlener (ook in het alternatieve circuit) te kiezen, ligt de nadruk in de Wet BIG op 'bekwaamheid'. Alleen in de wet genoemde beroepsbeoefenaren mogen voorbehouden handelingen verrichten, zoals: heel- en verloskundige handelingen, catheterisaties en endoscopieën, injecties en puncties, het brengen onder narcose en het gebruik maken van radioactieve stoffen en ioniserende stralen uitzendende toestellen. Voor deze zogenoemde voorbehouden behandelingen wordt aangegeven wie daartoe bevoegd is. In principe zijn alleen artsen bevoegd *alle* voorbehouden handelingen te verrichten. Wel bepaalt artikel 36, lid 14, dat artsen alleen een voorbehouden handeling mogen verrichten voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die is vereist voor het behoorlijk verrichten van die handeling. Anderen, zoals bijvoorbeeld artsen in opleiding, mogen deze handelingen alleen in opdracht van een bevoegde verrichten (artikel 35). In deze zin verandert er voor artsen in de dagelijkse praktijk vrijwel niets. Tenslotte regelt artikel 39 de 'zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid' van voorbehouden handelingen voor paramedische beroepen, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen. Om bij de verpleegkundigen te blijven, de raad BIG, die adviseert over de nadere invulling van de raamwet, heeft gesteld dat verpleegkundigen zelfstandig bepaalde injecties, catheterisaties en puncties mogen uitvoeren.¹¹⁹ Hiermee worden de verpleegkundigen bevoegd voor handelingen die zij traditioneel al in de praktijk verrichten. Een discussiepunt is de mate waarin artikel 39, over de zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid, moet worden toegepast. Zo weinig mogelijk, schrijven de juristen Van der Mij en Sanders¹²⁰, terwijl anderen, zoals Van der Boomen, benadrukken dat niet kan worden aangenomen dat verpleegkundigen de praktische en theoretische vaardigheden voor bepaalde handelingen in de opleiding krijgen aangeleerd. Daarom pleit zij ervoor het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen nader te omschrijven, zodat de opleiding daarop kan worden afgestemd.¹²¹ De raad BIG, die over deze kwesties adviseert, zal echter eind 1996 of begin 1997 worden opgeheven.¹²² Dit betekent dat de nadere afstemming van de bevoegdheden aangaande de voorbehouden handelingen plaats zal vinden via de jurisprudentie, nadat de desbetreffende artikelen in werking zijn getreden. Ondertussen heeft in 1996 wel de eerste rechtszaak plaatsgevonden, met onenigheid over de verantwoordelijkheden van een arts en een verpleegkundige als onderwerp (zie paragraaf 4.5.3). Hierbij is rekening gehouden met het nog in werking treden artikelen van de Wet BIG, hetgeen mogelijk in 1997 zijn beslag zal krijgen.

Vooralsnog lijkt de Wet BIG de positie van artsen in de gezondheidszorg niet te ondermijnen. Net als voor de in paragraaf 4.3.4 besproken wetgeving kan ook

hier worden gesteld dat de Wet BIG vooral de bestaande situatie formaliseert. Wat heeft het medisch beroep aan een algeheel verbod op de geneeskunst voor niet-academisch opgeleide artsen als dit niet kan worden afgedwongen? Met de Wet BIG zijn grenzen aan het territorium van het medisch beroep gesteld, waarbinnen artsen meer bescherming tegen inmenging van derden genieten dan ervoor.

De Wet BIG heeft inzake kwaliteitszorg betrekking op zowel bestaande educatieve kwaliteitsinstrumenten als nieuwe normerende kwaliteitsinstrumenten. Allereerst worden onder meer de tuchtnormen aan de eisen van de tijd aangepast. Zo is 'ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen' vervangen door 'handelen of nalaten in strijd met de zorg die de geregistreerde beroepsbeoefenaar hoort te betrachten ten opzichte van de patiënt en diens naasten.' Uitspraken van het Europese Hof inzake het 'Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden' verplicht de Nederlandse wetgever tot een verandering in het beginsel van 'beslotenheid, tenzij' naar 'openbaarheid, tenzij' (zie ook paragraaf 5.4.1).¹²³ Verder krijgt het tuchtcollege een sterkere juridische component, aangezien het aantal juristen tot twee wordt uitgebreid, terwijl juristen in de raad van beroep over de meerderheid zullen beschikken. De tuchtrechter krijgt de beschikking over een uitgebreider en genuanceerder instrumentarium. Verschillende gradaties van schorsing kunnen bijvoorbeeld worden gecombineerd met een geldboete (artikel 48, lid 2).

Of met het vernieuwde medisch tuchtrecht meer tegemoet wordt gekomen aan het geschonden rechtsgevoel van de klager moet nog worden gezien. Volgens de KNMG-jurist Kastelein is de positie van de patiënt als klager in het tuchtrecht versterkt, omdat de oude niet-contradictionaire procedure meer een procedure van tegenspraak is geworden tussen een klager en een beklaagde.¹²⁴ Maar Van der Wal betwijfelt of de modernisering van het tuchtrecht via de Wet BIG tot andere klachten of tot een andere oordeelsvorming door de tuchtrechters zal leiden.¹²⁵

Tenslotte is het de vraag of de minister van Volksgezondheid meer invloed op de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan uitoefenen. Met de Wet BIG wordt door de minister van Volksgezondheid een register voor artsen ingesteld (artikel 3). Hiermee komt een einde aan de automatische bevoegdheid als arts na een met goed gevolg afgesloten artsexamen. De registers voor specialisten, sociaal-geneeskundigen, huisartsen en verpleeghuisartsen blijven in handen van het medisch beroep. Desalniettemin kan de minister de registratie beperken tot een bepaalde tijdperiode. Voor herregistratie is het vervolgens mogelijk via algemene maatregelen van bestuur nadere kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening (artikel 40) te stellen. De algemene maatregelen van bestuur kunnen krachtens artikel 40 betrekking hebben op: de technische uitrusting van praktijkruimten, de inrichting van patiëntendossiers, het participeren in een goede waarnemingsregeling en deelname aan nascholing en toetsing. Kortom, via de Wet BIG lijkt de overheid ontegenzeggelijk meer zeggenschap te verkrijgen over de medische beroepsuitoefening. Of het in de praktijk ook zo'n

vaart zal lopen moet worden betwijfeld. Casparie heeft al in 1992 opgemerkt dat al te gedetailleerde regelgeving niet aansluit bij de trend naar deregulering en zelfordening.¹²⁶ Spreeuwenberg benadrukt de beperkte mogelijkheden voor het stellen van nadere eisen aan de beroepsuitoefening voor de herregistratie van artsen, vanwege de vergaande differentiatie van het medisch beroep.¹²⁷ Wel wordt hiermee druk op het medisch beroep uitgeoefend, om zelf serieus een aanvang te maken met een meer transparant kwaliteitsbeleid door nadere kwaliteitseisen te stellen voor de herregistratie van specialisten, sociaal-geneeskundigen, huisartsen en verpleeghuisartsen. Tezamen met de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg was dit een van de drijfveren van de KNMG om in 1989 met andere partijen afspraken te maken over een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg.

4.4.3 Kwaliteitszorg als de verantwoordelijkheid voor veldpartijen, de Leidschendamconferenties

Met het dereguleren van de gezondheidszorg en het introduceren van gereguleerde marktwerking in 1989, werd het voor inkopers van zorg van eminent belang de kwaliteit van het product gezondheidszorg te kunnen vaststellen. Het waren de 'veldpartijen' zelf die de door de deregulerende overheid achtergelaten ruimte moesten gaan opvullen. Op initiatief van de KNMG en in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid werd in april 1989 de eerste Leidschendamconferentie gehouden, waar de aanbieders van zorg (artsen en instellingen), verzekeraars en patiënten/consumenten afspraken maakten over een transparante kwaliteitszorg, terwijl de overheid op deze conferenties over hun schouders meekeek. Tijdens een tweede conferentie in 1990 werden nadere afspraken gemaakt. De vorderingen ten aanzien van deze afspraken werden tenslotte op een derde conferentie in 1995 geëvalueerd.

In 1989 maakten de deelnemende partijen de volgende afspraken. Allereerst werd gesteld dat de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de aanbieders lag, ofwel de artsen en de instellingen. Het kwaliteitsbeleid van verzekeraars moest erop gericht zijn de kwaliteitszorg van de aanbieders te bevorderen. Op zowel micro-, meso- en macroniveau dienden alle partijen te streven naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Voor nog te definiëren kwaliteitsaspecten zouden objectieve criteria moeten worden ontwikkeld om een bepaald kwaliteitsniveau aan te kunnen geven. Door aanbieders van zorg te ontwikkelen interne kwaliteitssystemen (een cluster van kwaliteitsdeelsystemen, die in dit onderzoek worden aangeduid als kwaliteitsinstrumenten, zoals opleiding, intercollegiale toetsing, richtlijnontwikkeling, visitatie enz.), dienden vervolgens te worden beoordeeld door een onafhankelijke externe partij. Hierbij werd gedacht aan de certificatie van instellingen, waarbij een certificatie-instituut (erkend door een Raad voor de Certificatie (inmiddels Accrediatie genoemd)) de instellingen na beoordeling van hun kwaliteitssystemen kon voorzien van een kwaliteitskeurmerk. Certificatie diende meer als particulier alternatief voor het haperende erkenningstelsel van de overheid. Het enige middel van de Geneeskundig Hoofdinspecteur is bij gebleken gebreken de minister adviseren de

erkenning van het gehele ziekenhuis in te trekken, hetgeen uiteraard zelden gebeurt.¹²⁸ De kosten van dit kwaliteitsstreven met certificatie mochten de baten niet overschrijden. Eventuele meerkosten zouden via de verzekeraars de gebruikers ten laste komen. De overheid zou de certificatie van instellingen faciliteren met een kaderwet (de latere Kwaliteitswet zorginstellingen, zie paragraaf 4.3.4), waarbij nadere detaillering zou plaats vinden via een algemene maatregel van bestuur. Op deze wijze stelt de overheid kwaliteitseisen vast en kan er bij het eventueel in gebreke blijven van de te onderscheiden partijen alsnog worden ingegrepen.¹²⁹

Voor de effecten op de zelfregulering van het medisch beroep volstaat het op te merken dat de met certificatie beoogde externe controle zich beperkt tot de kwaliteitssystemen zelf. Door medische beroepsorganisaties te ontwikkelen en implementeren kwaliteitssystemen hebben echter direct betrekking op het medisch handelen, waardoor de klinische autonomie van de individuele arts mogelijk zou kunnen verschuiven naar die van zijn beroepsverenigingen. Tenslotte is het de vraag in hoeverre certificatie zal functioneren als alternatief voor het bestaande erkenningstelsel. In dit licht wordt hieronder beknopt vermeld wat er van 'Leidschendam' terecht gekomen is.

In 1990 publiceerde de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een onderzoek naar de mogelijkheden van het instrument certificatie.¹³⁰ De belangrijkste vragen inzake de vormgeving van het instrument certificatie zijn *wie* certificeert, stelt de normen vast en heft eventuele sancties. Daarnaast is het van belang *wat* en *hoe* er wordt gecertificeerd. Het *wat* betreft naast de certificatie-onderwerpen het certificatie-domein: certificatie per afdeling of de gehele instelling. Het *hoe* dient te worden ondergebracht bij de te certificeren instellingen en betreft de omschrijving van de verantwoordelijkheden en de inrichting van deze instellingen. Wanneer onafhankelijkheid bij de certificerende instantie ontbreekt, spreekt het NRV-rapport over 'zelf-certificatie, ofwel: 'activiteiten op grond waarvan een organisatie van bepaalde beroepsbeoefenaren kenbaar maakt dat een persoon voldoet aan van te voren vastgestelde eisen of normen met betrekking tot de wijze van uitoefening van het beroep.'¹³¹ Maar aanbieders van zorg dienen zelf kwaliteitssystemen te implementeren, die door een onafhankelijke certificerende instelling kunnen worden beoordeeld. In het hiernavolgende wordt eerst een te ontwikkelen kwaliteitssysteem voor ziekenhuizen besproken, waarna de initiatieven van de medische beroepsgroep zelf nader in ogenschouw worden genomen.

Voor het opzetten van kwaliteitssystemen voor zorginstellingen kunnen grofweg twee methoden worden onderscheiden. Via een meer 'bottom-up' benadering kan worden gewerkt aan integrale kwaliteitszorg ('Total Quality Management' (TQM)). Initiatieven aangaande integrale kwaliteitszorg blijven in dit onderzoek buiten beschouwing, omdat TQM-projecten uiteenlopende vormen kunnen aannemen, terwijl een gedegen evaluatiestudie van TQM-projecten in Nederlandse ziekenhuizen vooralsnog ontbreekt.¹³²

Een tweede methode betreft het meer 'top-down' ontwikkelen van certificatie-normen waaraan een instelling zou moeten voldoen. Acht ziekenhuizen gaven in

1989 de Nederlandse centrale organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) de opdracht het 'proefproject accreditatie van ziekenhuizen' (PACE) uit te voeren, waarbij werd aangesloten bij het 'International Standardization Organization' (ISO)-normenstelsel. Aanvankelijk waren de verwachtingen van PACE hoog gespannen.¹³³ PACE-normen werden echter steeds meer bekritiseerd, omdat zij onvoldoende recht doen aan de samenhang tussen verschillende ziekenhuisafdelingen en slecht aansluiten bij de medische beroepsuitoefening. Het voldoen aan ISO- en/of PACE-normen geeft geen garantie inzake de kwaliteit van het klinisch handelen. Voorts werd gevreesd voor een groeiende bureaucratie als gevolg van het expliciteren van het zorgproces en het schrijven van handboeken. Aldoende verloopt anno 1996 het ontwikkelen van PACE-normen als kwaliteitssysteem voor ziekenhuizen uiterst moeizaam.¹³⁴

Behalve de zorginstellingen maakten ook de medische beroepsverenigingen werk van het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. In 1990, anderhalve maand voor de tweede Leidschendam-conferentie, trad het KNMG-hoofdbestuur naar buiten met de nota 'Kwaliteitsborging door herregistratie van medische beroepsbeoefenaren'. Een van de voorstellen betrof de invoering van een verplichte vijfjaarlijkse herregistratie voor specialisten, sociaal-geneeskundigen, huisartsen en verpleeghuisartsen. Het ontwikkelen van de criteria voor herregistratie was een taak voor de betrokken beroepsverenigingen zelf. De KNMG zou ervoor zorgdragen dat deze criteria niet te veel per beroepsgroep gingen verschillen. Voor herregistratie wilde de KNMG aansluiten bij bestaande activiteiten, zoals na- en bijscholing, toetsing en visitatie.¹³⁵ Op de conferentie van 1990 werden vervolgens enkele belangrijke afspraken gemaakt, zoals: de ontwikkeling van interne kwaliteitssystemen door beroepsbeoefenaren en instellingen met structurele 'feed-back' van de gebruikers van zorg en de mogelijkheid van externe beoordeling, het inbrengen van kwaliteit als onderdeel van de overeenkomst tussen aanbieders en verzekeraars, alsmede het beschikbaar stellen van informatie ten behoeve van kwaliteitsbeoordeling.¹³⁶

Voor het realiseren van de in 1990 gemaakte afspraken was de NRV gevraagd een commissie te formeren.¹³⁷ Dit werd de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VCVOK). In 1992 bleek uit een enquête, uitgevoerd bij 47 organisaties in de gezondheidszorg, dat de afspraken van Leidschendam als stimulerend werden ervaren. Maar vooreerst wilden de verschillende partijen in eigen kring orde op zaken stellen, om vervolgens de eigen kwaliteitssystemen op die van de andere partijen af te stemmen. Binnen het vernieuwde gezondheidszorgstelsel waren alle partijen namelijk druk doende een stabiele positie te veroveren. Pas als de nieuwe onderlinge verhoudingen enigszins zouden zijn uitgekristalliseerd, kon er weer ruimte ontstaan voor onderhandeling en samenwerking.¹³⁸ Zoals eerder in paragraaf 4.3.2 werd beschreven, bleven de verhoudingen gespannen tussen enerzijds de medische beroepsorganisaties en anderzijds de overheid en de verzekeraars.

Voordat in 1995 de derde kwaliteitsconferentie zou worden gehouden, publiceerde de NRV wederom een rapport over certificatie, waarin werd gewaar-

schuwd voor de bureaucratisering van de zorgverlening. Aangezien certificatie ook een middel is om de onderhandelings- en concurrentiepositie van zorginstellingen te versterken, bestond bij de NRV de indruk dat certificatie in sommige sectoren van de gezondheidszorg een doel op zichzelf was geworden, waardoor het instrument aan belang voor de kwaliteitszorg heeft ingeboet. Een nog groter probleem betrof de uiteenlopende beoordeling van kwaliteitssystemen door Nederlandse certificerende instellingen. Verder waarschuwde de NRV ervoor certificatie niet te implementeren, alvorens de kwaliteitssystemen voldoende zijn ontwikkeld.¹³⁹ Dat laatste was tijdens de derde Leidschendamconferentie in 1995 nog niet het geval.¹⁴⁰ Vandaar dat de voorzitter van de VCVOK en de derde Leidschendamconferentie, Casparie, concludeerde dat de aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten, geïnspireerd door de Leidschendamconferenties, weliswaar veel activiteiten ontplooiden, maar dat er van een landelijk coherent kwaliteitsbeleid nog geen sprake was.¹⁴¹

Voorlopig zijn de veldpartijen in 1995 overeengekomen dat instellingen hun inspanningen inzake kwaliteitszorg verantwoorden met een kwaliteitsjaarverslag. Dit is sinds het in werking treden van de Kwaliteitswet zorginstellingen op 1 april 1996 ook verplicht. Verder hebben de veldpartijen in het kader van certificatie een Coördinatiecommissie Certificatie opgericht. Voor het onderling afstemmen van de verschillende kwaliteitssystemen van de veldpartijen is de Stichting Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in het leven geroepen. Medische beroepsorganisaties richten zich met hun kwaliteitsbeleid voornamelijk op het formuleren van richtlijnen en visitatie als een vorm van toetsing, met herregistratie als sluitstuk.¹⁴² Of en in welke vorm certificatie zal worden bewerkstelligd, is anno 1996 nog een open vraag.

Concluderend: het tuchtrecht en de samenstelling van de tuchtcolleges worden gestaag aan de eisen van de tijd aangepast, maar de zelfregulering blijft vooralsnog grotendeels intact. Hoewel de Wet BIG een aardverschuiving in de zelfregulering van het medisch beroep leek te bewerkstelligen, is via de voorbehouden handelingen vooral een kleiner medisch domein meer expliciet afgebakend. Dit kan niet worden beleefd als een verlies aan klinische autonomie van de individuele arts, aangezien het algeheel verbod op de uitoefening van de geneeskunst niet werd nageleefd. Door het instellen van een artsenregister onder eigen beheer en het recht aanvullende kwaliteitseisen te stellen voor herregistratie, verkreeg de overheid een stok achter de deur om het medisch beroep ertoe te bewegen zelf serieus een aanvang te maken met het bewerkstelligen van een meer transparant kwaliteitsbeleid. Terwijl de overheid de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg voorbereidde, maakten de veldpartijen op initiatief van de KNMG in 1989 afspraken over een te verwezenlijken transparante kwaliteitszorg. Men komt met elkaar overeen kwaliteitssystemen te ontwikkelen, die zo mogelijk door een externe (certificerende) partij worden beoordeeld. De Kwaliteitswet zorginstellingen, een uitvloeisel van de gemaakte afspraken, richt zich op de organisatie van de geleverde zorg in instellingsverband. Het ontwikkelen van PACE-normen voor de certificering van zorginstellingen verloopt vooralsnog moeizaam vanwege inhoudelijke onvolkomenheden. Medische beroepsorganisaties zoals de LSV en de LHV zijn druk doende met het

ontwikkelen van kwaliteitssystemen als herregistratie en de visitatie van niet-opleidingsklinieken. Of certificatie van instellingen een alternatief voor het erkenningstelsel zal zijn moet de tijd nog uitwijzen. Enkele grote problemen vragen nog om een oplossing, zoals: de ontwikkeling en onderlinge afstemming van de verschillende kwaliteitssystemen en het formuleren van eenduidige beoordelingscriteria voor deze systemen. Een te ambitieus opgezette vorm van certificatie voor het extern beoordelen van het medisch handelen, die de hiervoor geschetste problemen negeert, vergroot de kans op een bureaucratisering van de gezondheidszorg. Dit bedreigt echter eerder de kostenbeheersing in de gezondheidszorg dan de zelfregulering van het medisch beroep.

4.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996

In de voorgaande paragrafen is beschreven hoe de overheid, eerst via overheidsregulering en later met marktwerking, heeft geprobeerd de medische beroepsuitoefening meer expliciet te reguleren. Tegelijkertijd wilden niet-medische partijen artsen meer transparant verantwoording laten afleggen voor het medisch handelen. Hoewel het medisch beroep hiermee werd gestimuleerd educatieve kwaliteitsinstrumenten aan te passen en normerende kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen, is het de vraag of deze succesvol kunnen worden geïmplementeerd. Naarmate de behoefte bij niet-medische partijen aan meer specifieke informatie over het medisch handelen stijgt om artsen stringenter te reguleren, neemt het belang van diezelfde informatie voor artsen en hun beroepsorganisaties alleen maar toe in de onderhandelingen over aanpassingen van het gezondheidszorgstelsel.

Binnen dit spanningsveld wordt in het hiernavolgende eerst de ontwikkeling van intercollegiale toetsing besproken, gevolgd door de bestudering van de fenomenen consensusbijekomsten en protocollering. Bij intercollegiale toetsing dienden richtlijnen 'bottom-up' aan het medisch handelen worden ontleend. Protocollering is van oorsprong een 'top-down' instrument, ontleend aan de bedrijfskunde, voor het ontwikkelen van richtlijnen. Het formuleren van consensusrichtlijnen bevindt zich daar tussenin. Aanpassingen van de beroepsopleidingen zoals het introduceren van een specialistenexamen, als gevolg van het toenemend belang van Europese regelgeving¹⁴³, bevinden zich in 1996 nog in een embryonaal stadium en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

4.5.1 Succesvolle invoering van intercollegiale toetsing in 1976

Eerder is in paragraaf 4.2.5 beschreven hoe de ontwikkeling van de medische staf binnen ziekenhuizen zijn oorsprong vond in het streven van enkele specialisten necrologiebesprekingen te organiseren, waarna stafvorming door de LSV werd opgepikt om de homogeniteit van haar achterban te versterken, die daardoor beter tegenwicht kon bieden aan de stijgende invloed van ziekenhuisdirecties.¹⁴⁴ Het begrip 'medical audit' was in 1958 door Pannekoek voor het eerst binnen de context van stafvorming in het Nederlandse ziekenhuiswezen ter sprake gebracht.¹⁴⁵ Bürkens stelde in 1962 voor deze nieuwe methode 'inter-

collegiale toetsing' te noemen.¹⁴⁶ Audit staat voor accountantsonderzoek, maar volgens Bürkens moet er getoetst worden 'door de staf en vóór de staf'. Reeds in dit stadium werd het spanningsveld tussen interne en externe toetsing aangegeven. Desalniettemin was de tijd nog niet rijp voor een verdere ontwikkeling van intercollegiale toetsing. In 1963 publiceerde de chirurg Kuijjer met een aantal collega's een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) over medische fouten.¹⁴⁷ Van andere collega's kregen de auteurs mondeling te verstaan dat dergelijke ontboezemingen binnenskamers dienden te blijven.¹⁴⁸ De lekenpers besteedde in tegenstelling tot de medische pers enige aandacht aan het artikel. Ook overstelpten teleurgestelde patiënten de publicisten met brieven. Toch kreeg het onderwerp intercollegiale toetsing vervolgens tot 1970 weinig aandacht.

Zelfregulering onder druk

In 1970 vertrok een studiegroep van de toenmalige Stichting Medische Registratie (SMR) naar de Verenigde Staten, waar al langer ervaring met 'medical audit' was opgedaan. De groep werd geconfronteerd met de voorliefde van de Amerikanen voor getallen en statistieken. Per diagnose of operatie werden frequenties van verrichtte onderzoeken en therapieën opgesomd. Het analyseren van deze uitvoerige tabellen en het ontwikkelen van (eigen) normen voor elke categorie patiënten, beschouwden de Nederlanders als een moeizame en niet al te productieve bezigheid. Naar hun mening verdiende een beperking tot de meest toegepaste onderzoeken en therapieën per diagnose of operatie de voorkeur.¹⁴⁹ Een dergelijke afbakening wezen de aanwezige Amerikaanse specialisten af uit angst dat de toegenomen inzichtelijkheid zou leiden tot bevoogding en het verheffen van het gemiddelde tot norm. In de Amerikaanse context bleek deze angst gegrond. Om de uit de hand gelopen kosten van de 'Medicare' verzekering te beheersen werd door de overheid in 1972 een vorm van externe toetsing ingesteld met de 'Professional Standards Review Organization' (PSRO). Het medisch handelen werd met vooraf geformuleerde criteria beoordeeld. Artsen die niet aan de criteria voldeden kregen financiële sancties opgelegd. Deze vorm van externe controle leidde bij de specialisten in de Verenigde Staten tot een verminderd enthousiasme voor 'medical audit'. Door de KNMG werd in 1970 een commissie intercollegiale toetsing ingesteld naar aanleiding van het rapport van de ministeriële Commissie Huisartsen (1967, zie paragraaf 4.6.2), die onder meer de mogelijkheden voor een beroepsopleiding voor huisartsen onderzocht.¹⁵⁰ Volgens Fokkens was op dat moment de necrologiebespreking de enige vorm van 'medical audit' die in Nederland existeerde.¹⁵¹ In het rapport van de KNMG-commissie dat in januari 1971 uitkwam, werden geen knopen doorgehakt. De conclusie was dat het overgrote deel van de Nederlandse artsen behoorlijk functioneerde en dat de slechts kleine minderheid die dat niet deed, door middel van correctieve maatregelen niet op het rechte pad was te brengen.¹⁵² Het leek allemaal dus nogal mee te vallen. De KNMG-commissie adviseerde daarom de maatschappelijke verenigingen te laten bepalen in welk kader toetsing moest plaatsvinden; de bal voor specialisten werd bij de LSV neergelegd.

Kort daarna gooit de anesthesist Smalhout de knuppel in het hoenderhok, wanneer hij op 27 november 1972 in zijn inaugurele rede, getiteld 'De dood op tafel', stelt dat jaarlijks 200 mensen sterven als gevolg van anesthesiefouten.¹⁵³ Hierop volgde ook in de lekenpers een uitvoerige en emotionele discussie die, mede door andere affaires, twijfel deed ontstaan aan de werkzaamheid van het zichzelf regulerend medisch beroep. Deze beeldvorming werd ondersteund door de sociologische literatuur uit die dagen, wijzend op de grote gevaren van medicalisering.¹⁵⁴ De toenmalige LSV-voorzitter verzucht in 1973 dan ook: 'Wij specialisten hebben over vele jaren tezamen nog niet zo vaak de voorpagina's gehaald als in het afgelopen jaar het geval is geweest.'¹⁵⁵ In een tijd dat de kritiek op het medisch beroep culmineerde in de roep 'specialisten in loondienst'¹⁵⁶, werd door de medische staf van het ziekenhuis de Weezenlanden te Zwolle ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van het ziekenhuis op 31 maart 1973 een studiedag over 'Medical Audit' gehouden. Behalve dat er over de methodiek werd gesproken, ging het vooral om de vraag in hoeverre externe controle op het medisch handelen de voorkeur verdiende boven controle door de beroepsgroep zelf. Als argument voor externe controle werd gesteld dat interne toetsing tussen groepen artsen mogelijk de onderlinge relaties negatief zou kunnen beïnvloeden.¹⁵⁷ Bürkens bleef echter wijzen op het belang van het zelf uitvoeren van kwaliteitsbewaking door de beroepsgroep, hoewel ook hij een externe kant van intercollegiale toetsing erkende als middel voor het afleggen van verantwoording aan de samenleving.¹⁵⁸ Tijdens de voorbereiding van de Zwolse studiedag en in een reactie op het KNMG-rapport uit 1970, is door de LSV een 'Taakgroep Intercollegiale Toetsing' ingesteld met als voorzitter Van Giffen, oud LSV-voorzitter, staflid van het Zwols ziekenhuis en betrokken bij de studiedag. De taakgroep spreekt zich in zijn rapport in 1974 uit voor intercollegiale toetsing, georganiseerd binnen de beroepsgroep.¹⁵⁹ Intercollegiale toetsing wordt gedefinieerd als 'het beoordelen of laten beoordelen van het medisch handelen binnen het kader van de medische staf met het doel de kwaliteit van dat medisch handelen te verbeteren en te bewaken.' Deze stellingname wordt gedeeld door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, Drion.¹⁶⁰ Vrijblijvendheid stelt de taakgroep evenwel niet op prijs. Verplichtstelling wordt daarom als onvermijdelijk gezien en daarmee geldt het standpunt van de LSV voor alle medische specialisten.

Als het centrum-linkse kabinet-Den Uyl in 1973 wordt geïnstalleerd, krijgt de kritiek uit de samenleving op het zichzelf regulerend medisch beroep politiek een stem via de nieuwe staatssecretaris en voormalig ziekenfondsbestuurder, Hendriks. In de Structuurnota van augustus 1974 deelt Hendriks een plaagstoot uit aan de zelfregulering van het medisch beroep door te pleiten voor gestandaardiseerde verslaglegging van de gegevens in patiëntendossiers terwille van kwaliteitsnormen, die door 'audit committees' buiten het ziekenhuis beoordeeld kunnen worden. Vervolgens komt de ontwikkeling van intercollegiale toetsing ook in de Tweede Kamer op de agenda, blijktens een open brief die D'66-fractievoorzitter Terlouw samen met het Tweede-Kamerlid Ten Brink (arts) in 1975 schrijft aan de voorzitter van de KNMG.¹⁶¹ Zij vragen zich inzake toet-

sing af: of het nog jaren gaat duren alvorens de taakgroep intercollegiale toetsing iets van zich laat horen; of de KNMG wil toegeven dat toetsing pas effectief kan werken als over sancties kan worden beschikt; of normen moeten worden ontwikkeld en of deze dan in de openbaarheid komen en of niet-medici in toetsingscommissies mogen plaatsnemen.

De overheid neemt in augustus 1975 onverwacht, en deels onbedoeld, een belangrijk initiatief waardoor de ontwikkeling van intercollegiale toetsing in een stroomversnelling geraakt. Het blad van de Unie van Nederlandse Ziekenfondsen, Unie, publiceert een beschouwing waarin de voornaamste punten uit het - geheime en naar de Raad van State gezonden - ontwerp Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (AWG) worden onthuld. In dit ontwerp wordt expliciet gesproken van externe toetsing. In het kader van de voorgestelde volksverzekering moeten er regionale verzekeringskantoren komen met vergaande bevoegdheden in het toezicht houden en controleren van gecontracteerde, en daarmee erkende, artsen. De in het leven te roepen controlediensten '.... zullen niet alleen uit medici bestaan maar ook andere disciplines moeten omvatten.'¹⁶² Daarmee is de dreiging van externe toetsing in plaats van zelfregulering acuut en serieus.

De LSV introduceert intercollegiale toetsing

De KNMG was, evenals andere belangengroepen, niet om advies gevraagd over het wetsvoorstel. In een directe reactie hield de KNMG een vurig pleidooi voor het behoud van de individuele verantwoordelijkheid van iedere arts voor de kwaliteit van zijn werk, die niet mocht worden aangetast door hiërarchische verbanden.¹⁶³ Later richtten de pijlen van de KNMG zich, in een schrijven aan de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, expliciet tegen de rol van de ziekenfondsen en de bevoegdheden die Hendriks had toebedacht aan de nog op te richten regionale verzekeringskantoren.¹⁶⁴ Het controleren van artsen stond bij de ziekenfondsen echter nog niet in het middelpunt van de belangstelling, zij hadden meer oog voor elkaar. In reactie op de zich dominant manifesterende overheid hadden de druk met elkaar fuserende ziekenfondsen zich in 1976 verenigd in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). Bovendien waren de artsen sterk vertegenwoordigd in het VNZ-bestuur.¹⁶⁵

Maar niet alleen de KNMG ageert tegen de AWG van Hendriks. Als de memorie van toelichting AWG wordt gepubliceerd, schrijven de sectie Algemene Ziekenhuizen der Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen (Gen. Ver.) waarin artsen in managementfuncties bij ziekenhuizen zijn verenigd) en de Commissie Ziekenhuisstaven van de LSV eind 1975 gezamenlijk een brief aan de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer.¹⁶⁶ De KNMG en de LSV zijn op dat moment in de veronderstelling dat de wet snel zal worden ingevoerd.¹⁶⁷ Met de brief wordt gepoogd de politiek te overtuigen dat het medisch beroep zelf het beste de kwaliteit van handelen kan waarborgen en dat het daarmee al ver gevorderd is. De krachten worden gebundeld door de LSV en de Gen. Ver., die in aansluiting op het rapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing samen een nieuwe commissie instellen. Onder

grote druk publiceert deze commissie nog geen jaar later het rapport 'Intercollegiale toetsing in de algemene ziekenhuizen'.¹⁶⁸ Hoe groot de druk van de AWG door de commissie is ervaren kan het best worden verwoord door voorzitter Simons zelf: 'Beïnvloeding uit, ja zelfs druk vanuit de buitenwereld heeft stellig enigerlei rol gespeeld bij het totstandkomen van dit rapport, maar ik meen dat wij niet alleen ermee aangeven dat wij die druk vanuit de samenleving in zekere zin weerstaan, doch tevens dat wij met dit rapport een adequaat en modern antwoord geven waarbij onze partners in de gezondheidszorg, de ziekenhuiswereld, de geldgevers en de overheid deze deskundigheid zullen erkennen.'¹⁶⁹ De patiënten als partij worden in 1976 nog niet genoemd. Met het rapport worden door de LSV en de Gen. Ver. spijkers met koppen geslagen met het aangeven van de basisvoorwaarden en de methodiek van intercollegiale toetsing. In ieder ziekenhuis dient een intercollegiale toetsingscommissie te worden opgericht, waarvan de verplichting wordt vastgelegd in het stafreglement, dat mede goedgekeurd wordt door het ziekenhuisbestuur. Ter ondersteuning van deze toetsing wordt voorgesteld een Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) op te richten. De externe partijen (financiers, ziekenhuisdirecties en overheid) krijgen een plaats in de Raad van Toezicht van het CBO. Concept-criteria om aan te toetsen, dienen in samenwerking met het betrokken specialisme te worden opgesteld en door de gehele medische staf te worden aanvaard, om vervolgens te worden opgestuurd naar het CBO. De medische staf, en niet de wetenschappelijke vereniging, is de infrastructuur waarbinnen de intercollegiale toetsing dient te worden opgezet. De geformuleerde criteria zijn door de voortgang van de medische wetenschap niet absoluut en een 'toelaatbare afwijking' is toegestaan.

Terwijl de specialisten hard werkten aan hun rapport over intercollegiale toetsing, zag Hendriks in het kabinet het doek voor zijn volksverzekering vallen. Hoofdoorzaak was de afkondiging van de minister van Financiën Duisenberg die, gedwongen door de gevolgen van de oliecrisis van 1973, stelde dat de collectieve lasten niet meer dan één procent per jaar mochten groeien. Omdat de AWG niet werd ingevoerd en vasthouden aan externe toetsing een open conflict met de medische beroepsgroep zou betekenen, bood het initiatief van de LSV een voor de overheid welkome uitweg om met deze partij overeenstemming te bewerkstelligen over de vormgeving van toetsing.

Het rapport werd aldus goed ontvangen. De bedoeling was het CBO per 1 januari 1979 officieel te laten functioneren. Om de tussenliggende jaren te overbruggen werd een Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing ingesteld. Deze commissie richtte zich op het verder ontwikkelen van de methodiek van toetsing. Inmiddels verschijnen enkele artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde waaruit het educatieve niet-bedreigende karakter en het respect voor de individuele klinische autonomie van toetsing blijkt.¹⁷⁰ Toetsing moet worden gezien als een primair professionele verantwoordelijkheid.

Ondertussen werd ook in de financiering van het CBO voorzien dankzij staatssecretaris Veder-Smit, die in 1978 de suggestie deed aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) de financiering van het CBO ten laste van de verpleegprijs te brengen. Na goedkeuring kon het CBO op 16 februari 1979 feitelijk van

start gaan. In 1984 wordt de verplichting van de arts tot intercollegiale toetsing vanuit zijn beroepsplicht, opgenomen in het Besluit voor erkenning van ziekenhuizen. In de toelichting op een specifieke bepaling, die voorschrijft dat een ziekenhuis kwaliteitsbewakende en kwaliteitsbevorderende activiteiten dient te verrichten, wordt melding gemaakt van intercollegiale toetsing waarover regelmatige rapportage wordt gewenst.

Intercollegiale toetsing onder specialisten in de praktijk

In de ziekenhuizen lijkt er na 1979 sprake van een moeizame invoering van intercollegiale toetsing. In de periode tot 1979 werd toetsing slechts in enkele ziekenhuizen toegepast. Na de oprichting van het CBO hebben de meeste ziekenhuizen wel gedurende enige tijd aan intercollegiale toetsing gedaan. Harde gegevens over het aantal ziekenhuizen dat daadwerkelijk over een langere periode continu bezig is geweest met toetsing, ontbreken grotendeels. Na zes jaar structureel stimuleren van intercollegiale toetsing concludeerde Hamilton van Hest in haar evaluatieonderzoek (betreffende 74 ziekenhuizen), dat eenderde van deze ziekenhuizen toetsing op de een of andere manier had gereguleerd en dat 80 procent van de ziekenhuizen opgaf toetsing op een gestructureerde manier te kennen. Dit optimistische beeld moet evenwel worden genuanceerd, aangezien: 'een vrij groot aantal respondenten aangeeft dat de intercollegiale toetsing, eenmaal min of meer geïnstitutionaliseerd, niet goed functioneert of, in het ergste geval, een 'slapend' instituut blijft.'¹⁷¹ Belangrijke knelpunten die door de respondenten betreffende toetsing worden genoemd zijn: gebrek aan tijd, belangstelling en medewerking van specialisten; het ontbreken van criteria; de bedreigende indruk die van toetsing uitgaat en het ontbreken van een verplichtend karakter. Kennelijk werd de door de LSV afgekondigde verplichting tot toetsing op de werkvloer anders ervaren. Medische staven stuurden verder vrijwel geen concept-criteria voor toetsing op naar het CBO, waardoor van het 'bottom-up' formuleren van landelijke medische richtlijnen niets terecht kwam. Verder vond controle op het plaatsvinden van intercollegiale toetsing, door de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid met het Besluit voor erkenning van ziekenhuizen, slechts in beperkte mate plaats. Inmiddels zijn nieuwe wegen ingeslagen. De wetenschappelijke verenigingen, die bij de invoering van intercollegiale toetsing geen rol van betekenis hebben gespeeld, namen wel het voortouw bij de kwaliteitsbevorderende activiteiten die na de intercollegiale toetsing kwamen, richtlijnontwikkeling in 1982 en het in 1987 gestarte visiteren van niet-opleidingsklinieken. Intercollegiale toetsing had daarvoor het klimaat rijp gemaakt. Het hernieuwde initiatief van de wetenschappelijke verenigingen werd mede gestimuleerd doordat het CBO in de jaren tachtig een steeds meer zelfstandige koers ging varen. Het CBO, dat vreesde dat zijn financiering uit de verpleeggeldten zou wegvallen in het kader van de deregulerende overheid, breidde zijn activiteiten inzake de ondersteuning van kwaliteitszorg uit naar paramedische beroepen als fysiotherapeuten en verpleegkundigen, waarbij voor de laatsten ook opleidingen worden georganiseerd. De organisatie diende vervolgens aan de nieuwe activiteiten te worden aangepast. Uiteindelijk werd het CBO formeel een instelling voor 'onder andere' medisch

specialisten. In 1994 willen de LSV en de wetenschappelijke verenigingen het kwaliteitsbeleid samen inhoud geven, waarbij de betrokkenheid van het CBO niet meer vanzelfsprekend is. Wel gaat de voorkeur uit naar samenwerking.¹⁷²

Resumerend: het uitvoeren van een concrete toetsingsstudie bleek vaak veel werk te kosten en lang te duren, niet in de laatste plaats door de slechte toegankelijkheid van de noodzakelijke klinische informatie. Tevens werd duidelijk dat gedragsveranderingen bij artsen door intercollegiale toetsing niet zonder meer werden bewerkstelligd. Dit is in overeenstemming met internationale bevindingen.¹⁷³ Vanwege de beperkte implementatie van toetsing werd het medisch handelen niet op grote schaal in regels gevat, verschoof de klinische autonomie van de specialist niet naar die van de LSV of het CBO en bracht toetsing geen controle op de praktijkuitvoering door niet-medische partijen dichterbij. Het door de LSV in 1976 verplicht gestelde uitvoeren van toetsingsactiviteiten in het kader van transparant verantwoording afleggen aan niet-medische partijen, had uiteindelijk nog het meeste weg van het uitvoeren van een rituele dans.

4.5.2 Consensusbijeenkomsten van specialisten

Mede door de gestage ontwikkeling van intercollegiale toetsing werd binnen het CBO naar nieuwe impulsen gezocht om het uitvoeren van toetsingsactiviteiten te bevorderen. In plaats van 'bottom-up' zou kunnen worden gekozen voor een meer gestructureerde methode van richtlijnontwikkeling. Met deze richtlijnen zouden de medische staven binnen ziekenhuizen criteria kunnen formuleren voor het uitvoeren van intercollegiale toetsing. Voor de bespreking van de consensusbijeenkomsten komen de volgende onderwerpen aan bod: de ontstaansgeschiedenis, de organisatie, de uitvoering en de resultaten van deze bijeenkomsten in Nederland.

In 1977 had in Zwolle een embryonale consensusbijeenkomst plaatsgevonden. Aldaar was men een toetsingsproject gestart met als onderwerp het selectieve gebruik van 'packed cells' voor transfusies, waarbij stafleden van verschillende disciplines ieder afzonderlijk maatstaven formuleerden. In een discussie werden de maatstaven toegelicht en gekoppeld aan gegevens uit de literatuur, waarna de definitieve criteria werden vastgesteld.¹⁷⁴ Deze criteria waren ter publicatie aan het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (NTvG) aangeboden. Hiertegen maakte de redactie mondeling bezwaar omdat deze criteria mogelijk niet op andere ziekenhuizen van toepassing waren. Inmiddels had in 1981 de hoogleraar ziekenhuismanagement, Van Aniel, als gastspreker voor de Medische Wetenschappelijke Raad van het CBO een voordracht gehouden over de Amerikaanse 'consensusmeeting' en gevraagd of consensusrichtlijnen landelijk voor toetsing konden worden gebruikt.¹⁷⁵ Met deze richtlijnen zouden de medische staven kunnen helpen bij het formuleren van criteria voor intercollegiale toetsing. Daarop stelde de Medische Wetenschappelijke Raad van het CBO voor, over het gebruik van 'packed cells' in 1982 een consensusbijeenkomst te organise-

ren.¹⁷⁶ De op deze bijeenkomst geformuleerde consensusrichtlijn voor de bloedtransfusiedienst werd een jaar later gepubliceerd.¹⁷⁷

Onderwerpen en selectiecriteria voor consensusbijeenkomsten worden als volgt aangedragen en geformuleerd.¹⁷⁸ De Wetenschappelijke Raad van het CBO draagt de onderwerpen voor conferenties aan, waarbij suggesties van ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen of van individuen welkom zijn. Het belangrijkste selectie criterium voor onderwerpen is: (wetenschappelijke) controversen of onduidelijkheden. Deze controversen kunnen zich afspelen binnen één specialisme, tussen specialismen onderling, tussen de eerste- en de tweedelijng of tussen academisch en perifeer werkzame specialisten. Vervolgens formuleert de geselecteerde voorzitter van de conferentie in samenwerking met het CBO de vragen die op de bijeenkomst een antwoord behoeven. Daarna worden erkende experts van de wetenschappelijke verenigingen uitgenodigd. Nadat ruchtbaarheid aan de te houden conferentie is gegeven, bereiden alle uitgenodigde specialisten een 'paper' over het onderwerp voor, gebaseerd op literatuur, eigen ervaring en onderzoek. De experts ontmoeten elkaar regelmatig voor de bijeenkomst, zodat het aantal discussiepunten tot een aanvaardbare hoeveelheid wordt terug gebracht. Twee weken voor de bijeenkomst krijgen alle participanten de voorlopige consensusrichtlijnen. De bijeenkomst zelf, met 150 tot 880 participanten, duurt twee dagen. Alle experts houden een korte presentatie, gevolgd door een discussie met het publiek. Aan het einde van de bijeenkomst probeert de voorzitter de bereikte consensus te formuleren. De definitieve tekst wordt enkele weken na de bijeenkomst geschreven, om voorbarige conclusies te vermijden. Tenslotte krijgen de participanten en ziekenhuizen de consensusrichtlijnen toegezonden en worden de richtlijnen gepubliceerd in het NTvG. In tegenstelling tot in Groot-Brittannië (zie paragraaf 3.5.2) zijn de Nederlandse consensusbijeenkomsten geheel een collegiale aangelegenheid.¹⁷⁹ Vanwege de 'consensus' zijn de richtlijnen in algemene termen gedefinieerd, zodat ruimte voor variatie in de behandeling aanwezig blijft, terwijl iedere arts beargumenteerd van de richtlijn mag afwijken.¹⁸⁰

Voor het succesvol gebruik van consensusrichtlijnen is de goedkeuring van de artsen zelf, dankzij inspraak, een voorwaarde. Na een aarzelend begin, mochten consensusbijeenkomsten zich in toenemende mate verheugen op het enthousiasme van de wetenschappelijke verenigingen.¹⁸¹ Tussen 1982 en 1992 werden er maar liefst 33 consensusrichtlijnen ontwikkeld.¹⁸² De inmenging van niet-medische partijen bij de ontwikkeling van consensusrichtlijnen bleef gering. Hetzelfde kan worden gezegd van de individuele bijdragen van deelnemers aan de bijeenkomsten.¹⁸³ Het formuleren van richtlijnen vindt met name plaats in de discussie tussen de (zorgvuldig geselecteerde) experts.¹⁸⁴ Volgens Klazinga doen zich binnen deze discussies enkele problemen voor. Een eerste probleem betreft de complexiteit van het medisch handelen zelf, dat men in richtlijnen tracht te expliciteren. Ten tweede bestaat er een spanning tussen het dynamisch groepsproces tijdens de bijeenkomst en het systematisch gebruik van wetenschappelijk bewijs, bijvoorbeeld doordat: '...group processes also run the danger of getting tedious and focusing of the discussions on a limited number of hobbyhorses among specific group members.'¹⁸⁵ Ook brengen de consensusbijeenkomsten (wetenschappelijke en andere) tegenstellingen tussen diverse

groepen specialisten aan het licht: 'Although the format of the discussions is structured by the questions that need to be answered, and guidance to the process is given by CBO-staff, personal experience (Klazinga) is that the 'scientific debates' are to a large extent dominated by the social interactions between group members and can only be properly understood when taking the personal interests of the group members into account.'¹⁸⁶ Hoewel de consensusbijeenvakomen zijn geïntroduceerd als een 'bottom-up' normerend kwaliteitsinstrument, is hier door de geringe invloed van de genodigden meer sprake van een 'top-down' kwaliteitsinstrument, waarin de wetenschappelijke elite van de beroepsgroep consensus probeert te bewerkstelligen over het ter discussie staande onderwerp. Dit behoeft echter geen afbreuk te doen aan de legitimatie van de richtlijnen, 'het veld' is gehoord. Bovendien is het navolgen van deze richtlijnen voor individuele specialisten niet verplicht. De intentie van richtlijnen is volgens Kaasenbrood en Klazinga: 'niet meer dan een ondersteuning te zijn voor het medisch handelen.'¹⁸⁷

Eén jaar na de publicatie genieten de richtlijnen ruime bekendheid bij de betrokken vakspecialisten.¹⁸⁸ Maar over de toepassing van richtlijnen zijn weinig cijfers bekend. Volgens een schriftelijke mededeling van Van Everdingen aan Kaasenbrood en Klazinga blijkt uit een evaluatie van 22 CBO-consensusbijeenvakomen, dat een aantal onderwerpen te vroeg (waardoor er weinig over bekend was) en een aantal onderwerpen te laat (dan hadden artsen zich al een eindoordeel gevormd) aan de orde te zijn gekomen.¹⁸⁹ De mate waarin consensusrichtlijnen worden geïmplementeerd hangt met name samen met het functioneren van intercollegiale toetsingscommissies in de ziekenhuizen. Deze commissies zijn gelieerd aan de medische staf en maken veelal een inventarisatie van de bestaande richtlijnen.¹⁹⁰ Het implementeren van de consensusrichtlijnen wordt vervolgens overgelaten aan de specialisten (of de maatschappen) zelf.¹⁹¹ Hierdoor kan niet worden gesteld dat de klinische autonomie van de individuele arts significant verschuift naar die van de medische staf, de beroepsorganisaties van specialisten of het CBO.

Resumerend: het belang van de consensusbijeenvakomen ligt met name in het vormen van een forum voor verschillende specialismen, om onderlinge (klinische) verschillen van inzicht te kunnen uitwisselen. Het CBO-consensusprogramma is dan ook niet gericht op het versterken van de procescontrole op het medisch handelen, maar heeft veel meer een educatief karakter.¹⁹² Wel wordt een deel van het medische handelen met consensusrichtlijnen geformaliseerd. De implementatie van de richtlijnen is vrijblijvend, terwijl de navolging van de richtlijnen zelden wordt geëvalueerd. Hierdoor verschuift de klinische autonomie van de individuele specialist via consensusrichtlijnen niet significant naar die van de beroepsverenigingen of het CBO. De kans dat niet-medische partijen, zoals zorgverzekeraars en patiënten, dankzij de consensusrichtlijnen enige controle op het medisch handelen van artsen verwerven lijkt gering. 'Lijkt', omdat over het gebruik van consensusrichtlijnen in het tucht- en burgerrecht (nog) weinig bekend is.¹⁹³

4.5.3 Protocollen voor specialisten

Tegelijkertijd met de toenemende aandacht voor consensusbijeenvakkomsten, worden de schijnwerpers begin jaren tachtig ook op protocollaire geneeskunde gericht. Het 'top-down' ontwikkelen van richtlijnen via het instrument protocollering is afkomstig uit de bedrijfskunde. Met protocollen wordt het medisch handelen dermate in regels gevat, dat gebruik kan worden gemaakt van de verworvenheden van de beslistkunde. Hoewel de definitie van protocollen in de jaren negentig nauw aansluit bij die van richtlijnen, wordt in deze paragraaf vastgehouden aan de benaming 'protocol'. Ook hier is het de vraag, welke mate het medisch handelen zich in protocollen laat vatten, wie ze op mag stellen en in hoeverre artsen worden gehouden aan het opvolgen van de protocollen.

In 1983 benoemde de internist Roos protocollen, na een symposium over dit onderwerp, als: 'Het nemen van medische beslissingen door middel van klinische algoritmen of heuristieken.'¹⁹⁴ CBO-medewerker Vissers definieerde een protocol als: '... een logisch stroomdiagram, dat bij elke stap in de procedure slechts één actie oplevert.'¹⁹⁵ Protocollen werden gezien als kostenbesparende behandelingsadviezen, te ontwikkelen door de wetenschappelijke verenigingen en te gebruiken bij intercollegiale toetsing.¹⁹⁶ Maar zelfs als het opstellen van protocollen een professionele verantwoordelijkheid zou blijven en op een niet bedreigende manier bij intercollegiale toetsing zou worden gebruikt, verwachtte het CBO weerstand van artsen tegen protocollering, omdat niet al het handelen in regels te vatten valt, de geneeskunde snel verandert en expliciete regels kunnen worden misbruikt. Daarom moeten protocollen alleen gelden voor diegenen die ze hebben opgesteld.¹⁹⁷ Terwijl in 1985 de strijd tussen de LSV en de overheid over de functiewaardering (zie paragraaf 4.3.2) net zijn hoogtepunt heeft beleefd, schrijft de hoogleraar endocrinologie Schwarz: '...protocollen ja - voor zover er consensus kan worden bereikt en er speling overblijft voor de individuele arts met betrekking tot de individuele patiënt.'¹⁹⁸ Aldoende blijft de protocollering vooral een ziekenhuis- of afdelingsgebonden activiteit, ondersteund door wetenschappelijke verenigingen. Hiermee krijgt het formuleren van protocollen meer weg van consensusbijeenvakkomsten op afdelingsniveau en vervagen de grenzen met intercollegiale toetsing. De LSV en de gezamenlijke wetenschappelijke verenigingen van specialisten definiëren een protocol in 1995 als: 'Een document, waarin regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en die door de belanghebbende groeperingen in gezamenlijk overleg zijn opgesteld en aanvaard.'¹⁹⁹ Hiermee heeft de definitie van een 'protocol' in 1995 meer weg van de definitie van een richtlijn. Inzake het formuleren van protocollen vervullen de chirurgen een voortrekkersrol, hetgeen zich mogelijk laat verklaren uit de relatief kleine variatiebreedte in het medisch handelen bij snijdende specialismen.²⁰⁰ Vanaf 1985 besteedt de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) ieder jaar één van de ledenvergaderingen aan protocollaire voordrachten. Na toetsing aan de actualiteit wordt een behandelingsprotocol opgesteld en gepubliceerd in het jaarboek van de vereniging. Controle op de naleving door artsen van de protocollen vindt niet plaats.²⁰¹ Hierdoor blijft de individuele klinische autonomie van de chirurg onaangetast. Het ontbreken van deze controle is overigens een internationaal

verschijnsel.²⁰² In het rapport 'Van goed naar beter' (1993) stelt de NVvH dat: '... er binnen korte tijd protocollen worden geformuleerd voor de meest voorkomende ziektebeelden; niet als dwingende voorschriften, maar om het heelkundig handelen richting te geven en zodoende een verantwoord hulpmiddel te vormen waarmee diagnostiek en therapeutische beslissingen kunnen worden verduidelijkt.' En vervolgens: 'Een protocol is géén stringente regelgeving volgens welke de chirurg moet handelen; het is een tijdgebonden weergave van de "state of art."²⁰³ Bij andere specialismen wordt protocollering in gelijksoortige termen gewaardeerd.²⁰⁴

Niet-medische partijen koesteren andere verwachtingen van protocollering. De directeur van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) laat zich in een interview in 1993 ontvallen: 'Een ander belangrijk aspect is de kwaliteit en doelmatigheid van handelen door middel van protocollering. Wij willen toe naar een systeem van toch vrij bindende afspraken over behandelwijzen, waarbij een specialist die er zich niet aan houdt de reden waarom moet verantwoorden.'²⁰⁵ Op deze initiatieven van verzekeraars reageert de KNMG in 1996 als volgt: 'Door het eenzijdig/expliciet stimuleren van zorgverzekeraars om landelijke richtlijnen aan te passen, dreigt het ondersteunende karakter van richtlijnen te worden aangetast door ze als sturingsinstrument voor goedkope zorg in te zetten. De consequentie hiervan is dat een zorgvuldig opgebouwd systeem van acceptatie en implementatie van richtlijnen wordt ondermijnd.'²⁰⁶

Naast verzekeraars zien ook juristen heil in protocollen als meetlat voor het medisch handelen in het (tucht)recht.²⁰⁷ Op 25 januari 1996 stelde een kantonrechter voor het eerst een consultatiebureau-arts in het ongelijk, nadat deze een door haar werkgever opgelegd - maar door de eigen beroepsgroep ontwikkeld - behandelingsprotocol wilde negeren. De juristen Hulst en Tiems vrezen dat als hier een (gerechtelijke) trend wordt gezet, het in de toekomst mogelijk wordt dat artsen eerst aan anderen, zoals werkgevers of verzekeraars, toestemming moeten vragen voor een (deel van een) behandeling die afwijkt van het protocol.²⁰⁸ Volgens KNMG-juristen zal de soep niet zo heet worden gegeten. Deze juristen konden de arts in kwestie weinig bijstand bieden omdat het protocol van de werkgever spoorde met die van de beroepsvereniging van de arts. Maar een arts in dienstverband, zoals de genoemde consultatiebureau-arts, kan niet worden gedwongen te handelen tegen de protocollen van de eigen wetenschappelijke vereniging in, waardoor de invloed van een werkgever op de individuele autonomie van de arts aan zekere grenzen blijft gebonden.²⁰⁹ Een ander opmerkelijke zaak betreft een in 1993 door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) geformuleerde richtlijn 'sterilisatie bij de vrouw', waarbij naast de kwaliteit van zorg expliciet rekening werd gehouden met schadeclaims en de daarmee samenhangende juridische schuldvragen.²¹⁰ Zowel de rechtszaak als de richtlijn van het NVOG geven een indicatie over een mogelijk toenemende formalisering van het medisch handelen in protocollen, en daarmee een verschuiving van de klinische autonomie van de individuele arts naar die van zijn beroepsorganisaties.

Een diepgaande evaluatie van de implementatie van protocollen in ziekenhuizen is anno 1996 nog niet verricht. Wel bestaan er evaluatiestudies van afzonderlijke

medische afdelingen, zoals van Weststrate e.a. voor één afdeling neurologie. Behandelingsprotocollen dekten 46 procent van de neurologische aandoeningen en werden in 82 procent van deze gevallen ook toegepast.²¹¹ Anderen beoordelen de werkzaamheid van protocollering minder positief. De arts Harten, die tezamen met drie bedrijfskundigen de protocolvorming en toepassing voor CVA-patiënten analyseerde, stelde dat als niet wordt vastgelegd hoe de professionele autonomie wordt gerespecteerd, de kans groot is dat: 'de stapel protocollen en consensusteksten in de bibliotheek alleen maar groter wordt: ze zijn er, maar ze worden in de praktijk niet gebruikt.'²¹² Uit deze observatie blijkt de klinische autonomie van de individuele specialist niet significant te verschuiven naar die van zijn beroepsorganisaties. In andere woorden schrijven Kaasenbrood, Klazinga en Grol hetzelfde als zij poneren dat de implementatie van richtlijnen en protocollen pas zal verbeteren als de implementeerbaarheid een expliciet ontwikkelingscriterium wordt.²¹³ Dit gaat evenwel ten koste van onderwerpen waarover binnen het medisch beroep grote meningsverschillen bestaan, met als gevolg dat met protocollen of consensusrichtlijnen - waartussen het verschil is vervaagd - vooral het gangbare medisch handelen in regels wordt geformaliseerd. In dit licht vraagt Giard zich af of het opstellen, uittesten en implementeren van richtlijnen - een kostbare aangelegenheid - wel zo kostenbesparend zal werken, terwijl de te verwachten verbetering van kwaliteit van zorg beperkt moet worden ingeschat.²¹⁴

Concluderend: eind jaren tachtig verliest intercollegiale toetsing voor de LSV aan belang als kwaliteitsinstrument. Specialisten richten zich via hun wetenschappelijke verenigingen meer op het ontwikkelen van consensusrichtlijnen en protocollen, alsmede op de visitatie van maatschappen in niet-opleidingsklinieken.²¹⁵ Richtlijnen voor het medisch handelen, los van het feit of deze nu via toetsing, consensusbijeekkomsten of protocollering tot stand komen, worden door artsen zelf opgesteld. Vanwege de beperkte invloed van de bezoekers van consensusbijeekkomsten worden de consensusrichtlijnen in wezen meer 'top-down' door de bij consensusbijeekkomsten aanwezige wetenschappelijke elite geformuleerd. Echter, juist die richtlijnen voor onderwerpen waarover controversen heersen vinden bij artsen weinig navolging, terwijl de protocollering van het medisch handelen uiteindelijk meer weg heeft van het formuleren van consensusrichtlijnen op afdelingsniveau binnen ziekenhuizen. Toetsingscommissies van de medische staven binnen ziekenhuizen maken veelal een inventarisatie van de landelijk geformuleerde consensusrichtlijnen en laten de eventuele implementatie ervan over aan de maatschappen en de individuele specialisten zelf. Protocollen die onder auspiciën van de wetenschappelijke verenigingen zijn ontwikkeld, mogen binnen de lokale ziekenhuizen worden aangepast en op basis van praktijkervaringen worden herzien. Weliswaar leveren artsen met het onderling kritisch beschouwen van elkaars medisch handelen een positieve bijdrage aan de kwaliteitszorg, waardoor het medisch handelen mogelijk aan transparantie wint, maar van een grootschalige verschuiving van de klinische autonomie van de arts naar die van de beroepsorganisaties lijkt geen sprake. Controle op het uitvoeren van toetsing of het navolgen van consensusrichtlijnen en protocollen vindt namelijk niet plaats. Hetzelfde geldt voor de controlemogelijkheden van niet-

medische partijen op het medisch handelen, dankzij deze nieuwe normerende kwaliteitsinstrumenten. Vooralnog zijn protocollen nog weinig toegepast als meetlat voor verwijtbaar medisch handelen in de civiele rechtspraak. Wel hebben met name zorgverzekeraars meerdere malen te kennen gegeven landelijke richtlijnen en protocollen te willen aanpassen om ze te gebruiken als sturingsinstrument voor goedkopere zorg. De KNMG heeft expliciet gesteld dat een dergelijk gebruik grenzen stelt aan de medewerking van artsen aan het verder formuleren en implementeren van richtlijnen en protocollen. Of het tot een 'richtlijnenstrijd' tussen specialisten en zorgverzekeraars zal komen moet ernstig worden betwijfeld. Aangezien anno 1996 het macrobudget van zorg voor de overheid aan belang wint, worden financiële grenzen gesteld aan de invoering van marktwerking. Dit maakt het waarschijnlijk dat de aan het begin van de jaren negentig aan zorgverzekeraars gedelegeerde reguleringstaken weer door de overheid zullen worden teruggenomen en dat de behoefte aan de explicitering van het medisch handelen (om de markt haar werk te kunnen laten doen) zal afnemen. Een signaal voor deze ontwikkeling is te vinden in de kostenramingen van het ministerie van Volksgezondheid, waarin het omvangrijke kwaliteitsbeleid van specialisten in 1996 voor slechts drie miljoen gulden op de begroting staat.²¹⁶

4.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996

Na de Tweede Wereldoorlog waren de algemeen opgeleide artsen, inclusief de artsen die thans onder de categorie sociale geneeskunde vallen, getalsmatig nog in de meerderheid. Inzake professioneel aanzien werden zij echter door de groeiende groep specialisten overschaduwd. Hoewel lid van eenzelfde koepel, de KNMG, en gereguleerd door eenzelfde ethische code en tuchtrecht, onderscheidden de specialisten zich door een duidelijker herkenbaar en afgebakend wetenschappelijk en beroepsdomein, door een eigen beroepsopleiding en door henzelf ontwikkelde toegangseisen tot het specialisme. Daarenboven genoten zij globaal genomen een hoger prestige en inkomen dan de algemeen geneeskundigen. Uitholling van het domein van de 'algemeen arts' was het gevolg.²¹⁷ Door een aantal ontwikkelingen werd hierin verandering gebracht. De huisartsen kregen daarbij in toenemende mate steun van de overheid, die poogde de kosten in de dure tweedelijfn te beperken. In de loop van de jaren vijftig en zestig werd het beroepsdomein van huisartsen duidelijker omschreven. In 1966 behaalden zij een klinkende overwinning in een honorariumconflict en in 1973 realiseerden huisartsen een eigen beroepsopleiding.

In deze paragraaf is bestudeerd in hoeverre het huisartsgeneeskundig handelen zich in regels laat vatten, in welke mate de klinische autonomie van de individuele huisarts via normerende kwaliteitsinstrumenten is verschoven naar die van zijn beroepsorganisaties en of de eventueel bewerkstelligde transparantie in het huisartsgeneeskundig handelen de zelfregulering van huisartsen heeft kunnen bedreigen. Twee thema's staan hierbij centraal. Ten eerste het uit elkaar groeien van twee huisartsenorganisaties met een eigen visie op de huisartsgeneeskunde. Dit gaf het in regels vatten van het huisartsgeneeskundig handelen ook een

huisarts-politieke ondertoon. Ten tweede leidde externe druk op het huisartsenberoep in 1975 niet tot de invoering van intercollegiale toetsing en in 1987 wel tot de invoering van het NHG-standaardenbeleid. Het is hierbij de vraag waarom en in welke mate deze bedreigingen voor de zelfregulering de bereidheid van huisartsen heeft gefrustreerd of bevorderd bij het ontwikkelen van normerende kwaliteitsinstrumenten.

In het hiernavolgende komen de volgende onderwerpen aan bod: de beroepsorganisaties van huisartsen, de beroepsopleiding tot huisarts, de mislukte invoering van intercollegiale toetsing in 1976, het succesvolle NHG-standaardenbeleid en de uiteindelijke invoering van intercollegiale toetsing als onderdeel van herregistratie in 1996.

4.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen

De voornaamste huisartsenorganisaties waren en zijn de in 1946 opgerichte Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), die als onderafdeling van de KNMG de (materiële) belangen van de huisartsen behartigt en het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging. Ongeveer 90 procent van de huisartsen is bij de LHV aangesloten. Bij het NHG staat omtrent de helft van de huisartsen als lid ingeschreven. Het in 1964 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) had het bewerkstelligen van de beroepsopleiding tot huisarts als voornaamste doel.²¹⁸ Na de realisatie van de beroepsopleiding in 1973, zocht het NHI nieuw emplooi in het wetenschappelijk onderzoek. Het was de taak van de Universitaire Huisartsen Instituten (UHI'en) om de beroepsopleiding concreet gestalte te geven.

De relaties tussen de diverse huisartsenorganisaties waren echter minder harmonieus dan het voorgaande doet vermoeden. Twistpunten tussen de LHV en het NHG waren: de onderlinge taakverdeling en verschillende visies op de huisartsgeneeskunde. De LHV rekende ondermeer de deskundigheidsbevordering van de huisartsen tot haar bevoegdheid en droeg bij aan de domeinafbakening van de huisartsgeneeskunde door de opstelling van het 'Basistakenpakket', hetgeen in NHG-kringen maar matig werd geapprecieerd.²¹⁹ Tussen beide huisartsenorganisaties bestonden ook verschillende opvattingen over de huisartsgeneeskunde. Zwart-wit gesteld helde de LHV over naar de 'harde' somatische en het NHG naar de 'zachtere' psycho-somatische aanpak. Hierbij mag men het verschillende karakter van LHV en NHG niet uit het oog verliezen. De LHV kan als representatieve belangenorganisatie opinies van haar achterban minder snel negeren dan het NHG, dat als wetenschappelijke vereniging een voortrekkersrol wenst te vervullen. Progressieve beleidsvoornemens van de kleine actieve NHG-kern, bijvoorbeeld over samenwerking in de eerstelijns maar ook inzake intercollegiale toetsing, konden vaak de goedkeuring van de perifere huisarts niet wegdragen.²²⁰ De relatie tussen het NHG en de UHI'en was evenmin probleemloos. De actiefste leden van het NHG vertrokken naar de UHI'en, die voortaan een leidende rol op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek zouden spelen. Een taakverdeling inzake de ontwikkeling van de inhoud van het vak kwam niet van de grond. Het NHG slaagde er tot 1987 niet

in een coördinerende rol in de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde op te eisen.²²¹

4.6.2 De beroepsopleiding tot huisarts, 1952-1996

Zoals eerder beschreven bleven de status- en inkomensontwikkeling van huisartsen, die geen eigen wetenschappelijk domein hadden geclaimd en niet over een beroepsopleiding beschikten, na de Tweede Wereldoorlog achter op dat van hun specialistische collega's.²²² In deze paragraaf wordt beschreven hoe de huisartsenorganisaties een deel van deze achterstand goed maakten door het bewerkstelligen van een eigen beroepsopleiding.

Aan het streven naar een eigen huisartsenopleiding lagen bij de huisartsen, naast het verbeteren van de status- en inkomensontwikkeling, ook medisch-inhoudelijke argumenten ten grondslag. Aangezien de universitaire basisopleiding artsen steeds meer opleidde voor de ziekenhuisgeneeskunde, zagen vooraanstaande huisartsen, zoals Huygen, Prakken en Hogerzeil, het ontbreken van een specifieke beroepsopleiding tot huisarts als de belangrijkste lacune. Maar voordat aan een eigen beroepsopleiding kon worden gedacht, diende het wetenschappelijk domein van de huisarts enigszins te worden afgebakend. Voor dit doel organiseerde het NHG in 1958 de Woudschotenconferentie, waar werd vastgelegd dat de taken van de huisarts de integrale, persoonlijke en continue zorg aan patiënten in de eigen omgeving zouden moeten behelzen. Vervolgens onderstreepte een in 1962 door het NHG ingestelde commissie de noodzaak van een speciale opleiding voor huisartsen. Hoewel de KNMG de aanspraken van de huisartsen voor een eigen opleiding in 1963 ondersteunde, mislukte de poging een experimentele huisartsenopleiding op te richten. Minister Cals van Onderwijs die de opleiding moest bekostigen, toonde geen interesse, terwijl op de medische faculteiten andere disciplines weigerden in het curriculum plaats vrij te maken voor de huisartsgeneeskunde. Vervolgens verloor het NHG het initiatief betreffende de strijd voor een eigen beroepsopleiding.

Na de mislukte poging een experimentele beroepsopleiding gefinancierd te krijgen, richtte de huisarts J.C. van Es het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) op, waarmee de totstandkoming van de huisartsenopleiding structureel moest worden ondersteund. Goede relaties (zijn broer A. van Es was als staatssecretaris van Defensie goed bevriend met de staatssecretaris van Volksgezondheid Bartels) brachten hem de steun en de subsidie van de staatssecretaris van Volksgezondheid. Hiermee was het eerste bastion genomen.

Het ministerie van Onderwijs bleek een moeilijker obstakel. De vrees voor een tekort aan huisartsen in de grote steden en het mogelijk vrijkomen van financiële middelen door een curriculumverkorting van zeven naar zes jaar, deed dit bastion bezwijken. Een, in opdracht van beide ministeries, door het Interfacultair Overleg Geneeskunde ingestelde commissie inzake de beroepsopleiding verlaat zich uiteindelijk op een tussenrapport van de 'Commissie Huisartsen'. Deze commissie, ingesteld door het ministerie van Volksgezondheid met de opdracht te bestuderen hoe de huisartsgeneeskunde meer kon worden ontwikkeld, bestond vrijwel geheel uit huisartsen. Toen de medische faculteiten in 1966

bereid bleken het curriculum te verkorten ten koste van de pre-klinische vakken, roken de huisartsen in deze commissie hun kans voor het verkrijgen van een eigen beroepsopleiding. In een opportunistische tussenrapportage werd gepleit voor een curriculumverkorting om vervolgens een deel van de vrijkomende financiële middelen te besteden aan een huisartsenopleiding. Deze opleiding zou voor het artsexamen van de basisopleiding moeten worden gesitueerd. Het door deze huisartsen getoonde initiatief werd beloond.

In een eerste aanpassing van het Academisch Statuut in 1968 werd de inhoud van de vakken niet meer exact vastgelegd, maar werden deze globaal omschreven. Vervolgens kwam de pre-artsexamen huisartsenopleiding in datzelfde jaar tot stand. De eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde, Van Es, was net een jaar eerder benoemd. Na een tweede verandering van het Academisch Statuut, waarin de basisopleiding van zeven naar zes jaar werd teruggebracht, transformeerde de huisartsenopleiding in 1973 van een pre-artsexamen naar een post-artsexamenopleiding. De titel huisarts werd beschermd met een huisartsenregister: alleen erkende huisartsen kregen contracten met ziekenfondsen. Artsen die de huisartsenopleiding niet hadden doorlopen mochten nog wel particuliere patiënten behandelen. Hieraan kwam met de wettelijke verplichtstelling van de opleiding in 1978 een einde. De beroepsopleiding tot huisarts werd vervolgens twee maal (in 1988 en 1994) met een jaar verlengd. Aangezien de laatste verlenging vooral een door de perifere ziekenhuizen bekostigde uitbreiding van de klinische stage betreft, rees hiertegen veel verzet van huisartsen in opleiding. Zij vreesden dat concessies van de LHV aan de ziekenhuizen de kwaliteit van de driejarige opleiding zou uithollen.²²³

4.6.3 De mislukte invoering van intercollegiale toetsing in 1976

Net als de huisartsen hun zelfregulering via de bewerkstelling van de eigen beroepsopleiding hebben versterkt, neemt de kritiek van burgers en politici op diezelfde zelfregulering toe (zie paragraaf 4.3.1). Verder legden politici een groeiende belangstelling voor de ontwikkeling van intercollegiale toetsing aan de dag, waarvan veel werd verwacht. Ook de beroepsorganisaties van huisartsen toonden belangstelling voor toetsing, waarbij zij een voorbeeld namen aan de specialisten, die met intercollegiale toetsing de zelfregulering wisten te legitimeren.²²⁴

Huisartsentoetsing vond echter binnen een andere context plaats. Allereerst was een meerderheid van de huisartsen in die periode werkzaam in een solopraktijk en ontbrak een infrastructuur voor intercollegiale toetsing. Ook inhoudelijk lagen de zaken niet eenvoudig. De essentie van het huisartsgeneeskundig handelen werd gezocht in de persoonlijke, continue en integrale benadering van de patiënt in de eigen omgeving. Terwijl specialisten zich bij toetsing kunnen beperken tot harde medisch-technische kennis, behoort deze in de huisartsgeneeskunde juist niet tot de essentie van het werk. Psycho-sociale componenten van de huisartspraktijk, communicatiestijlen, affectief en ondersteunend gedrag zijn moeilijk te normeren en te kwantificeren. Daarenboven maakt een beoordeling van de attitude, het persoonlijk functioneren en de relationele aspecten van het arts-patiëntcontact, toetsing persoonlijker en bedreigender.²²⁵ Voorts moet worden

opgemerkt dat ondanks de vele NHG-commissies, rapporten en publicaties, slechts een kleine wetenschappelijke elite in het NHG en de UHI'en aan de weg timmerde.²²⁶

Zelfregulering onder druk

De aandacht voor toetsing onder huisartsen in de jaren zeventig was niet nieuw. In 1966 publiceerde het NHG-blad *Huisarts en Wetenschap* een artikel met als titel: 'Onderlinge observatie der praktijkvoering door huisartsen'.²²⁷ Vragen inzake toetsing die huisartsen bezig hielden waren: leende het huisartsgeneeskundig handelen zich voor normering, hoe en door wie dienden de maatstaven te worden vastgesteld - 'top-down', bijvoorbeeld door de wetenschappelijke verenigingen, of 'bottom-up' - en welk organisatorisch kader kon voor huisartsen dienen als equivalent voor de ziekenhuisstaf.²²⁸ Een KNMG-commissie die de mogelijkheden voor intercollegiale toetsing had onderzocht, adviseerde dat de maatschappelijke verenigingen, zoals de LHV, moesten bepalen in welk kader toetsing moest plaatsvinden.²²⁹

Maar voor toetsing onder huisartsen nam vooral het NHG het initiatief. In 1973 wijdde het NHG een bijeenkomst aan 'Onderlinge toetsing' en werden er twee werkgroepen opgericht: de werkgroep 'Toetsing in de huisartsgeneeskunde' en de werkgroep 'Weekenddiensten'.²³⁰ De laatste werkgroep had als opdracht te bestuderen of de waarneemgroepen die tijdens het weekend functioneerden een geschikt organisatorisch kader voor toetsing waren. Het begrip 'toetsing' werd ruim gedefinieerd: 'het beoordelen aan de hand van een norm'.²³¹ De activiteiten waren voorlopig nog zeer divers. Het NHG-bestuur zag toetsing primair als kwaliteitsbewaking; de NHG-leden waren echter verdeeld. Zij stonden niet afwijzend tegen toetsing, maar volgens de één moesten eerst minimumeisen worden geformuleerd waarmee kon worden gewerkt, terwijl anderen nader wetenschappelijk onderzoek prefereerden. In 1974 stelde de NHG-werkgroep-toetsing voor een experiment te starten met als doel: 'de gemiddelde Nederlandse huisarts te distilleren en zo te komen tot het opstellen van een norm (of minimum-eisen-pakket)'.²³² Ook werd de nascholing serieus aangepakt, waarvoor het NHG in 1973 de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) oprichtte, die door de LHV werd gefinancierd. Voor het vervolg zijn een aantal externe en interne ontwikkelingen van belang.

Met het aantreden van het centrum-linkse kabinet-Den Uyl in 1973 waaide een wind van vernieuwing door de gezondheidszorg. Van de nieuwe staatssecretaris Hendriks, een voormalig ziekenfondsbestuurder, werd een grondige hervorming van het gezondheidszorgstelsel verwacht waarbij de invoering van een volksverzekering tot de mogelijkheden behoorde. Als in 1975 zijn ontwerp Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (AWG) uitlekt, wordt expliciet gesproken over externe toetsing (zie paragraaf 4.5.1). De specialisten reageerden met het rapport 'intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen'. Net als de LSV opteerde de LHV een 'bottom-up' benadering voor toetsing, hetgeen in de waarneemgroepen die tijdens het weekend functioneerden zou moeten plaatsvinden. De hier ontwikkelde normen zouden door het LHV-bestuur tot landelijke normen

worden verwerkt. Tenslotte zouden deze normen door de LHV-ledenvergadering worden geaccordeerd.²³³

De externe druk op de zelfregulering door de hervormingsvoorstellen van Hendriks gaf ook de discussie over de taken van de huisarts een andere wending. Volgens het LHV-bestuur eigenden de specialisten zich steeds meer taken uit de huisartspraktijk toe. Hieraan moest paal en perk worden gesteld. Maar het expliciteren van het handelingsdomein voor huisartsen bracht ook onderlinge tegenstellingen aan de oppervlakte. Tussen het verzoek van de LHV aan het NHG een profiel voor de huisarts op te stellen (1973) en de acceptatie van het Basistakenpakket (1983) lag een periode van tien jaar. Keer op keer bleek de basis zich niet te herkennen in de voornemens van de top en moesten de, in kleine kring ontworpen, plannen onder druk van de perifere huisartsen worden bijgesteld.²³⁴ Kwaliteitszorg vormde slechts een onderdeel van een globale discussie over de plaats en functie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. In de woelige discussie over de toekomstige positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg pleitte het LHV-bestuur in 1975 voor praktijkverkleining met behoud van het gangbare honoreringsniveau. In dit voorstel werd intercollegiale toetsing als sluitstuk gepresenteerd. Praktijkverkleining zou de kwaliteit van de beroepsuitoefening ten goede komen. Met verplichte toetsing wilde de LHV aan de betalende instanties deze kwaliteitsverbetering waarborgen. Voor de gewone huisartsen, die mogelijk de haalbaarheid van het LHV-voorstel inzake een gelijkblijvend honorarium gering achtten, kwam intercollegiale toetsing onder verdenking te staan. Het verplicht karakter van toetsing, dat zich van het technisch-organisatorisch functioneren van de huisarts tot de inhoud van het medisch handelen zou uitstrekken, stuitte binnen de LHV op grote weerstand.²³⁵

Ondertussen rapporteerde de NHG-werkgroep 'Weekend-diensten' in 1977 dat de waarneemgroepen meestal te groot waren en dat deelnemende huisartsen te weinig bij elkaar kwamen om de voor intercollegiale toetsing goede informele verhoudingen te kunnen creëren.²³⁶ Een jaar later stelde het NHG in de ogen van de LHV de spilfunctie van de huisarts in de gezondheidszorg ter discussie met het rapport 'Hoe helpt de dokter'.²³⁷ De onderlinge relatie tussen het NHG en de LHV, die zich de leiding toe-eigende in het formuleren van de taken van de huisarts, verzuurde. Met het uitblijven van de volksverzekering en de komst van nieuwe staatssecretaris van Volksgezondheid Veder-Smit (VVD) in 1978, verdween ook de dreiging van regionale verzekeringskantoren met uitgebreide controlerende bevoegdheden. In datzelfde jaar schrapte de ledenvergadering van de LHV ook normering, slechts een onderdeel van intercollegiale toetsing, uit het concept-rapport 'De taken van de huisarts'.²³⁸ Het NHG bleef toetsing verdedigen. In 1980 publiceerde de NHG-werkgroep het rapport 'Toetsing in de huisartsgeneeskunde', waarin verplichte toetsing op termijn wenselijk werd geacht.²³⁹ Volgens Casparie gingen de opstellers ervan uit dat toetsing al door de huisartsen was aanvaard, terwijl zij weinig aandacht schonken aan de inhoudelijke kwestie: 'wat getoetst moet gaan worden.'²⁴⁰ Vervolgens poogde het NHG kwaliteitseisen, zoals de bereidheid tot deelname aan toetsing en nascholing, aan het NHG-lidmaatschap te verbinden. Men sprak in dit verband

van het 'voorwaardenbeleid'.²⁴¹ In 1983 ging het ledencongres van het NHG, met een kleine tweehonderd aanwezigen, hiermee akkoord.²⁴² Ondertussen daalde het percentage huisartsen met een NHG-lidmaatschap van 51 procent in 1974 naar 46 procent in 1982²⁴³ en vreesde het LHV-bestuurslid Kessener voor een verzwakt huisartsenberoep door een schisma tussen een elite en de rest.²⁴⁴ De verbetering van de relatie tussen NHG en LHV na 1987 zou het voorwaardenbeleid (definitief) naar het archief verwijzen.²⁴⁵

Resumerend: waar de specialisten in 1975 aangaande toetsing de handen slagvaardig ineen sloegen, verzetten LHV-leden zich tegen een verplichte intercollegiale toetsing door de koppeling van het instrument aan praktijkverkleining, groeiden de LHV en het NHG uit elkaar en ontbrak een gepaste infrastructuur voor toetsing. Toen de externe druk op de zelfregulering van het medisch beroep wegebde, was inzake toetsing, in tegenstelling tot de organisationele ondersteuning van nascholing, nog niets tot stand gebracht.

Van toetsing naar standaarden

Onder impuls van staatssecretaris Veder-Smit werd wel gepoogd een organisatie op te richten die inzake huisartsentoetsing een stimulerende rol zou kunnen spelen. Dat dit niet van een leien dakje liep blijkt uit het kortdurende bestaan van deze organisaties en uit de talrijke fusies gekoppeld aan naamsveranderingen. Wellicht was het gebrek aan consensus in het veld over de te volgen koers hieraan debet. Verder financierde de staatssecretaris twee experimenten met intercollegiale huisartsentoetsing, die meer helderheid verschaften over hoe toetsing onder huisartsen mogelijk succesvol kon worden uitgevoerd. In het hiernavolgende worden de organisationele ondersteuning van huisartsentoetsing en de twee experimenten kort besproken.

In de Begeleidingscommissie Onderlinge Toetsing in de Huisartsgeneeskunde (BOTH) waren de LHV, het NHG, de overheid en de financiers (ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars) vertegenwoordigd. De BOTH, een spiegelbeeld van het in 1979 door specialisten opgerichte Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), werd in 1983 vervangen door de Stichting Toetsing Huisartsen (STH) van het NHG en de LHV. De Ziekenfondsraad was bereid deze stichting voor drie jaar te financieren. De STH diende een tweeledig doel: het ondersteunen van toetsingsgroepen en het vergroten van de toetsingsbereidheid van huisartsen.²⁴⁶ Tekenend voor de ontwikkelingen in het veld was dat toetsing geleidelijk werd vervangen door bredere deskundigheidsbevordering. De uitvoering van nascholing was vanaf 1973 ondergebracht in de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH), een onderneming van het NHG en de LHV, gefinancierd door de laatste. In 1986 gingen de toetsings- en nascholingsstichtingen op in de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH).²⁴⁷ Het samensmelten van de werkgebieden van de UHI'en en de SDH kwam uiteindelijk, na besluitvorming in 1989, in 1991 definitief tot stand. De gesubsidieerde activiteit werd binnen de LHV geïntegreerd.²⁴⁸ Hiermee werd sinds 1985 het accent ook structureel op nascholing gelegd.²⁴⁹

Behalve met het oprichten van een organisatie ter ondersteuning van huisartsen-toetsing, stimuleerde staatssecretaris Veder-Smit de ontwikkeling van toetsing door in 1982 een subsidie voor twee experimenten toe te kennen. Het NHI te Utrecht⁽¹⁾ startte een experiment met de 'decentrale benadering', waarbij gewone huisartsen werden betrokken. Kleine groepen huisartsen kozen zelf de onderwerpen voor toetsing en de wijze waarop het medisch handelen werd geëvalueerd. Op basis van de beschikbare expertise en ervaringen werden richtlijnen geformuleerd.²⁵⁰ Het tweede experiment vond plaats bij het UHI te Nijmegen. Hier gebruikte men de 'centrale benadering' gericht op huisartsopleiders en huisartsen in opleiding (HAIO's). Een groep huisartsen-deskundigen ontwikkelde op basis van wetenschappelijke literatuur en klinische expertise, richtlijnen met een zo breed mogelijke geldigheid. Het experiment borduurde voort op het project 'Huisarts en somatische fixatie'. Vanuit de onderzoekslijn 'Preventie van somatische fixatie' ontstond er behoefte aan een meetinstrument om het somatisch handelen van de huisarts te toetsen. Hiervoor werden protocollen ontwikkeld.

Eind 1985 bevonden de experimenten zich in de laatste fase en werden conclusies getrokken. De Utrechtse decentralistische benadering kostte de deelnemers te veel tijd en liep vast. In Nijmegen werd de centralistische aanpak positiever geëvalueerd. Huisartsen aldaar bleken steeds beter met kritiek te kunnen omgaan en veranderden veelal hun werkwijze betreffende het systematisch werken, het hanteren van de arts-patiëntrelatie en het psycho-sociaal handelen. Het medisch handelen zelf was minder aan verandering onderhevig. De onderlinge verschillen tussen huisartsen waren groot en een aanzienlijk aantal veranderde hun handelen niet in de aangegeven richting.²⁵¹

Resumerend: terwijl het accent in het kwaliteitsbeleid van de huisartsenorganisaties steeds nadrukkelijker verschoof van toetsing naar nascholing, werd via twee experimenten aangetoond dat het meer 'top-down' ontwikkelen van maatstaven voor het huisartsgeneeskundig handelen de meeste perspectieven bood voor de ontwikkeling van een transparant kwaliteitsbeleid.

4.6.4 Het standaardenbeleid van het NHG, 1987-1996

Het NHG bevond zich midden jaren tachtig in een moeilijke periode. De keuze voor intercollegiale toetsing in de jaren zeventig was bij de meerderheid van de huisartsen niet aangeslagen. De LHV had, met succes, het voortouw genomen bij de ontwikkeling van de domeinafbakening van het huisartsenberoep. De UHI'en beoefenden de wetenschap. Was het NHG overbodig?

In het hiernavolgende wordt beschreven hoe het NHG, dankzij de ontwikkeling van standaarden voor het huisartsgeneeskundig handelen, eindelijk een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid van huisartsen kon gaan vervullen. Bij de bestudering van de NHG-standaarden is het de vraag in hoeverre hiermee het medisch handelen van de huisarts in regels wordt gevat, in welke mate de klinische

⁽¹⁾ Het NHI werd in 1985 opgesplitst in het Nivel en O&O.

autonomie van de individuele huisarts verschuift naar het NHG en in hoeverre de NHG-standaarden controle door niet-medische partijen dichterbij hebben gebracht.

De zelfregulering wederom onder druk

Uit het voorgaande bleek dat geopteerd werd voor de centrale ontwikkeling van maatstaven, met andere woorden, de 'Nijmeegse' aanpak. Deze aanpak werd in 1985 door het Praeventiefonds ondersteund. Dit gaf het Nijmeegse UHI een startsubsidie voor het ontwikkelen van protocollen voor een aantal veel voorkomende ziektebeelden in de huisartspraktijk. Deze protocollen moesten op consensus binnen de beroepsgroep berusten en wetenschappelijk worden gefundeerd. Een regionaal ontwikkelde theorie of instrument kon echter bij landelijke invoering tegenstand van de andere instituten verwachten. De in Nijmegen ontwikkelde theorie van somatische fixatie werd door niet-Nijmegenaren afgedaan als 'een geloofsartikel uit het Oosten des lands.'²⁵² Alleen een landelijke organisatie kon het nieuw te ontwikkelen instrument de vereiste legitimiteit geven en hiermee de kans op succesvolle invoering vergroten. Zo kwam het NHG opnieuw in beeld. Onder leiding van de in 1985 aangetreden NHG-directeur Van der Voort, werd een procedure ontworpen voor het formuleren van standaarden. In 1987 claimde het NHG met de discussienota 'Naar criteria voor kwaliteit' een centrale taak in de ontwikkeling van het standaardenbeleid.

De in de lijn van Dekker geplande hervormingen brachten het proces in een stroomversnelling. Het omschrijven van zorgfuncties werd voor de LHV van strategisch belang. De in 1987 gepubliceerde discussienota van de LHV 'De positie van de huisarts in de toekomst', preciseerde de randvoorwaarden waaraan huisartsen volgens het Basistakenpakket moesten voldoen. Vrijblijvende deskundigheidsbevordering behoorde tot het verleden. Herregistratie diende aan verplichte nascholing en toetsing te worden gekoppeld.²⁵³ Deze visie werd nader uitgewerkt in de LHV-nota 'Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering' uit 1990. Aangezien het NHG dit standpunt in de voorgaande jaren had verdedigd en inmiddels aan de weg timmerde met de ontwikkeling van standaarden, waarmee inhoud kon worden gegeven aan de door de LHV gewenste operationalisering van zorgfuncties, werden LHV en NHG het snel eens over een gezamenlijk kwaliteitsbeleid.

Het NHG-bestuur gooide in 1987 het volle gewicht en de nodige financiële middelen in de strijd. Standaarden werden gedefinieerd als: 'richtlijnen voor het handelen van huisartsen, opgesteld door huisartsen, die optimaal wetenschappelijk zijn onderbouwd, door deskundige referenten becommentarieerd en op haalbaarheid zijn getoetst.'²⁵⁴ Met het standaardenbeleid werden drie doelen nagestreefd. Ten eerste diende het de inhoud en de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen zichtbaar te maken voor zowel de beroepsgroep als de buitenwacht. Vervolgens moest de vrijblijvendheid in het handelen worden tegengegaan. Tenslotte dienden standaarden de huisarts houvast te geven in het geneeskundig handelen.²⁵⁵

De inmiddels bekende reserves ten aanzien van expliciete normering van het medisch handelen door protocollering en standaarden waren niet verdwenen. Zo schreef de voorzitter van de congrescommissie Grundmeyer in zijn inleiding voor het NHG-congres van 1987 over spanningen in de arts-patiëntrelatie: 'Zorgvuldig in de studeerkamer uitgedachte beslisbomen en protocollen verdwijnen in de praktijk van alledag als sneeuw voor de zon door interpersoonlijke invloeden; een proces dat de patiënt niet baat en de dokter frustreert.'²⁵⁶ Eens te meer wezen critici op een mogelijke breuk tussen het voortsnellende NHG en de wandelende perifere huisartsen, waarbij het standaardenbeleid meer als splijtzwam dan als cement zou fungeren.²⁵⁷ Uiteraard, en ditmaal met succes, wees het NHG de bezwaren van de hand. Volgens NHG-voorzitter Tielens mocht men standaarden niet verwarren met de Nijmeegse protocollen. Deze laatste dienden louter als meetinstrument voor wetenschappelijk onderzoek en konden hoogstens een onderdeel van een standaard vormen.²⁵⁸ Naar zijn mening verhinderde de zorgvuldige en uitgebreide procedure de mogelijke verwijdering tussen elite en periferie.

Onderwerpen voor een te formuleren standaard worden van het Basistakenpakket afgeleid. De selectie van onderwerpen is in handen van een onafhankelijke adviesraad, bestaande uit 11 ervaren huisartsen. Als criteria hanteren zij onder meer de relevantie van het onderwerp en de aanwezigheid van wetenschappelijke literatuur. Deze criteria worden veelal impliciet toegepast.²⁵⁹ Vervolgens wordt een werkgroep samengesteld van huisartsen, die werkzaam zijn op wetenschappelijke instituten of in de praktijk. De werkgroep bestudeert de literatuur en formuleert een ontwerp-standaard. Deze ontwerp-standaard wordt op uitvoerbaarheid beoordeeld door 50 a-select gekozen huisartsen. Ook externe referenten, veelal specialisten, mogen de ontwerp-standaard commentariëren. Na verwerking van de commentaren wordt de standaard geformuleerd, die de goedkeuring behoeft van de autorisatiecommissie (bestaande uit vooraanstaande hoogleraren huisartsgeneeskunde en huisartsen met een lange staat van dienst). Tenslotte wordt een goedgekeurde standaard gepubliceerd in het NHG-blad *Huisarts en Wetenschap*.²⁶⁰

De eerste standaarden werden door het NHG gefinancierd en met medewerking van, deels bij de UHI'en praktiserende, huisartsen ontwikkeld. Het NHG hoopte dat een goed product zijn geld wel zou terugverdienen. Voor de zomer van 1988 moesten de eerste vier standaarden verschijnen. Het NHG tastte diep in de bijna lege buidel en stuurde in januari 1989 alle Nederlandse huisartsen het introductiemapje 'Richtlijnen voor handelen en praktijkvoering van de huisarts', plus de eerste drie NHG-standaarden.⁽²⁾ De standaarden bleken een gat in de markt te vullen. Nog voor het einde van dat jaar kon het Genootschap een kleine

⁽²⁾ Het structureel begrotingstekort bedroeg bij de vaststelling van de begroting van 1990 niet minder dan 750.000 gulden. De subsidie voor het standaardenbeleid van het ministerie van VVC gaf het tekort uiteindelijk een nog enigszins dragelijk uiterlijk (260.000 gulden).

Nederlands Huisartsen Genootschap, Verslag van de ledenvergadering van het NHG d.d. donderdag 14 december 1989. In: *Huisarts en Wetenschap* 1990, 33, 86.

zeshonderd nieuwe leden inschrijven. In 1990 was wederom vijftig procent van de praktiserende huisartsen NHG-lid.²⁶¹

Het ministerie van Volksgezondheid meende dat de '(...) NHG-standaarden bij (konden) dragen aan aanzienlijke kwaliteitsverbeteringen in de huisartsgeneeskunde'²⁶² en was bereid hun ontwikkeling te subsidiëren. Voorwaarde was evenwel samenwerking terzake tussen LHV en NHG. Het NHG werd verantwoordelijk voor de ontwikkeling en de LHV voor de invoering van de standaarden. Met de toegekende subsidie was het voortbestaan van de NHG-standaarden en de groei van het NHG voorlopig verzekerd.

NHG-standaarden in de praktijk

Belangrijk voor de acceptatie van standaarden was het respecteren van de klinische autonomie van iedere huisarts. Het normeren van technische aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen reduceert onzekerheid en biedt de huisarts houvast. Niet in regels te vatten onbepaalde aspecten van het handelen worden gerespecteerd. Doordat huisartsen altijd beargumenteerd van de standaard mogen afwijken, ervaren zij de standaarden niet als bedreigend. Maar ook andere factoren speelden een rol. Zo was het huisartsenbestand in een snel tempo verjongd. In 1970 was een kwart van deze groep nog geen veertig jaar, tegenover 52 procent in 1984.²⁶³ Deze meerderheid was tijdens de opleiding al met normerende kwaliteitsinstrumenten, zoals de Nijmeegse huisartsenprotocollen en intercollegiale toetsing, in aanraking gekomen.

Vanaf de publicatie van de eerste standaard in 1989 is het percentage huisartsen dat er regelmatig kennis van neemt gestegen van 60 naar 85 procent in 1994.²⁶⁴ Inmiddels zijn er in 1995 meer dan 50 standaarden ontwikkeld.²⁶⁵

Sommige standaarden zijn zeer enthousiast door zowel huisartsen als specialisten ontvangen, met name als deze al aansluiten bij de gangbare dagelijkse medische praktijk, zoals de NHG-standaard 'Lage rugpijn'.²⁶⁶ Andere standaarden krijgen met name van specialisten kanttekeningen, zoals de NHG-standaard 'Allergische en hyperreactieve rinitis'²⁶⁷, of ronduit kritiek, zoals de NHG-standaarden '(Dreigende) miskraam', 'CARA bij volwassenen: diagnostiek' en 'CARA bij volwassenen: behandeling'.²⁶⁸ En passant trad naast de 'zachte' psycho-somatiek de 'hardere' somatiek op de voorgrond bij de onderwerpskeuze voor standaarden. Hierdoor kon terrein van de specialisten worden teruggewonnen. Dit bleek onder meer uit het overleg dat in 1989 tot stand kwam tussen het NHG en het CBO over afstemming tussen de NHG-standaarden en de CBO-consensusrichtlijnen.²⁶⁹

Bij onderwerpen waarover grote meningsverschillen bestaan, zoals bijvoorbeeld CARA en een dreigende miskraam, leidt de formulering van de standaard veelal tot een compromis waarin weinigen zich kunnen vinden.²⁷⁰ Een ander probleem betreft de lange productietijd (1.5 tot 2 jaar) van een NHG-standaard, waardoor de standaarden niet kunnen inhaken op de actualiteit.²⁷¹ Tenslotte wijken huisartsen veelvuldig van de gestelde richtlijnen af. Voorbeelden zijn de gebrekkige navolging van de standaarden: 'Dreigende Miskraam', 'Otitis medica acuta', 'Orale anticonceptie' en 'Diabetes mellitus type II', waardoor de effecten van standaarden op de vrijheid in het medisch handelen niet moeten worden

overschat.²⁷² Een belangrijk argument voor huisartsen om af te wijken van de standaard was dat de toepassing ervan niet zinvol werd geacht voor een specifieke patiënt.²⁷³ Verder eisen, en krijgen, patiënten een van de standaard afwijkende behandeling als zij daarop bij de huisarts aandringen.²⁷⁴ Tenslotte moeten niet-medische partijen die standaarden willen gebruiken als maatstaf voor zicht- en meetbare kwaliteit, zich realiseren dat: '...de standaarden niet meer zijn dan de 'state of the art', het beste advies op dit moment, en dat ze snel weer onjuist, onhaalbaar of niet effectief in praktijkomstandigheden kunnen blijken te zijn.'²⁷⁵ Deze formulering maakt controle van het medisch handelen door niet-medische partijen beperkt. Het juridisch gebruik van standaarden blijft vooralsnog achterwege.²⁷⁶ Zelfs de toepassing van de NHG-standaarden in het tuchtrecht is tot 1996 vrijwel te verwaarlozen.²⁷⁷

Resumerend: dankzij het standaardenbeleid wist het NHG een dreigende marginalisering van het Genootschap te voorkomen. Voor de LHV betekende de NHG-standaarden een versterking van de onderhandelingspositie in het marktgeoriënteerde gezondheidszorgstelsel van de jaren negentig. Ook geven de standaarden gedetailleerd inhoud aan het takenpakket van de huisarts.²⁷⁸ Voorts voorzagen de NHG-Standaarden in een behoefte van de huisartsen. Ze gaven de huisarts houvast bij het handelen en maakten het huisartsgeneeskundig handelen meer zichtbaar. Het nut van standaarden voor praktiserende huisartsen zou vooral in nascholing en onderlinge toetsing liggen. Zodoende lijken de NHG-standaarden niet-medische partijen ervan te overtuigen dat de kwaliteit van het medisch handelen van de individuele huisartsen wordt gewaarborgd, terwijl de klinische autonomie van diezelfde huisarts wordt gerespecteerd en niet verschuift naar het NHG, de LHV of de medische tuchtcolleges.

4.6.5 Intercollegiale toetsing als onderdeel van herregistratie, 1996

Intercollegiale toetsing kwam in 1976 niet tot stand om reden van de koppeling van het instrument aan praktijkverkleining, de daarop geïnspireerde weerstand van LHV-leden, toenemende discrepanties tussen de LHV en het NHG, het ontbreken van een stabiele infrastructuur van toetsing en het wegebben van de externe druk op de zelfregulering. In 1996 zijn de omstandigheden voor de invoering van intercollegiale toetsing dramatisch veranderd. Allereerst is het domein van de huisarts afgebakend en geoperationaliseerd met het LHV-basistenpakket en de NHG-standaarden. Ten tweede heeft een verjongde huisartsenpopulatie anno 1996 merendeels de beroepsopleiding gevolgd. Vervolgens is een infrastructuur (de HAGRO) voor toetsing aanwezig. Ten vierde is intercollegiale toetsing op een niet-bedreigende wijze gedefinieerd. Tenslotte zorgde de in 1989 door de overheid aangekondigde introductie van marktwerking in de gezondheidszorg voor externe druk op het medisch beroep, om zicht- en meetbaar verantwoording af te leggen voor het medisch handelen. Vanwege de recente invoering van toetsing onder huisartsen, wordt in het hiernavolgende kort verslag gedaan van de totstandkoming, de organisatie en de te verwachten resultaten van toetsing.

In reactie op de overheidsplannen en de in 1989, te Leidschendam (zie paragraaf 4.4.3), gemaakte afspraken tussen de veldpartijen in de gezondheidszorg, -publiceerde de LHV in 1990 de nota 'kwaliteits- en deskundigheidsbevordering'. Hierin werd de vijfjaarlijkse herregistratie met verplichte intercollegiale toetsing en nascholing aangekondigd.²⁷⁹ Grondslag van het kwaliteitsbeleid is het LSV-basistakenpakket. Zowel het curriculum van de beroepsopleiding, als de standaarden worden daaraan ontleend. Vervolgens voorziet het beleid in een beoordeling, die bij een voldoende score recht geeft op een herregistratie voor vijf jaar. Op onderdelen waarop onvoldoende wordt gescoord, volgt verplichte nascholing. Daarnaast is ook de deelname aan intercollegiale toetsing verplicht om voor herregistratie in aanmerking te komen.²⁸⁰

In tegenstelling tot de weekenddiensten in 1976 voldoet de huisartsengroep ((HAGRO), zie paragraaf 4.3.3) wel als infrastructuur voor intercollegiale toetsing, zowel ten aanzien van de groepsgrootte (gemiddeld 8 huisartsen) als de frequentie van de bijeenkomsten. Verder is intercollegiale toetsing in niet-bedreigende termen geformuleerd als: '...de continue systematische reflectie door huisartsen op elkaars handelen met behulp van gestructureerde methoden en met als doel de verbetering van het handelen in de praktijk en de zorg voor patiënten.' Hierbij wordt opgemerkt dat het educatieve karakter voorop staat.²⁸¹ Van erkende intercollegiale toetsing is pas sprake als: groepen voldoende frequent bijeenkomen; er een verslag wordt gemaakt en een deelnemerslijst wordt bijgehouden; er wordt gewerkt met standaarden of protocollen met een breed draagvlak; en als er sprake is van een 'erkende' begeleiding.²⁸² Van huisartsen wordt verwacht dat zij 40 uur per jaar aan intercollegiale toetsing besteden, waarbij het farmacotherapie-overleg ook als toetsing wordt aangemerkt. Huisartsen bespreken in dit overleg de te volgen medicatie bij ziekteverschijnselen. Zodoende was er al voor de invoering van toetsing sprake van gestructureerde toetsingsactiviteiten onder huisartsen. Bij de feitelijke uitvoering van de herregistratie worden alleen huisartsen onderzocht die niet aan de genoemde activiteiten deelnemen of wanneer daar gerede twijfel over bestaat. Huisartsen dienen zelf de informatie aan te dragen over de mate waarin zij hebben voldaan aan de herregistratie, om een 'certificatiecircuit' te vermijden.²⁸³ Vervolgens zijn de huisartsen geïnformeerd over hoe toetsing te verrichten en waar eventueel ondersteuning aan te vragen.

Intercollegiale toetsing is, tezamen met nascholing, per 1 januari 1996 vrijwel ongemerkt verplicht gesteld om in aanmerking te komen voor de vijfjaarlijkse herregistratie. In 1996 kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over de uitvoering van toetsing. Wel bleken al in 1994 zo'n 6 à 25 procent van de HAGRO's vormen van intercollegiale toetsing te praktiseren met meer expliciete criteria.²⁸⁴ Desalniettemin moet worden gewaakt voor een te groot optimisme. Van der Rijdt-Van de Ven stelde over HAGRO's dat weinig groepen het tot hun verantwoordelijkheid rekenen om de naleving van gemaakte afspraken te controleren. Hoewel regelmatige bijeenkomsten zullen bijdragen aan meer eenheid in opvattingen, wordt er een groot belang gehecht aan 'onderlinge tolerantie', hetgeen verwijst naar de norm 'elkaar niets opleggen'.²⁸⁵

Concluderend: het normeren van het medisch handelen heeft een belangrijke rol gespeeld in de strijd tussen twee verdeelde huisartsenorganisaties met een eigen visie op de huisartsgeneeskunde. Na de mislukte invoering van intercollegiale toetsing in 1976, onder meer vanwege de koppeling van het instrument aan controle op een voorgenomen praktijkverkleining, was de ontwikkeling van NHG-standaarden wel een succes. Met het LSV-basistakenpakket werd enigszins duidelijkheid geschapen over het huisartsgeneeskundig handelen, terwijl de huisartsenpopulatie aanzienlijk was verjongd. Voorts vormden de huisartsen een relatief homogene beroepsgroep, mede dankzij het in 1986 met het ministerie van Volksgezondheid gesloten convenant. Op het niveau van beroepsorganisaties was het NHG in 1987 dermate verzwakt dat alleen samenwerking met de LHV zich in winst kon vertalen. De plannen van de overheid in dat jaar om de huisartsgeneeskundige zorg te omschrijven in zorgfuncties, gaf de samenwerking tussen het NHG en de LHV nieuw elan en bracht de ontwikkeling van standaarden in een stroomversnelling. Met de NHG-standaarden als 'state of the art' werd enige zicht- en meetbare kwaliteitszorg verwezenlijkt, al lijkt het gevaar voor externe controle op het medisch handelen via deze richtlijnen gering. Aangezien de individuele arts altijd beargumenteerd van de richtlijn mag afwijken blijft zijn klinische autonomie grotendeels intact. Wel heeft het NHG-standaardenbeleid de zelfregulering helpen herlegitimeren en is de professionele controle enigszins geformaliseerd. Het NHG-standaardenbeleid sluit, net als de in 1996 ingevoerde intercollegiale toetsing, nauw aan op bestaande instrumenten van kwaliteitszorg, zoals de opleiding en het medisch tuchtrecht, waarbij het educatieve element op de voorgrond staat.

4.7 Slotbeschouwing

In het kader van kwaliteitszorg is in Nederland sedert 1970 veel bereikt. Artsen dienen zich thans in hun medisch handelen voor een veel breder scala aan kwaliteitsaspecten ten opzichte van derden te verantwoorden. Het bejegenen van patiënten, de doeltreffendheid en doelmatigheid van het medisch handelen en het organisatorische kader rond het handelen binnen zorginstellingen krijgen meer aandacht van artsen. De wetenschappelijke verenigingen hebben begin jaren negentig met de visitatie van niet-opleidingsklinieken, herregistratie en protocollering een divers kwaliteitsbeleid ontwikkeld en ingevoerd. Daarnaast beoordelen artsen elkaars handelen met intercollegiale toetsing, proberen zij over controversiële onderwerpen overeenstemming te bereiken via consensusbijeenkomsten en worden op afdelingsniveau binnen ziekenhuizen behandelingsprotocollen ontwikkeld. Desalniettemin blijkt het na de implementatie van normerende kwaliteitsinstrumenten moeilijk de belangstelling ervoor onder artsen te bestendigen.

In dit hoofdstuk wordt de vraag gesteld of de kern van de klinische autonomie van de Nederlandse arts (zijn diagnostische en therapeutische handelingsvrijheid) door recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg is aangetast. Ten aanzien van het onder externe druk ontwikkelen van normerende kwaliteitsinstrumenten

voor de beoordeling van het medisch handelen zijn de volgende vragen gesteld: laat het medisch handelen zich via deze instrumenten in regels vatten, verwerken de beroepsorganisaties hiermee de klinische autonomie van de individuele arts en kunnen niet-medische partijen met deze instrumenten de beroepsuitoefening meer controleren? Voor de periode 1970-1996 kan de volgende balans worden opgemaakt.

Al in 1976, onder druk van dreigende externe controle op het medisch handelen, voeren de specialisten het 'bottom-up' normerend kwaliteitsinstrument intercollegiale toetsing in. Eenzelfde poging onder huisartsen is mislukt om reden van de weerstand van LHV-leden door de koppeling van het instrument aan praktijkverkleining en het ontbreken van een stabiele infrastructuur van toetsing. Vanaf 1982 worden consensusbijeenkomsten onder specialisten gehouden. Hoewel geïntroduceerd als een 'bottom-up' normerend kwaliteitsinstrument, is hier door de geringe invloed van de genodigden meer sprake van een 'top-down' kwaliteitsinstrument, waarin de wetenschappelijke elite van de beroepsgroep consensus probeert te bewerkstelligen over het ter discussie staande onderwerp. Daarnaast ontwikkelen vele groepen specialisten afzonderlijk behandelingsprotocollen op afdelingsniveau binnen de ziekenhuizen. Twee ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat medisch specialisten hun kwaliteitsinstrumenten proberen onder te brengen in een samenhangend kwaliteitssysteem, dat wordt afgesloten met vijfjaarlijkse herregistratie. Ten eerste kan de dreigende invoering van marktwerking in 1987 worden genoemd. Een tweede ontwikkeling was de invoering van de Wet BIG, waarmee de overheid door het instellen van een artsenregister zelf maatregelen kon nemen voor het bewerkstelligen van een meer transparant kwaliteitsbeleid als de medische beroepsorganisaties dit nalieten.

Hetzelfde kan voor het kwaliteitsbeleid van de huisartsen worden gesteld. Daarbij komt dat het plan om de huisartsgeneeskundige zorg te omschrijven in zorgfuncties, de huisartsen in 1987 heeft gestimuleerd tot het invoeren van een normerend kwaliteitsinstrument: de NHG-standaarden. In het verlengde daarvan, is per 1 januari 1996 ook intercollegiale toetsing voor herregistratie verplicht gesteld. Een verjongde huisartsenpopulatie, meer zekerheid over de taken van de huisarts, de aanwezigheid van NHG-standaarden en de niet-bedreigende formulering van toetsing maakten een soepele en geruisloze invoering van dit instrument mogelijk. Maar in hoeverre hebben deze instrumenten het medisch handelen van specialisten en huisartsen nu meer expliciet in regels gevat en externe controle dichterbij gebracht?

Alle genoemde instrumenten blijven onder exclusieve controle van het medisch beroep: hoewel verplicht (behalve consensusbijeenkomsten) wordt passiviteit vrijwel niet bestraft (al moeten huisartsen zelf aangeven of ze hebben deelgenomen aan intercollegiale toetsing om in aanmerking te komen voor herregistratie), bronnen van informatie blijven anoniem, onderwerpen en normen worden door de artsen zelf lokaal bepaald (behalve NHG-standaarden en consensusbijeenkomsten), controle op naleving van geformuleerde richtlijnen vindt niet (protocollen, NHG-standaarden, consensusrichtlijnen, intercollegiale toetsing onder specialisten) of informeel plaats (intercollegiale toetsing onder huisartsen) en het is aan artsen zelf om actie te ondernemen tegen collega's die niet aan de al of niet

geëxpliciteerde richtlijnen voldoen. Bovendien gelden alle regels als een 'state of the art', waarvan individuele artsen beargumenteerd mogen afwijken. Aangezien dit regelmatig gebeurt dient de implementeerbaarheid als keuzecriterium te worden opgenomen bij het kiezen van onderwerpen voor zowel NHG-standaarden als consensusrichtlijnen. Hiermee vindt een verschuiving in de aard van onderwerpen voor richtlijnen plaats. Medische handelingen waarover een groot verschil van inzicht bestaat, maken plaats voor handelingen waar al enige mate van overeenstemming heerst. In deze zin is mogelijk enige transparantie van het medisch handelen tot stand gebracht, maar heeft het voornamelijk bestaande praktijken meer in regels geformaliseerd zonder de individuele klinische autonomie van de arts echt te bedreigen. Het gevaar voor externe controle op het medisch handelen door niet-medische partijen is daardoor zeer beperkt. Wel sluiten de huidige normerende instrumenten meer aan op bestaande instrumenten van kwaliteitszorg, waarbij het educatieve element op de voorgrond staat.

Of artsen het medisch handelen met de genoemde instrumenten maximaal in regels hebben gevat om een transparante kwaliteitszorg te bewerkstelligen valt te betwijfelen. De externe druk op het medisch beroep die ertoe leidt dat initiatieven aangaande een transparante kwaliteitszorg ook daadwerkelijk worden ingevoerd, stelt tegelijkertijd grenzen aan de uitvoering ervan. Meer expliciete regulering van het medisch handelen versterkt de verwevenheid tussen de kennis van onbepaald medisch handelen en belangenbehartiging. Artsen blijken op meso- en macroniveau tegen ongewenste invloed van niet-medische partijen op de beroepsuitoefening een behoorlijke hindermacht te kunnen ontwikkelen. Niet voor niets bezuinigden ziekenhuismanagers vooral op de paramedische en ondersteunende diensten als hun ziekenhuizen worden gebudgetteerd. Als de overheid de honorering van specialisten aan een functiewaardering wil koppelen, komen de wetenschappelijke verenigingen met gedetailleerde gegevens op de proppen waarop geen functiewaardering kan worden gebaseerd.

Behalve de artsen zelf, stellen andere partijen eveneens grenzen aan het inzichtelijk maken van hun activiteiten in de gezondheidszorg. Als verzekeraars meer met elkaar moeten concurreren, stellen zij zich terughoudend op in het verschaffen van informatie over het gebruik van zorgvoorzieningen door hun verzekerden. Tenslotte kent expliciete regulering ook bij de overheid grenzen. Het uitblijven van expliciete keuzen in de zorg volgens de trechter van Dunning en de beperkte middelen die de overheid beschikbaar stelt voor het niet onomvangrijke kwaliteitsbeleid van de medische beroepsorganisaties, lijken deze constatering te bevestigen. Hoewel vanaf 1987 meer marktwerking in de zorg wordt beoogd, wint vooral het macrobudget van zorg aan belang. Mogelijk delen bewindslieden en ambtenaren het inzicht dat een bepaalde mate in onzichtbaarheid van het medisch handelen het aan belang toenemende macrobudget van zorg het minste geweld aan doet. In dit licht kan de dreiging van de integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie worden genuanceerd. Hoewel de overheid en het instellingsmanagement zich nadrukkelijker in de gezondheidszorg manifesteren, lijken beide actoren zich bewust van de macht van het medisch

beroep (zelfs bij onderlinge verdeeldheid) veranderingen te frustreren. Daarmee lijkt de dominante rol van het medisch beroep in de gezondheidszorg voorlopig nog niet uitgespeeld.

Echter, de mate waarin een juridisering van de gezondheidszorg de zelfregulering van het beroep bedreigt blijft vooralsnog een open vraag, die samenhangt met brede maatschappelijke ontwikkelingen. Het is hierbij niet alleen van belang of nieuwe wetgeving slechts datgene aan juridische regels bindt waarover allang een grote mate van consensus heerst, maar vooral of er in de toekomst meer gebruik van juridische instrumenten wordt gemaakt door juristen die zelf actief naar cliëntèle zoeken. Een afbrokkeling van de sociale zekerheid en de acceptatie daarvan door de burgers, verkleint het politiek draagvlak van de overheid om met nieuwe wetgeving een juridisering van de zorgverlening een halt toe te roepen. Dit zal niet alleen de kosten van de zorg doen stijgen en de algehele toegankelijkheid tot de zorg onder druk zetten, maar heeft consequenties voor de medische handelingsvrijheid van individuele artsen en de zelfregulering van het medisch beroep.

5 De regulering van het medisch beroep in België

Tot voor kort stond de verwezenlijking van een transparante kwaliteitszorg nog niet op de agenda van de Belgische overheid en medische beroepsorganisaties. Hoewel de overheid in 1987 een vorm van intercollegiale toetsing onder specialisten in ziekenhuizen wettelijk verplicht stelde, werd er vervolgens weinig meer van vernomen. Sinds kort moeten specialisten en huisartsen, na een initiatief van de ziekenfondsen (mutualiteiten), zich in kleine groepen organiseren om 'peer review' activiteiten te ontplooiën, die onderdeel gaan uitmaken van een accreditatiesysteem.

Niet de overheid, maar de ziekenfondsen vormen in België traditioneel de grootste bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep. Belangrijke beslissingen in de gezondheidszorg worden merendeels genomen in overeenkomstencommissies van medische beroepsverenigingen en ziekenfondsen. De zwakte van de overheid is gegrondvest in de Vlaams-Waalse tegenstellingen, die door alle partijen heenlopen en ertoe bijdragen dat overeenstemming over een te volgen gezondheidszorgbeleid, zowel binnen als tussen partijen, moeizaam tot stand komt. Om meer krachtdadige politieke besluitvorming mogelijk te maken streeft men sinds 1980 naar een federale structuur, die in 1993 zijn beslag heeft gekregen in de St. Michiel's akkoorden. Naast de federale regering functioneren Vlaamse en Waalse regeringen, die in de loop der jaren steeds meer bevoegdheden hebben gekregen. Of deze federale structuur de besluitvaardigheid van de overheid heeft versterkt, staat voortdurend ter discussie. Net als de overheid zijn de ziekenfondsen zelf eveneens een heterogene actor in de gezondheidszorg. Zo zijn de twee grootste ziekenfondsen gelieerd aan de belangrijkste christelijke en socialistische politieke partijen en vakbonden, die de benoeming van de belangrijkste ziekenfondsbestuurders sterk beïnvloeden. Ook bij de ziekenfondsen doen de Vlaams-Waalse tegenstellingen hun opgeld, hetgeen ertoe bijdraagt dat moeizaam consensus wordt bereikt over een gezamenlijk ziekenfondsbeleid. Het medisch beroep wordt evenzeer gekenmerkt door een hoge mate van heterogeniteit. De belangen van artsen worden door verschillende beroepsverenigingen (syndicaten) behartigd, waarbij een deel van de artsen is aangesloten. Het is echter onbekend hoeveel artsen deze syndicaten daadwerkelijk vertegenwoordigen.

Een groot verschil tussen het Belgische gezondheidszorgsysteem en de hiervoor besproken Britse en Nederlandse equivalenten, betreft de positionering van de huisarts. Belgische huisartsen vervullen geen poortwachterfunctie in het gezondheidszorgsysteem en patiënten staan niet verplicht bij één huisarts ingeschreven. Ook ontbreekt een numerus fixus voor de basisopleiding tot arts, waardoor het aanbod van artsen sinds de jaren tachtig sterker groeit dan de vraag naar medische hulpverlening. Wachtlijsten voor medische behandelingen zoals in Groot-Brittannië en Nederland komen in België vrijwel niet voor. De dubbele tegenstelling (ideologisch en linguïstisch) is de belangrijkste oorzaak voor de, in vergelijking met Groot-Brittannië en Nederland, langzaam toenemende externe druk van de overheid (en de ziekenfondsen) op de zelfregulering van

het medisch beroep. Ondanks de stijgende kosten van de gezondheidszorg en opeenvolgende economische recessies vanaf het begin van de jaren zeventig, voelde de overheid zich pas aan het begin van de jaren negentig, sterk genoeg om artsen de duim Schroeven aan te zetten. Nieuwe wetten voor de ziekenfondsen, ziekenhuizen en de ziekteverzekering hebben onder meer ten doel de overheid en de ziekenfondsen meer grip te verschaffen op het medisch handelen van artsen, om zo de gewenste bezuinigingen in de zorgverlening te bewerkstelligen. Hand in hand met de meer expliciete (financiële) regelgeving voor de medische beroepsuitoefening, dient ook de kwaliteit van zorg zichtbaar voor niet-medici te worden verbeterd.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in welke mate de recente veranderingen in de Belgische gezondheidszorg de kern van de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) van het medisch beroep hebben kunnen bedreigen. Hiervoor wordt de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten in hun historische politieke en economische context bestudeerd. Nieuwe specifiekere financieringsinstrumenten voor het reguleren van de medische beroepsuitoefening zetten niet alleen de economische autonomie (het recht om het eigen inkomen te bepalen) van artsen, maar ook hun medische handelingsvrijheid onder druk. Hiermee neemt enerzijds de vraag toe naar een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg, terwijl anderzijds de kennis van onbepaald medisch handelen voor artsen aan belang wint in de onderhandelingen met de overheid en de ziekenfondsen over aanpassingen van het gezondheidszorgstelsel. Binnen dit spanningsveld worden de volgende vragen gesteld: in hoeverre laat het medisch handelen zich via normerende kwaliteitsinstrumenten in regels vatten, in welke mate verschuift hierdoor de klinische autonomie van de arts naar zijn beroepsorganisatie en brengen normerende kwaliteitsinstrumenten controle op het medisch handelen door niet-medische partijen dichterbij?

Ten behoeve van het hiernavolgende worden enkele kanttekeningen gemaakt. Allereerst kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over effecten van de nieuwe wetgeving op de positie van het medisch beroep in de gezondheidszorg, vanwege de recente invoering van deze wetgeving. Ten tweede heeft dit onderzoek, in het bijzonder de interviews met betrokkenen in de gezondheidszorg, zich beperkt tot Vlaanderen. Tenslotte was er in vergelijking met Groot-Brittannië en Nederland minder secundaire literatuur beschikbaar over ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zodat er meer uit journalistiek werk in dag- en weekbladen is geput, zoals bijvoorbeeld gepubliceerd in de Vlaamse dagbladen 'De Standaard' en 'De Morgen'.

5.1 De Belgische gezondheidszorg

Deze paragraaf begint met een korte uiteenzetting over de (politieke) Vlaams-Waalse verhoudingen in België, die voor een belangrijk deel ten grondslag liggen aan de zeer geleidelijk tot stand komende Belgische politieke besluitvorming.

Vervolgens komt de hervorming van de overheidsstructuur aan bod, de zogenoemde federalisering, die hiervoor een oplossing zou moeten bieden. Voorts wordt de organisatie van het gezondheidszorgsysteem kort gekarakteriseerd. Tot besluit wordt de positie van de artsen en de ziekenhuizen in dit systeem aangegeven.

De Vlaams-Waalse politieke verhoudingen

België kan worden onderverdeeld in het Nederlandstalig Vlaanderen en het Franstalig Wallonië en kent sinds de beëindiging van de Eerste Wereldoorlog (1914-1918) een kleine Duits sprekende minderheid in het Oosten van het land. Hoewel het katholicisme de dominante godsdienst is in heel België, bestaan er tussen Vlaanderen en Wallonië grote culturele verschillen. Vlaanderen bleef in de negentiende eeuw voornamelijk agrarisch, conservatief katholiek en onmondig. Wallonië daarentegen industrialiseerde, vergaarde rijkdom en vormde een rijpe voedingsbodem voor het socialisme. Twee wereldoorlogen (1914-1918 en 1940-1944) en de economische recessies sinds de jaren zeventig stimuleerden de teloorgang van de Waalse zware industrie. Thans voeren de rijkere en zelfbewuste Vlamingen de boventoon en kampen de Walen met een hoge werkloosheid en een gefrustreerd meerwaardigheidsgevoel. De verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië komen ook politiek tot uitdrukking. In Vlaanderen domineert de Christelijke Volks Partij (CVP), terwijl in Wallonië de 'Parti Socialiste' (PS) beschikt over een meerderheid. Een regeringscoalitie bestaat nooit uit twee, maar minstens uit vier partijen (van iedere coalitiepartij een Vlaamse en een Waalse afdeling), zodat binnen een regeringscoalitie er zowel op ideologisch als linguïstisch vlak consensus moet worden bewerkstelligd. Inzake de organisatie van de gezondheidszorg maken de katholieken zich overwegend sterk voor de eigen verantwoordelijkheid van onafhankelijke ziekenfondsen, terwijl de socialisten de overheid een meer belangrijke rol toedenken in de regulering van de gezondheidszorg. Christelijke en socialistische ziekenfondsen zijn sterk verweven met hun politieke partijen. Deze communautaire en verzuilde tegenstellingen tussen Vlamingen en Walen, confessionelen en socialisten, houden elkaar in een politieke houdgreep, die verandering frustreert.

De federalisering van België

Een oplossing voor de gebrekkige slagvaardigheid van de overheid zoekt men in de federalisering van België, waarvoor in 1980 Vlaamse en Waalse gemeenschappen en gewesten zijn opgericht. Sinds de St. Michiel's akkoorden in 1993 is de federalisering van België ook wettelijk een feit. Langzamerhand verschuift de macht van de federale overheid naar deze gemeenschappen en gewesten, die na 1993 de helft van het totale overheidsbudget beheren en zelfstandig buitenlandse betrekkingen mogen aanknopen.¹ Maar de volksgezondheid is in grote mate nog steeds een federale bevoegdheid. Grofweg kan over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen federale en gemeenschapsregering in de jaren tachtig worden gesteld, dat de federale overheid de normen voor het gezondheidszorgbeleid vaststelde, die door de gemeenschapsregering werden uitge-

voerd en gecontroleerd.² Sedert het begin van de jaren negentig kunnen de gemeenschapsregeringen ook zelf autonoom normen voor het eigen gezondheidszorgbeleid vaststellen. Het federale ministerie van Volksgezondheid moet de verantwoordelijkheid voor de financiering van volksgezondheid, als onderdeel van de sociale zekerheid, laten aan het federale ministerie van Sociale Zaken. Verder valt het medisch basisonderwijs aan de universiteiten onder de federale minister van Onderwijs. Er bestaat onduidelijkheid over de bevoegdheden die van de federale naar de gemeenschapsregering zijn overgedragen. Zowel op federaal niveau (tussen Vlaamse en Waalse ministers) als tussen de gemeenschaps- en de federale regering bestaat ministerieel overleg, waardoor het gezondheidszorgbeleid niet bepaald aan daadkracht heeft gewonnen. In 1990 waren achttien ministers en staatssecretarissen bevoegd voor het gezondheidszorgbeleid.³ Bovendien worden zowel de ministers als het parlement nog altijd regelmatig buitenspel gezet door de buitenparlementaire machtsblokken als de ziekenfondsen, artsen en vakbonden, die onder elkaar de akkoorden bekokstoven in hun eigen sector,⁴ hetgeen de zeer geleidelijke aanpassingen van de Belgische gezondheidszorg ten dele verklaart. Nu de politieke context is uiteengezet, wordt in het hiernavolgende aandacht besteed aan de ziekenfondsen en de organisatie van de Belgische gezondheidszorg.

Het gezondheidszorgsysteem in vogelvlucht

Nagenoeg de gehele Belgische bevolking is verplicht bij de ziekenfondsen voor bijzondere aandoeningen verzekerd, terwijl 88 procent (in 1991) van de bevolking is verzekerd voor kleine aandoeningen. Belgen hebben de vrijheid hun huisarts en specialist te kiezen. Artsen worden direct door patiënten voor hun diensten vergoed. Vervolgens claimen patiënten de gemaakte kosten bij hun ziekenfonds. Contributies voor de ziekteverzekering worden centraal geïnd door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), die de gelden verdeelt over de ziekenfondsen, met als verdeelsleutels onder meer de omvang en de compositie van het verzekerdenbestand. Ziekenfondsen die minder geld van de RIZIV ontvangen, krijgen meer overheidssubsidie en omgekeerd.⁵ In de Belgische gezondheidszorg vormen de ziekenfondsen een belangrijk, maar heterogeen, machtsblok. In vergelijking met hun Nederlandse equivalenten opereren de Belgische ziekenfondsen onafhankelijker van de medische beroepsorganisaties, omdat Nederlandse artsen zich voor de Tweede Wereldoorlog toegang wisten te verschaffen tot de besturen van verschillende ziekenfondsen. Maar bij de Belgische ziekenfondsen zijn de onderlinge ideologisch-politieke tegenstellingen weer groter, aangezien de ziekenfondsen zijn gelieerd aan een politieke partij en de socialistische ziekenfondsen zelf poliklinieken beheren waarin artsen in loondienst werkzaam zijn. Niet de overheid, maar de ziekenfondsen vormen in België traditioneel de grootste bedreiging voor de zelfregulering van het medisch beroep.⁶ Anno 1995 bestaan nog vijf van de oorspronkelijk zes grote ziekenfondsen, waarbij het christelijke ziekenfonds 45 procent van de bevolking voor ziekengeld verzekert, tegenover 29 procent van de bevolking door het socialistische ziekenfonds.⁷

Binnen het RIZIV functioneren verschillende commissies, waaronder de commissie artsen-ziekenfondsen. Deze belangrijke commissie onderhandelt over de medische handelingen die voor vergoeding in aanmerking komen (nomenclatuur) en het prijskaartje daarvan. Dit wordt ook wel het verbintenisstelsel genoemd. Alleen wanneer de ziekenfondsen en artsen geen overeenstemming over de hoogte van de vergoedingen bereiken, heeft de minister van Sociale Zaken de bevoegdheid de tarieven zelf vast te stellen. Artsen zijn dan niet verplicht de van overheidswege vastgestelde tarieven te volgen, maar patiënten krijgen alleen het door de minister vastgestelde tarief voor medische behandelingen vergoed. Iedere nieuwe verbintenis ging tot nu toe gepaard met één of ander financieel voordeel voor de artsen, zoals een tariefsverhoging, een herziening van de nomenclatuur, enzovoort.⁸ De gezondheidszorg legde in 1989, volgens Hurst (die zich baseert op de cijfers van de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)), slechts beslag op 7 procent van het Bruto Nationaal Product (BNP). Dat is maar 1 procent meer dan in Groot-Brittannië en 1.3 procent minder dan in Nederland.⁹ Echter, vanwege de onbetrouwbaarheid van de informatie over de kosten van de Belgische gezondheidszorg stellen sommige Belgische onderzoekers dat de OECD deze kosten te laag heeft ingeschat.⁽¹¹⁾ Wouters et al schatten de kosten van de gezondheidszorg voor 1987 op 7.9 procent van het BNP.¹⁰ Dit percentage van het BNP is volgens Spinnewijn en Pacolet in 1990 al gestegen tot 9.8 procent.¹¹ Deze schattingen lijken realistischer dan die van de OECD. Hoewel moeilijk te achterhalen valt in welke mate de overheid de gezondheidszorg meefinanciert, schijnt er wel licht op de totale overheidsuitgaven. De Belgische overheid heeft het land opgezadeld met een overheidsschuld, die in de jaren tachtig in termen van het nationaal inkomen uitgroeide tot de hoogste van de Europese Gemeenschap (EG) en alle andere geïndustrialiseerde landen.¹² Nu het Belgisch gezondheidszorgsysteem globaal is omschreven, wordt in het hiernavolgende aangegeven hoe artsen in dit systeem zijn gepositioneerd.

De plaats van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in het gezondheidszorgsysteem

De tarieven voor medische handelingen staan continu onder druk, onder meer door het ontbreken van een numerus fixus voor de basisopleiding tot arts en het daardoor sterk stijgend aantal artsen. Het aantal artsen per duizend inwoners is van 2.5 in 1980 gestegen naar 3.3 in 1988 en nam jaarlijks met 3.56 procent toe (voor een vergelijking met Groot-Brittannië en Nederland, zie de paragrafen 3.1 en 4.1).¹³ Eind 1995 telt België 38.369 artsen, waarvan 56 procent specialisten of specialisten in opleiding. De artsdichtheid varieert per regio: er is 1 arts per 297 Vlamingen, 1 per 257 Walen en 1 per 156 Brusselaars.¹⁴

⁽¹¹⁾ De betrouwbaarheid van informatie over de kosten van de gezondheidszorg is in de meeste landen een onderwerp van discussie. Maar omdat objectieve informatie over bijvoorbeeld (verschillen in) het zorggebruik in Vlaanderen en Wallonië politiek erg gevoelig ligt, is het verwerven van betrouwbare informatie over de gezondheidszorg in België extra moeilijk.

Overigens is het exacte aantal praktiserende artsen onbekend. Zo waren er in 1993 bij het RIZIV 34.000 artsen ingeschreven, terwijl het ministerie van Volksgezondheid slechts 33.000 artsen registreerde. In deze registraties ontbraken cijfers over artsen die geen RIZIV-activiteiten verrichten, artsen die werkzaam waren als sport- of schoolarts en artsen die als ambtenaar werkten.¹⁵ Tot voor kort waren specialisten en huisartsen veelal zelfstandig ondernemer, die werkend in een solo-praktijk per verrichting werden vergoed. In 1992 was dat voor 80 procent van de Belgische huisartsen het geval.¹⁶ Van de 20 procent niet-solistisch werkende Vlaamse huisartsen werkte 12.8 procent in een duopraktijk en 5.6 procent in een samenwerkingsverband met drie of meer huisartsen.¹⁷ De Belgische huisarts vervult geen poortwachtersfunctie en patiënten zijn niet verplicht bij één huisarts ingeschreven. De veelal solo-werkzame specialisten zijn niet noodzakelijk verbonden aan één ziekenhuis. Anno 1995 is zelfs 25 procent van de specialisten geheel niet in een ziekenhuis werkzaam.¹⁸ Ongeveer tweederde van de ziekenhuizen zijn private non-profit instellingen in eigendom van christelijke en socialistische organisaties, terwijl het resterende deel in eigendom is van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) of worden beheerd door een provincie.¹⁹

5.2 De ontwikkeling van het medisch beroep tot 1970

In deze paragraaf wordt een beknopt beeld geschetst van de zelfregulering van het medisch beroep tot 1970. Allereerst wordt de ontwikkeling van het medisch beroep tot 1863 in grote lijnen beschreven. Centraal staan hierbij de belangrijkste historische momenten, waarop politieke besluitvorming plaatsvond die de verhouding tussen het medisch beroep en de overheid op een vernieuwende wijze regelde. Vervolgens wordt voor de periode 1863-1970 aandacht besteed aan de ontwikkeling van de medische beroepsorganisaties, de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht.

5.2.1 De opkomst van het medisch beroep

Met de eenmaking van de Zuidelijke en Noordelijke Nederlanden in 1815, werd een harmonisatie van de geneeskundige wetten eenvoudig bewerkstelligd. Noord-Nederlandse wetten waren vanaf 1818 ook in de Zuidelijke Nederlanden rechtsgeldig.²⁰ Op 12 maart 1818 werd de Wet 'ter regeling van hetgene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunst' ingevoerd, waarmee de overheid de medische beroepsuitoefening (in theorie) ging controleren. Voor zowel Nederlandse als Belgische (na de afscheiding van Nederland in 1830) artsen, was het streven naar wijziging van deze wet een belangrijke stimulans om zich te organiseren. Waar Nederlandse artsen meer streefden naar een 'eenheid van stand', wensten Belgische artsen meer zeggenschap in het bewerkstelligen van verkiezingen voor de 'provinciale geneeskundige commissies', die namens de overheid verantwoordelijk waren voor het 'geneeskundig onderzoek en toezicht'.²¹ De 'eenheid van stand' werd in België namelijk eerder, meer bepaald in 1849, dan in Nederland gerealiseerd.

De beroepsvorming van artsen kwam in het - destijds meer ontwikkelde - België eerder dan in Nederland op gang. Een wet uit 1835 stelde dat alleen artsen met een universitaire opleiding het medisch beroep mochten uitoefenen. Vervolgens werd in 1849 bij wet de graad dokter in de Genees-, Heel- en Verloskunde ingesteld. Het medisch beroep verkreeg daarmee: een meer homogeen onderwijssysteem; meer gelijkheid in professionele rechten en plichten; een afname in domeinconflicten tussen takken van de geneeskunde; toenemende sociale selectie; een hoger prestige en een langzamer groeiend artsenbestand.²² Zodoende werd enige unificatie in het aanbod van artsen bewerkstelligd, hoewel de artsen niet waren verenigd in één beroepsorganisatie.

De elite onder artsen genoot namelijk in die tijd over een goede relatie met de overheid. In 1841 was op initiatief van de overheid de Académie Royale de Médecine opgericht, die moest fungeren als vraagbaak voor de regering en als stimulator voor medische wetenschapsontwikkeling. De bestuurszetels van de Académie werden voornamelijk bezet door hoogleraren, docenten uit het hoger niet-universitair onderwijs, legerartsen en enkele ambtenaren. Deze hechte band tussen de elite onder de artsen en de overheid via de Académie, hield een tweedeling binnen het medisch beroep in stand en heeft mogelijk de oprichting van een nationale beroepsvereniging voor alle artsen vertraagd. Deze nationale beroepsvereniging werd uiteindelijk in 1863 opgericht, om honderd jaar later ruim baan te maken voor de vigerende artsensyndicaten.

5.2.2 De ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem en medische beroepsvorming

Rond 1840 begonnen artsen zich te organiseren in verenigingen met als doel de materiële belangen van alle artsen te verdedigen en zich te onderscheiden van de overheidsinstanties, zoals de Académie en de provinciale geneeskundige commissies. In 1863 resulteerde dit streven in de oprichting van een nationale artsenorganisatie: de Fédération Médicale Belge (FMB, ofwel het Algemeen Belgisch Geneesheren Verbond, ABGV). Vanwege het bestaan van de Académie ontwikkelde de FMB zich meer als een vakbond dan als een professionele standsorganisatie. De invloed van de FMB bij de overheid werd in de tijd beperkt door inertie van de leden en interne tegenstellingen, die in de volgende alinea de revue passeren.

De door interne spanningen al wankelende FMB werd rond de eeuwwisseling geconfronteerd met de toenemende specialisatie, waarbij zich tegenstellingen begonnen af te tekenen tussen algemene (huis-) en gespecialiseerde artsen. Ten tweede waren er verschillen tussen minder bedeelde plattelandsartsen en welgestelde artsen uit de steden. Zo namen lokale artsenverenigingen buiten de grote steden minder deel aan FMB-activiteiten. Verder, maar minder belangrijk, stichtten christelijke en socialistische artsen eigen verenigingen, die werden beïnvloed door de politici en ziekenfondsen van hun zuil. Tenslotte organiseerden artsen zich op linguïstische basis. Hoewel de FMB de grootste beroepsorganisatie van artsen was, diende het bestuur in haar beleid naar de overheid toe rekening te houden met de uiteenlopende belangen van de hierboven beschreven verschillende groepen artsen.

De elkaar beconcurrerende beroepsorganisaties waren alleen bereid samen te werken voor de verdediging en versterking van de liberale waarden van het medisch beroep, die in het begin van de twintigste eeuw vorm kregen. In navolging van Frankrijk definieerde de FMB een 'medisch charter'. In dit 'charter' kunnen de hedendaagse opvattingen van het medisch beroep nog altijd worden herkend, namelijk: vrije artsenkeuze, het veilig stellen van vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en directe betalingen per verrichting van de patiënt aan de arts.²³ In het verdedigen van deze liberale waarden vonden de artsenorganisaties een gemeenschappelijke vijand in de ziekenfondsen, wanneer discussie over de kosten van de gezondheidszorg weer oplaaide. De ziekenfondsen beschuldigden de artsen ervan zich te verrijken door onder meer de vrije artsenkeuze en de directe betalingen per verrichting na te streven. Artsen verweten op hun beurt de ziekenfondsen een te lage premiestelling uit concurrentieoverwegingen.²⁴ Na de Tweede Wereldoorlog kreeg de relatie tussen de medische beroepsorganisaties en de ziekenfondsen een nieuwe dimensie, toen de overheid zich meer met de gezondheidszorg ging bemoeien. Door het sociaal pact tussen onder meer politieke partijen in 1944, werd de tot dan toe vrijwillige ziekenfondsverzekering omgevormd tot een verplichte verzekering. Dit leidde in 1948 onder meer tot de oprichting van het Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit (RVZI), dat de door het ministerie van Sociale Zaken geïnde gelden verdeelde over de verschillende ziekenfondsen.

Na de Tweede Wereldoorlog steeg het aantal rechthebbenden op een ziekteverzekering geleidelijk. In het begin van de jaren zestig probeerde de overheid haar invloed op de gezondheidszorg en het medisch beroep te versterken, in een poging de gehele bevolking tegen ziektekosten te verzekeren. Deze plannen kregen vorm in een herziening van bestaande wetgeving. Artsen die weigerden mee te werken aan een betaalbare ziekenfondsverzekering zouden worden gesanctioneerd met tariefkortingen en in het uiterste geval met gevangenisstraf. De FMB werd na het besluit hieraan ten dele mee te werken door militante artsen verpletterd, hetgeen resulteerde in de opheffing van de FMB. De militante artsen verenigden zich in 1962 in de Syndicale Artsenkamers (de voorloper van de Belgische Vereniging van Artsen Syndicaten (BVAS), beter bekend onder de naam van de eerste secretaris-generaal, het syndicaat Wynen).⁽²⁾ Tot op de dag van vandaag is dit het meest dominante artsensyndicaat. Gematigde artsen die wel bereid waren enige financiële verantwoordelijkheid voor het gezondheidszorgsysteem te dragen, organiseerden zich in het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België (ASGB), beter bekend als het syndicaat De Brabanter. In 1975 kwam een coalitie tot stand, de Confederatie van Belgische Geneesheren (CBG), tussen De Brabanter en twee kleinere syndicaten, waarvan de eerste zich van het syndicaat Wynen had afgesplitst en de tweede de belangen van huisartsen verdedigde.

⁽²⁾ De namen van de artsensyndicaten veranderen met het de komst van nieuwe voorzitters. In deze tekst wordt getracht verwarring te voorkomen door consequent de naam van de eerste voorzitter van de syndicaten (Wynen en de Brabanter) aan te houden.

De uitvoering van de in 1963 vernieuwde ziekenfondsverzekering lag in handen van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat het oude Rijksfonds verving en zelf onder de bevoegdheid viel van het ministerie van Sociale Zaken. Het syndicaat Wynen organiseerde in 1963 een staking, waarna de overheid dit syndicaat in 1964 tegemoet kwam in de zogenoemde St.Jansakkoorden. De liberale waarden van het medisch beroep werden in het systeem verankerd. Het medisch beroep kreeg op eigen verzoek in de algemene raad van het RIZIV louter een adviserende taak.²⁵ Hiermee wilde het syndicaat Wynen voorkomen dat de medische beroepsorganisaties (financiële) verantwoordelijkheid zouden dragen voor de uitvoering van de ziekteverzekering. Wel accepteerde het syndicaat Wynen gelijke vertegenwoordiging in de Dienst voor Geneeskundige Controle, de Technisch Geneeskundige Raad en de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren en Ziekenfondsen. In de Technische Geneeskundige Raad (bestaande uit artsen die voor eenderde door de ziekenfondsen en voor tweederde door de medische beroepsorganisaties en de medische faculteiten worden benoemd) wordt besloten welke handelingen voor vergoeding in aanmerking komen (nomenclatuur). In de Nationale Commissie voor Geneesheren en Ziekenfondsen wordt over de tarieven voor de nomenclatuur onderhandeld. Het syndicaat Wynen heeft in de laatste commissie altijd een meerderheid van de (anno 1996 negen van de elf) zetels voor artsen bezet gehouden. Of deze zetelverhouding de steun van artsen aan de te onderscheiden syndicaten weerspiegelt is niet bekend, aangezien artsenverkiezingen vooralsnog succesvol door het syndicaat Wynen worden gedwarsboomd. Onder het mom dat de eenheid van het beroep niet mocht worden aangetast, is het aan huisartsen verboden via een eigen organisatie in de RIZIV-commissies de huisartsenbelangen te verdedigen. Hoewel het machtigste artsensyndicaat Wynen pretendeert de belangen van alle artsen te behartigen, wordt dit syndicaat gedomineerd door (met name Brusselse) specialisten. De tarieven die de artsensyndicaten en de ziekenfondsen in dit verbintenisstelsel overeenkomen vereisen eerst goedkeuring van de artsen (50 procent) en daarna een bevestiging van de overheid. Is dat niet het geval dan is de prijsstelling per verrichting vrij. Het verbintenisstelsel wordt gekenmerkt door een grote mate van stabiliteit, hetgeen wordt gesymboliseerd door de voorzitter van de Nationale Commissie Geneesheren en Ziekenfondsen, Dejardin, die de vergaderingen vanaf de oprichting van het RIZIV in 1964 tot 1996 heeft geleid.

In 1964 heeft de overheid weinig middelen in handen om het medisch beroep te reguleren. De artsensyndicaten dragen geen verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de ziekteverzekering, terwijl het vaststellen van de nomenclatuur en de tarieven per verrichting is gedelegeerd aan de ziekenfondsen en de artsensyndicaten, die hierover onderhandelen in de verbinteniscommissies van het RIZIV. Voorts zijn de liberale waarden van het medisch beroep, zoals de directe betalingen van de patiënt aan de arts, de vrije artsenuitvoering en het beschermen van de arts-patiëntrelatie, verankerd in het gezondheidszorgsysteem. Vanwege de gestabiliseerde verhouding tussen de medische beroepsorganisaties en de ziekenfondsen sprak men nadien van Pax Medica.

5.2.3 De medische opleidingen

Eén van de twee traditionele instrumenten waarmee het medisch beroep de kwaliteit van haar medisch handelen waarborgt is de medische opleiding. Daarnaast kan de medische opleiding ook fungeren als instrument voor uitsluiting en onderscheiding. Hiermee reguleren beroepsorganisaties het volume aan artsen en daarmee hun inkomen (zie paragrafen 1.1.4 en 2.3.1). In het hiernavolgende worden de medische basisopleiding en de diverse beroepsopleidingen kort besproken.

Het bijzondere van het medisch beroep en de gezondheidszorg in België is dat de medische beroepsorganisaties de toegang tot het medisch beroep via de basisopleiding niet controleren. Terwijl de Nederlandse overheid en medische beroepsorganisaties in 1972 een dreigend artsenoverschot wisten te voorkomen met de instelling van een numerus fixus voor de basisopleiding tot arts, bleef de toegang tot de Belgische medische faculteiten tot op de dag van vandaag vrij. In het hiernavolgende wordt nader aandacht besteed aan de beroepsopleiding tot specialist.

Anaatom-pathologen organiseerden zich in 1857 als eersten in een eigen vereniging voor specialisten, gevolgd door de psychiaters (1869), gynaecologen en verloskundigen (1889) en heilkundigen (1890). Enige vorm van registratie of titelbescherming van specialisten werd overigens voor de Tweede Wereldoorlog niet bewerkstelligd.²⁶ Ook een wettelijke regeling voor de specialistische opleidingen ontbrak, waardoor deze zich ontwikkelden als collegiale aangelegenheden. In 1949 werd het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen geneesheren-Specialisten (VBS) opgericht, met als voornaamste doelstelling het verkrijgen van de wettelijk erkenning van de titel geneesheer-specialist. Vier jaar later, in 1958, erkende de minister van Volksgezondheid 25 door het VBS voorgedragen specialismen. Vanaf 1963 leidt een voltooide beroepsopleiding tot specialist tot een hoger honorarium.²⁷ Huisartsen kennen sinds 1983 een vrijwillige beroepsopleiding van één jaar. De titel huisarts is sinds 1990 beschermd. In 1995 werd de vrijwillige beroepsopleiding tot een driejarige verplichte beroepsopleiding omgevormd (zie paragraaf 5.6.2). Tot die tijd waren afgestudeerde artsen, omnipracticci, bevoegd de genees, heel- en verloskunde uit te oefenen, zij het niet met de titel huisarts. De beroepsopleidingen van specialisten en huisartsen worden niet afgesloten met een examen.²⁸

Thans zijn de verantwoordelijkheden voor de medische opleidingen als volgt binnen het medisch beroep verdeeld. De controle op de kwaliteit van de basisopleiding tot arts is in handen van de medische faculteiten, waarop de gemeenschapsministers enige mate van toezicht houden. De regulering van de verschillende beroepsopleidingen tot specialist is sinds 1971 in handen van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten, die naast normen voor de opleiding ook erkenningscriteria vaststelt. Met de erkenning van de vrijwillige beroepsopleiding tot huisarts in 1983 werd de Hoge Raad uitgebreid tot Geneesheren-Specialisten en Huisartsen. Als voorzitter fungeert een hoge geneesheer-ambtenaar van het departement van Volksgezondheid. Verder zetelen in de Raad twee vertegen-

woordigers van de Académie (zie paragraaf 5.2.1), twee leden van de Orde der Geneesheren (die het artsenregister beheert en tuchtrecht spreekt) en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen en medische faculteiten.²⁹ De registratie van geneesheren-specialisten is in handen van een Vlaamse en een Waalse erkenningscommissie. Het houden van toezicht op de beroepsopleiding, het verloop van de stages en de erkenning van de specialisten, is de taak van de Kamers (per specialisme) van de Vlaamse en Waalse erkenningscommissies.³⁰

5.2.4 Het medisch tuchtrecht

Een tweede instrument waarmee het medisch beroep de kwaliteit van het medisch handelen traditioneel waarborgt betreft het medisch tuchtrecht. In het hiernavolgende wordt de totstandkoming en organisatie van de Orde der Geneesheren, die een lijst (het artsenregister)⁽³⁾ beheert en tuchtrecht spreekt, kort beschreven. Vervolgens komt de formulering van tuchtreghels aan bod. Tot besluit volgt een verslag van de lange weg die de patiënt moet afleggen, na het indienen van een klacht bij de Orde der Geneesheren.

Vanaf 1818 was de controle op de beroepsuitoefening in handen van de overheid, via de eerder genoemde 'Provinciale commissies van geneeskundig onderzoek en toezicht'. De leden van deze commissies werden door de overheid aangesteld en hadden als taak: niet-universitair opgeleide beroepsbeoefenaren te examineren, te waken voor besmettelijke en epidemische ziekten, het beoordelen van de bekwaamheid van alle beroepsbeoefenaren en niet in de laatste plaats het toezicht houden op de beroepsuitoefening. Na een reorganisatie van de provinciale commissies in 1880, verloren de commissies aan bevoegdheid inzake het handhaven van de discipline.³¹ Vijftien jaar later stemde de overheid in met verkiezingen voor een gedeelte van de leden, al hielden de commissies het karakter van een overheidsinstelling.

Vanaf het einde van de negentiende eeuw streefde de (in 1962 opgeheven) Fédération Médicale Belge (FMB) naar een eigen orgaan voor het beoordelen van de beroepsuitoefening. Uiteindelijk werd deze 'Orde der Geneesheren', als publiekrechtelijke beroepsorganisatie, in 1938 geïnstalleerd. De socialisten, die een eerder voorstel hadden getorpedeerd, gingen overstag nadat in een wetsartikel was vastgelegd dat iedere sanctie gebaseerd op geloofsovertuiging, levensbeschouwing, of politieke, linguïstische en syndicatele motieven werd verboden. Hiermee werd een minderheid onder de artsen, die in loondienst bij de socialistische ziekenfondsen werkzaam waren, afdoende beschermd tegen de meer liberale professionele moraal van de meerderheid van de artsen.

De administratieve, normerende en disciplinaire taken van de Orde worden anno 1997 uitgevoerd op drie niveaus, te weten: de (vijf Vlaamse en vijf Waalse) provinciale raden; een Vlaamse en Waalse raad van beroep en de nationale raad.

⁽³⁾ Afgestudeerde artsen moeten eerst hun diploma laten viseren door de Provinciale Medische Commissie om zich vervolgens in te laten schrijven op 'de lijst' van de Orde.

Provinciale raden worden samengesteld door gekozen leden van het medisch beroep, een gedelegeerde van de nationale raad en een rechter. De voornaamste taak van deze provinciale raden betreft het uitoefenen van het tuchtrecht.³² Ieder taalgebied kent een raad van beroep, die kennis neemt van het hoger beroep tegen beslissingen van de provinciale raden. Dit heronderzoek is openbaar. De raden van beroep hebben de bevoegdheid een beslissing van een provinciale raad te bekrachtigen of te herroepen. Een verzwaring van de sanctie is mogelijk als daarvoor een tweederde meerderheid binnen de raad van beroep kan worden gevonden. De nationale raad is opgedeeld in een Vlaamse en Waalse sectie en wordt voorgezeten door een rechter van het Hof van Cassatie, bijgestaan door een Vlaamse en Waalse vice-president (beiden arts). Tien gedelegeerden representeren de provinciale raden, terwijl zes anderen worden aangesteld door de medische faculteiten en de Koning.

In 1964 werden de eerder in paragraaf 5.2.2 genoemde liberale waarden van het medisch beroep geïncorporeerd in het verzekeringsstelsel. Met de Koninklijke Besluiten 78 op de uitoefening van de geneeskunst en 79 betreffende de Orde van Geneesheren in 1967 werden deze professionele waarden, zonder discussie in het parlement, wettelijk verankerd. Voorts mocht de Orde der Geneesheren de professionele waarden operationaliseren in een medisch-ethische (deontologische) code, welke in 1975 werd geformuleerd. Deze code omvat regels aangaande de continuïteit van de hulpverlening, het beroepsgeheim, individuele betrekkingen tussen artsen onderling en artsen met verpleegkundige en paramedische beroepsbeoefenaren. De belangrijkste tuchtreegel waarmee artsen kunnen worden gesanctioneerd betreft het bestraffen van: 'de tekortkomingen en misbruiken van artsen bij of ter gelegenheid van de uitoefening van hun beroep of zware fouten buiten de beroepssfeer, wanneer die het vertrouwen in de betrokken arts ernstig schokken.'³³ Omdat de code nog altijd niet zijn beslag heeft gekregen in een Koninklijk Besluit, bevindt deze zich sindsdien in een juridisch schemergebied. Over het uitblijven van dit Koninklijk Besluit doen vele argumenten de ronde. De jurist Nys stelt bijvoorbeeld dat de bepaling in de code die het uitvoeren van een zwangerschapsafbreking overlaat aan het oordeel van artsen, (tot 1990) in strijd was met het strafrecht. (Om een wijziging in het strafrecht aangaande zwangerschapsafbreking mogelijk te maken, trad de vrome katholieke koning Boudewijn twee dagen af, zodat hij de nieuwe wet niet hoefde te ondertekenen.) Voorts heeft de Orde zelf nooit aangedrongen op het bindend verklaren van de code via een Koninklijk Besluit. Het Hof van Cassatie heeft namelijk gesteld dat de Orde de code als geheel mag gebruiken, terwijl veroordelingen van de Orde geen (burgerlijke) rechtsgevolgen hebben.³⁴ Voorts heeft het Hof van Cassatie de tuchtrechtsoordelen van de Orde overwegend ondersteund. Zo werd een arts die in 1975 door de Orde was veroordeeld voor het deelnemen aan een pro-abortusdemonstratie en zijn zaak bij het Hof aanhangig maakte, door het Hof in het ongelijk gesteld.³⁵ Verder kan de Orde de code aanpassen zonder daarvoor wettelijke toestemming te vragen, hetgeen tot 1991 tweemaal gebeurde (aangaande een artikel over sterilisaties en een artikel over vennootschappen). Aldoende wordt het medisch handelen veelal met impliciete

regels beoordeeld, waarmee de klinische autonomie van de individuele arts grotendeels wordt gerespecteerd.

Wordt de deontologische code door een arts geschonden, dan kan tegen hem of haar een klacht worden ingediend bij het provinciaal tuchtcollege. Gaat het college over tot sanctionering van de arts, dan kan worden gekozen uit een waarschuwing, blijk geven van afkeuring, een reprimande, een schorsing tot twee jaar of verwijdering uit het register van de Orde.³⁶ Voor de laatste sanctie is een tweederde meerderheid binnen het college noodzakelijk. Gevallen van geestelijke of fysieke ziekte worden afzonderlijk door de provinciale medische raden behandeld, die deze artsen hun bevoegdheid voor de praktijkuitoefening gedurende het herstel kunnen ontnemen.

Na het indienen van zijn klacht heeft de klager (patiënt, ziekenfonds, ziekenhuis, openbare aanklager) een lange weg te gaan.³⁷ Een ingediende klacht wordt doorgezonden naar de desbetreffende arts die daarop kan reageren, waarna klacht en reactie door een sectie van de provinciale raad worden bestudeerd. Over het ontvankelijk verklaren van de klacht beslist alleen de gehele raad. Is dit laatste het geval dan wordt een onderzoek gestart door één of twee leden van de raad, tezamen met de jurist. Het onderzoek kan naast een ondervraging ook een screening van relevante medische dossiers bevatten. Wanneer noodzakelijk, kan assistentie worden verkregen van de geneeskundiginspecteurs van het ministerie van Volksgezondheid of het RIZIV. Als uit het onderzoek blijkt dat de klacht ontvankelijk kan worden verklaard, vindt een tuchtrechtszaak plaats, waarbij de verplicht aanwezige beklaagde zich mag laten vertegenwoordigen door een advocaat. De zitting blijft voor publiek gesloten. Veroordeelde artsen kunnen bezwaar aantekenen bij de Vlaamse of Waalse raad van beroep. Hetzelfde geldt voor het juridisch lid van de provinciale raad, de voorzitter en vice-president van de nationale raad, die over alle veroordelingen in den lande worden geïnformeerd. Tegen beslissingen van het beroepscollege kan de beklaagde in hoger beroep nog bezwaar aantekenen bij het Hof van Cassatie. Maar alleen in gevallen die betrekking hebben op het burgerlijk recht. De uiteindelijke beslissing tot schorsing wordt medegedeeld aan de arts zelf, de relevante medische commissie, het RIZIV, de hoofdofficier van Justitie en de minister van Volksgezondheid.

Concluderend: aan het begin van de onderzoeksperiode, 1970, worden de belangen van artsen door diverse beroepsorganisaties behartigd. Het meest dominante en machtigste artsensyndicaat Wynen, wordt evenwel gedomineerd door (Brusselse) specialisten, terwijl het de huisartsen verboden is via een eigen syndicaat deel te nemen aan de onderhandelingen met de ziekenfondsen over de nomenclatuur en de tarieven. Voorts beschikken de huisartsen in 1970 niet over een eigen verplichte beroepsopleiding en hebben zij geen poortwachtersfunctie verworven. De controle op de beroepsuitoefening bevindt zich stevig in handen van de Orde der Geneesheren, terwijl de vrijheid in het diagnostisch en therapeutisch handelen van de individuele arts, tezamen met de andere liberale waarden van het medisch beroep, expliciet in de wet zijn verankerd. De medische beroepsuitoefening wordt door de Orde aan de hand van de deontologische

code beoordeeld. De klinische autonomie van de individuele arts wordt grotendeels gerespecteerd. Ook het bepalen van de inhoud van de medische opleidingen is overwegend een aangelegenheid van de artsen zelf. De Orde der Geneesheren beheert het artsenregister, terwijl de registratie van geneesheren-specialisten en huisartsen in handen is van speciale Kamers, die onderdeel uitmaken van de Vlaamse en Waalse Erkenningscommissies voor de beroepsopleiding. Toch is de zelfregulering van het medisch beroep niet alomvattend, omdat geen controle wordt uitgeoefend op de toegang tot het medisch beroep. Door een groeiend artsenoverschot kunnen in de jaren tachtig en negentig steeds minder artsen in hun inkomen voorzien, met als gevolg een toenemende verdeeldheid onder artsen, in het bijzonder tussen huisartsen en specialisten, die de beleidsvrijheid van de artsensyndicaten ondermijnt.

5.3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, 1970-1996

Deze paragraaf is gewijd aan het beschrijven van de globale ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbinnen normerende kwaliteitsinstrumenten voor medisch specialisten en huisartsen zijn ontwikkeld en ingevoerd. Hierbij staat de vraag centraal op welke wijze niet-medische partijen met juridische en financieersinstrumenten hebben geprobeerd het medisch handelen van artsen in een door hen gewenste richting te beïnvloeden. Vervolgens is bestudeerd in welke mate artsen zich hiertegen al dan niet succesvol hebben verzet.

In het hiernavolgende komt eerst de geleidelijk groeiende invloed van de overheid op de medische beroepsuitoefening in de periode 1970-1996 aan bod. De globale weergave van de overheidsinitiatieven dient als kader voor de nader te beschrijven ontwikkelingen aangaande specialisten (5.3.2) en huisartsen (5.3.3). In paragraaf 5.3.2 wordt beschreven hoe het overaanbod van specialisten een toenemende verwevenheid tussen de economische en klinische autonomie stimuleert. Nadat de bezuinigingsinitiatieven van de overheid, de 'responsibilisering' van de ziekenfondsen en de 'pathologiefinanciering' voor ziekenhuizen, nader zijn bestudeerd, wordt aandacht besteed aan de daardoor oplopende spanningen tussen specialisten en het ziekenhuismanagement. Afsluitend worden de pogingen tot het vergaren van medische informatie door niet-medische partijen beschreven. In paragraaf 5.3.3 komt de marginalisering van het huisartsenberoep en het uitblijven van echelonnering van de gezondheidszorg aan bod. Tenslotte wordt in paragraaf 5.3.4 de mogelijke dreiging van een juridisering van de gezondheidszorg behandeld.

5.3.1 De geleidelijk toenemende externe druk op het medisch beroep, 1970-1996.

De ontwikkelingen in de Belgische gezondheidszorg tussen 1970 en 1996, gekenmerkt door toenemende overheidsbemoeyenis, vertonen gelijkenissen met die van Groot-Brittannië en Nederland. In de jaren vijftig werd gewerkt aan de wederopbouw van het land, waarna het 'gouden' decennium van het medisch beroep aanbrak. Niet alleen steeg het aanzien van het medisch beroep, maar ook

boekten artsen grote successen in het verbeteren van hun materiële welstand. De oliecrisis deed in de jaren zeventig ook in België haar opgeld, waardoor kostenbeheersing een centraal thema in de gezondheidszorg werd. Waar Britse en Nederlandse overheden blauwdrukken presenteerden in een poging het gezondheidszorgsysteem structureel te veranderen, werd in België tussen 1970 en 1996 het gezondheidszorgstelsel geleidelijk aangepast.

Nadat de eerste pogingen in de jaren zeventig mislukten, werd vanaf 1982 het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden succesvol teruggebracht (zie volgende paragraaf). In 1985 introduceerde de overheid een budget voor de vergoedingen aan klinisch-biologen, terwijl een jaar later de nieuwe Wet op de ziekenhuisvoorzieningen werd aangenomen, die voorziet in de oprichting voor een overlegorgaan van specialisten binnen ziekenhuizen, de medische raad. De specialisten kiezen onder elkaar hun vertegenwoordigers in deze raad. Belangrijke taken zijn onder meer het namens de specialisten adviseren van en overleggen met de beheerders (managers) van hun ziekenhuizen.

Terwijl het aantal artsen onstuimig stijgt, spitsen de conflicten van de artsensyndicaten met de overheid en de ziekenfondsen zich begin jaren negentig toe, met kostenbeheersing in de zorg als voornaamste strijdpunt. Allereerst wordt de centrale rol van de ziekenfondsen in het gezondheidszorgsysteem in 1990 wederom bevestigd met de nieuwe Ziekenfondswet. In 1993 wordt de nieuwe Wet op ziekte en invaliditeitsverzekering door het parlement aangenomen, waarmee de overheid meer bevoegdheden krijgt voor het formuleren van een macrobudget voor de zorg, terwijl naast de klinische biologie, meerdere medische diensten en specialismen aan een budget worden gebonden. Vervolgens adviseert het machtigste syndicaat Wynen haar leden het akkoord met de ziekenfondsen over de tarieven niet meer te erkennen. In ruil voor enkele concessies op het financiële vlak, gaat het syndicaat Wynen akkoord met het voorstel van de christelijke ziekenfondsen om artsen voortaan te accrediteren. Dit voorstel krijgt achteraf de goedkeuring van de overheid. Het voornaamste doel van accreditatie lijkt het versterken van de al bestaande tweedeling in het (over)aanbod van artsen. Alleen artsen die een bepaald aantal patiënten behandelen komen voortaan in aanmerking voor extra vergoedingen. Het is hierbij de niet uitgesproken wens dat niet-geaccrediteerde artsen uiteindelijk hun praktijk zullen opgeven. Het jaar 1994 is in meerdere opzichten markant voor de Belgische gezondheidszorg, aangezien de overheid en de ziekenfondsen gebruik maken van hun recent verworven reguleringsbevoegdheden. Allereerst formuleert de overheid een macrobudget voor de zorgverlening. Vanaf 1994 mogen de uitgaven van het RIZIV maximaal 1.5 procent stijgen, behoudens een correctie voor inflatie.³⁸ Ten tweede bestrijdt de overheid de overconsumptie door het verhogen van de eigen bijdragen (anno 1995 wordt een vijfde van de kosten van gezondheidszorg direct door de gebruikers betaald).³⁹ Ten derde worden de ziekenfondsen, via een Koninklijk Besluit, verantwoordelijk gesteld ('geresponsibiliseerd') voor de hen toegekende middelen. Tegelijkertijd krijgen ziekenfondsen de mogelijkheid ziekenhuizen op een nieuwe manier voor hun diensten te honoreren. Via een 'pathologiefinanciering', een Belgische variant op 'Diagnosis Related Groups', worden ziekenhuizen voortaan voor de aandoening

van hun patiënten vergoed (zie volgende paragraaf). Tenslotte bereiken de spanningen tussen het syndicaat Wynen en de niet-medische partijen in 1996 een nieuw hoogtepunt, als het syndicaat Wynen wederom het akkoord met de ziekenfondsen over de tarieven opzegt. Deze keer is het ministerie van Volksgezondheid de steen des aanstoots. De minister wil artsen boven een bepaalde leeftijd het recht op beroepsuitoefening ontzeggen en normen kunnen vaststellen waarmee artsen elkaars handelen moeten gaan beoordelen.⁴⁰ Het is vervolgens de vraag of de genoemde hervormingen tot de door de overheid gewenste kostenbesparingen hebben geleid.

In 1996 maakte de voorzitter van de algemene raad van het RIZIV, niet zonder trots, bekend dat de uitgaven in 1995 voor de ziekteverzekering 6 miljard frank onder de begroting waren gebleven. Hieraan waren behalve de budgettering ook een verhoging van de 'remgelden' (eigen bijdragen) debet.⁴¹ Overigens was de groei in de kosten van de gezondheidszorg gelijk aan die van Nederland (2.9 procent) in 1994.⁴² Dit tot grote ontevredenheid van Nederlandse politici. Kennelijk worden gelijke resultaten in beide landen verschillend gewaardeerd. Na de goede resultaten van het RIZIV in 1995, lopen de kosten van de zorg in de eerste vijf maanden van 1996 weer met 19 procent op.⁴³ De hierdoor ontstane tekorten bij de ziekenfondsen worden doorberekend aan de patiënten, die in 1997 een extra eigen bijdrage zullen moeten gaan betalen van minstens 90 frank per patiënt.⁴⁴ Deze spectaculaire kostenstijging wordt door het RIZIV geweten aan de hogere uitgaven in ziekenhuizen aan geneesmiddelen (vanwege een recente erkenning van nieuwe geneesmiddelen) en artsenhonoraria (door een explosie aan kleine chirurgische ingrepen). Kennelijk hebben zowel de specialisten als de ziekenhuizen de beperkingen van de nieuwe financieringsinstrumenten ontdekt en zijn zij weer even ongrijpbaar voor de overheid en de ziekenfondsen als in de jaren tachtig. Bovendien komt het syndicaat Wynen in 1996 met de minister van Volksgezondheid overeen dat niet de minister van Volksgezondheid, maar de beroepsgroep zelf een beslissende stem krijgt in het formuleren van criteria waarmee artsen elkaars handelen in 1997 moeten gaan beoordelen. Dit laat niet onverlet dat de macht van de artsensyndicaten steeds zwaarder wordt ondermijnd door het almaar groeiende artsenverschot. In de volgende twee paragrafen worden de genoemde ontwikkelingen, voor specialisten en huisartsen afzonderlijk, nader bestudeerd.

5.3.2 Toenemende overheidsregulering voor specialisten bij een groeiend overaanbod van medisch specialistische zorg

Deze paragraaf is gewijd aan de toenemende verwevenheid tussen de klinische en economische autonomie, als gevolg van het groeiende artsenverschot en de introductie van nieuwe financieringsinstrumenten, waarmee niet-medische partijen de specialisten ertoe proberen te bewegen meer economisch doelmatig te handelen.

Het overaanbod aan medisch specialistische zorg

Het overaanbod aan medisch specialistische zorg in België laat zich goed illustreren in een vergelijking met Nederland. Vijftien miljoen Nederlanders konden in 1990 terecht bij 173 (algemene, universitaire en categorale) ziekenhuizen met 64.873 bedden.⁴⁵ In datzelfde jaar telde België op tien miljoen inwoners 374 ziekenhuizen (inclusief psychiatrische ziekenhuizen (24 procent)) met 79.304 bedden.⁴⁶ Ook de verschillende aantallen specialisten spreken boekdelen, 14.243 in België (1991)⁴⁷, tegenover ongeveer 12.000 specialisten in Nederland (1992).⁴⁸ Zodoende bevinden de Belgische specialisten zich in een aanzienlijk benardere positie dan hun Nederlandse collega's, als de respectievelijke nationale overheden zich in het kader van kostenbeheersing meer met de zorgverlening gaan bemoeien.

De competitieve ondernemerscultuur en een groeiend artsenoverschot stimuleerden de per handeling vergoede specialisten tot het opdrijven van, het liefst goed betaalde, medische handelingen. Een illustratie hiervan zijn de aanvragen voor laboratoriumbepalingen bij de klinische laboratoria, waarbij de vergoedingen veelal door de arts en de laborant worden gedeeld.⁴⁹ Terwijl in Nederland per inwoner jaarlijks 7 laboratoriumbepalingen worden verricht, zijn dat er 21 in België.⁵⁰ Voorts worden in Europa gemiddeld 308 en in België 617 pacemakers per miljoen inwoners geplaatst. Specialisten proberen ook hun marktaandeel te vergroten door zich bij te scholen in aanverwante specialismen, hetgeen de kwaliteit van de zorgverlening bedreigt. Bijvoorbeeld, doordat vele verschillende soorten specialisten mammografie-onderzoek aanbieden, beschikken velen over de noodzakelijke, maar wel veelal verouderde apparatuur. Vanwege de spreiding van de vraag naar mammografie-onderzoek, doen de meeste specialisten onvoldoende klinische ervaring op.⁵¹ De spreiding van de vraag naar bepaalde medische behandelingen wordt ook gestimuleerd door de ziekenhuizen zelf, die zich moeten onderscheiden in een sterk competitieve markt. Om die reden nam bijvoorbeeld de invoering van CT- en MRI-scanners vanaf 1986 een grote vlucht.⁵²

Deze problemen kunnen worden opgelost door het aantal specialisten en ziekenhuizen te beperken. Over een beperking van het aantal specialisten werd tussen de partijen in de gezondheidszorg vooralsnog geen overeenstemming bereikt (zie paragraaf 5.2.3). In 1991 naderde het aantal geregistreerde specialisten (14.243) het aantal huisartsen (14.576).⁵³ Hoewel het reële inkomen van specialisten alleen al tussen 1975 en 1985 met maar liefst 40 procent daalde,⁵⁴ verdienden specialisten in 1990 wel gemiddeld twee keer zoveel als een huisarts.⁵⁵ Niet verbazingwekkend kiest 70 procent van de jaarlijks 1150 afgestudeerde artsen voor specialisatie.⁵⁶ Als het overaanbod van specialisten niet door de beroepsgroep kan worden beheerst, dient de overheid andere wegen te bewandelen om de kosten van de dure specialistische zorg te beteugelen.

De inkrimping van het ziekenhuisaanbod en budgettering van medische diensten

Vanaf het begin van de jaren zeventig probeerde de overheid haar greep op de intramurale zorgverlening te verstevigen. De overheidsinitiatieven concen-

treerden zich enerzijds op de beperking van het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden en anderzijds op het ontwikkelen van nieuwe financieringsinstrumenten voor ziekenhuizen en specialisten.

De intramurale zorgverlening werd in 1963 voor het eerst gereguleerd met een wet die expliciet betrekking had op het ziekenhuiswezen. Met de ziekenhuiswet van de christen-democraat Custers werd de erkenning van ziekenhuizen losgekoppeld van de wet op de ziekteverzekering van de socialist Leberton. Het doel van de ziekenhuiswet was onder meer het bewerkstelligen van een kwaliteitsverbetering door normering en erkenningscriteria, het totstandbrengen van een ziekenhuisplanning en het garanderen van kosteloze opnames in een gemeenschappelijke ziekenhuiskamer, waarmee met name de leefbaarheid van de private (christelijke) ziekenhuizen diende te worden gewaarborgd. De toenmalige erkenningsnormen hadden overwegend betrekking op de algemene inrichting van ziekenhuizen en de minimum vereisten betreffende technische uitrusting en medisch, paramedisch en verplegend personeel. Via de erkenning kon evenwel geen invloed worden uitgeoefend op de kwaliteit van het zorgproces zelf, terwijl een inspectie (door de geneeskundige inspectie, een onafhankelijk orgaan dat door de overheid wordt gefinancierd) begin jaren tachtig eens in de vijf of zes jaar plaats vond.⁵⁷ Verder kreeg ieder ziekenhuis een 'normale' verpleegdagprijs. Uiteindelijk bleek de ziekenhuiswet uit 1963 vooral een matig geslaagde financieringswet. Ziekenhuizen deden namelijk steeds succesvoller beroep op artikel 9 (bijzondere en uitzonderlijke redenen) om een verhoging van de verpleegprijs te bedingen.⁵⁸ Zodoende verkreeg de overheid met de ziekenhuiswet uit 1963 weinig greep op het zorgaanbod van ziekenhuizen.⁵⁹

In 1973 probeerde de overheid via imperatieve (incrementele) programmatie het ziekenhuisaanbod te herstructureren. Via programmering en beperking van het ziekenhuisaanbod hoopte men de kosten voor de ziekenhuiszorg te reduceren. De ziekenhuizen werden verplicht tot informatieverstrekking over hun zorgaanbod aan het ministerie van Volksgezondheid. Geheel in lijn met de ziekenhuiswet kende ook de imperatieve programmatie een uitzonderingsregel, waarvan ziekenhuizen zeer succesvol gebruik maakten. Het gevolg was een explosieve groei van de ziekenhuiszorg. Tussen 1971 en 1982 nam het aantal ziekenhuisbedden bijvoorbeeld met 30 procent toe.⁶⁰ Vanaf 1982 budgetteerde de overheid het aantal ziekenhuisbedden en verpleegdagen. Zo werd jaarlijks een maximaal quotum van verpleegdagen gekoppeld aan het totaal aantal erkende ziekenhuisbedden. Tegelijkertijd maakte de overheid een begin met de verplichte omvorming van verschillende ziekenhuizen tot onder meer verpleeghuizen en alternatieve voorzieningen in de psychiatrische sector.⁶¹ In 1990 waren het aantal bedden en ziekenhuizen teruggedrongen tot respectievelijk 79.304 en 374,⁶² waarmee ten opzichte van 1980 een beddenreductie van ruim 13 procent werd bewerkstelligd.⁶³ Voorts heeft de rem op het groeiende aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden ertoe bijgedragen dat steeds meer specialisten (25 procent in 1995) geheel buiten het ziekenhuis emplooi zoeken.

Maar niet alleen ziekenhuizen werden strikter gereguleerd, ook aan de uitgaven voor bepaalde medische diensten, zoals die voor de klinische biologie⁽⁴⁾ en radiologie, stelde de overheid in het midden van de jaren tachtig paal en perk. Tot die tijd werden laboratoriumbepalingen per verrichting vergoed. Deze vergoedingen werden door de laboranten veelal gedeeld met de aanvragende specialisten en huisartsen. Nonneman en Van Doorslaer stelden vast dat enige controle op het aanvragen van laboratoriumbepalingen door artsen, behoudens die van de Orde der Geneesheren (in theorie), ontbrak.⁶⁴ Dankzij de technologische vooruitgang kwamen vele nieuwe tests op de markt en konden door de automatisering kleine goedkope verrichtingen gemakkelijker worden gedeclareerd. Klinisch biologen, huisartsen en specialisten maakten van deze mogelijkheden frivool gebruik om hun revenuen aanzienlijk te verhogen, terwijl ook de ziekenhuizen hun laboratoria gebruikten om inkomsten te maximaliseren. In 1985 greep de overheid in door een nationaal budget vast te stellen voor de vergoedingen per verrichting van laboratoriumbepalingen, met het dreigement dat een overschrijding van dit budget zou worden gecompenseerd met tariefverlagingen. Uit angst voor lagere vergoedingen voor laboratorium-onderzoeken reageerden de specialisten en huisartsen met een explosie van aanvragen, waarop de overheid in 1988 de tarieven met 30 procent reduceerde. Een jaar later werd een gefixeerd budget voor laboratoriumbepalingen in de ziekenhuizen afgekondigd, waarbij de betalingen per verrichting werden vervangen door een vaste dagprijs, plus een éénmalig bedrag voor elke nieuwe patiënt. In 1992 werden de tarieven niet alleen wederom gereduceerd, maar werd er ook een meer globaal en degressief tariefstelsel geïntroduceerd voor laboratoriumbepalingen ten behoeve van patiënten buiten het ziekenhuis (hetgeen huisartsen moet stimuleren minder bepalingen aan te vragen). Het succes van deze budgetteringsmaatregel werd met de 'programma-wetten' van 1991 en 1992 uitgebreid tot de radiologie, farmacie en ziekenhuiszorg. Vervolgens kregen de werknemers, werkgevers en de overheid met een in 1993 door het parlement geloodste nieuwe Wet voor de ziekte en invaliditeitsverzekering, het recht een macrobudget voor de gezondheidszorg vast te stellen. Hoewel de artsensyndicaten en de ziekenfondsen in de verbintenissencommissie van het RIZIV evenredig vertegenwoordigd bleven, kreeg de minister van Sociale Zaken het recht in deze commissie te interveniëren als de artsensyndicaten en de ziekenfondsen geen overeenstemming bereiken over de verdeling van de budgetten, die in het vervolg per specialisme zouden moeten worden vastgesteld. Tegen deze voorstellen en wetswijzigingen kwam het syndicaat Wynen in opstand. Wynen adviseerde de artsen in 1993 geen overeenkomst te tekenen volgens de nieuwe regels. Meer dan 50% van de artsen gaf aan deze oproep gehoor, waardoor voor het eerst sinds 1964 geen overeenkomst werd getekend over de verrichtingstarieven.⁶⁵ Wanneer er geen overeenkomst wordt getekend heeft de minister van Sociale Zaken de bevoegdheid zelf de tarieven vast te stellen en zijn de artsen vrij deze tarieven aan hun patiënten te berekenen. Het RIZIV vergoedt de patiënt alleen het door de minister vastgestelde tarief, zodat

⁽⁴⁾ Vlaams voor laboratoriumtesten.

de meerkosten van een medische behandeling de patiënt ten laste komen. Echter, vanwege het artsenoverschot en de daardoor sterke onderlinge concurrentie, werden de door de minister vastgestelde tarieven overwegend door de artsen gevolgd. In december 1993 kwam de overheid het medisch beroep enigszins tegemoet. Naast het macrobudget werden alleen de vier genoemde specifieke budgetten gehandhaafd.

Resumerend, door het (in 1982) budgetteren van ziekenhuisbedden en verpleegdagen slaagde de overheid er steeds beter in het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden terug te dringen. Verder nam het formuleren van een macrobudget aan belang toe, terwijl ook diverse medische diensten succesvol werden gebudgetteerd. Het primaat van het 'marktdenken' in de jaren tachtig gaat, net als in Groot-Brittannië en Nederland, ook de Belgische gezondheidszorg niet voorbij. In het begin van de jaren negentig kiest de overheid ervoor meer reguleringstaken te delegeren aan de ziekenfondsen, door hen meer verantwoordelijk te stellen voor hun uitgaven aan de zorgverlening. Hoe dit in zijn werk is gegaan komt aan bod in de volgende paragraaf.

'Responsibilisering' van ziekenfondsen en 'pathologiefinanciering' voor ziekenhuizen

Voor een betere kostenbeheersing in de gezondheidszorg heeft de overheid de wens van (christelijke) ziekenfondsen gehonoreerd henzelf meer verantwoordelijk te stellen (te 'responsibiliseren') voor de hen toegekende middelen. Dit heeft de ziekenfondsen op hun beurt gestimuleerd de vergoedingen aan de ziekenhuizen beter te controleren door de invoering van een nieuw financieringsinstrument, 'pathologiefinanciering' genoemd. In plaats van een gebudgetteerde verpleegdagprijs, worden ziekenhuizen voortaan voor het ziektebeeld van de door hen opgenomen patiënten vergoed. Door deze nieuwe financieringsinstrumenten proberen ziekenhuismanagers (beheerders) weer het medisch handelen van de specialisten te beïnvloeden, om de ziekenhuisinkomsten te maximaliseren. In het hiernavolgende worden de 'responsibilisering' en de 'pathologiefinanciering' kort besproken, voor zover de niet-medische partijen succesvol het medisch handelen van artsen weten te beïnvloeden.

Met het Koninklijk Besluit van juli 1994 kunnen de ziekenfondsen verantwoordelijk worden gesteld voor de hen toegekende middelen. Eventuele tekorten van een ziekenfonds zullen niet meer automatisch door de overheid worden gecompenseerd. Om de ziekenfondsen hun financiële verantwoordelijkheid te laten uitvoeren, dient de middelenverdeling over de verschillende ziekenfondsen te worden gebaseerd op de gezondheidsrisico's van hun leden. Echter, juist het vergaren van informatie over zowel de gezondheidsrisico's van individuele patiënten als het zorgaanbod verloopt moeizaam.

Bij het definiëren van de criteria voor de toe te wijzen financiële middelen doen zich grote problemen voor. Verschillen in het zorggebruik tussen Vlaanderen en Wallonië (Het grote gespecialiseerde zorgaanbod in Wallonië heeft aldaar geleid tot een duurder gebruikerspatroon.) liggen politiek zeer gevoelig. Kesenne, een

van de directeuren van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten vat dit probleem als volgt samen: 'De grootste hinderpaal bij de uitvoering van de individuele financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen in België is niet van rationele of praktische, maar van politiek-ideologische aard. De verplichte ziekteverzekering wordt hier namelijk uitgevoerd door vijf ziekenfondsen, die hun wortels hebben in het ontstaan en groei van bepaalde sociale bewegingen. Deze ziekenfondsen hebben door hun historische ontwikkeling een ledenbestand opgebouwd met specifieke risicokenmerken, waarvan het relatieve gewicht in het noorden (Vlaanderen) of het zuiden (Wallonië) van het land niet het minst belangrijke is. De uitvoering van de individuele financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen in België betekent zoveel als tornen aan de taakkundige en ideologische breuklijnen in de Belgische samenleving.'⁶⁶ Om deze redenen zijn de ziekenfondsen vooralsnog verantwoordelijk gesteld voor slechts 1.5 procent van hun uitgaven.⁶⁷

Begin 1994 kregen de ziekenfondsen de mogelijkheid ziekenhuizen op een nieuwe manier te vergoeden voor de geboden diensten, dankzij de in 1993 door het parlement aangenomen Wet op ziekte en invaliditeitsverzekering.⁶⁸ Volgens de oude budgetteringsmethode werden de verpleeg- en ziekenhuizen voor hun diensten vergoed op basis van historische gegevens van patiënten en het door de overheid erkende aantal bedden. Het probleem bij deze vorm van financiering was dat ziekenhuizen werden gestimuleerd patiënten langer dan noodzakelijk 'in huis te houden'. Begin 1994 werd een variant van de 'Diagnosis Related Groups' (DRG's) geïntroduceerd onder de naam 'pathologiefinanciering'. Op basis van een ziektebeeld worden vooraf de te verwachten kosten berekend, die dienen als maatstaf voor vergoedingen aan de zorginstellingen. Bij het onderbrengen van patiënten in pathologiegroepen wordt gebruik gemaakt van de gegevens van de Minimale Klinische Gegevens (MKG), waarbij rekening wordt gehouden met de hoofddiagnosegroepen, nevend diagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht, overlijden van de patiënt en de aard van ontslag. Voor elke pathologiegroep wordt een nationaal gemiddelde verblijfsduur berekend, die wordt beschouwd als de normale verblijfsduur.⁶⁹ Met de 'pathologiefinanciering' hoopte men ziekenhuizen te stimuleren patiënten niet langer dan strikt noodzakelijk een bed te verschaffen.

Een nadeel van dit in de Verenigde Staten ontwikkelde financieringsinstrument betreft de zogenoemde 'DRG-creep'. Dat wil zeggen dat de ziekenhuizen er voordeel bij hebben als artsen bij twijfel patiënten voor die ziektebeelden diagnostiseren welke de hoogste vergoeding opleveren.⁷⁰ In België is er dan ook sprake van een 'pathologie-creep'. Patiënten met bijvoorbeeld een hartinfarct werden soms na drie dagen al administratief ontslagen, om hen vervolgens met een nieuwe diagnose weer op te nemen. In 1994 moest ongeveer 17 procent van de patiënten die een ingreep in de mondstreek ondergingen (met name bij het trekken van 'wijsheidstanden') 'gereanimeerd' worden, hetgeen de uitvoerende specialisten tussen de 20 en 30 miljoen frank extra kan opleveren. Helemaal bont maakte een ziekenhuis het dat beweerde dat binnen één week negentien hartcatherisaties waren uitgevoerd op één en dezelfde patiënt. Ook bleken er ziekenhuizen te zijn die 32 dagen in de maand nierdialyses uitvoer-

den.⁷¹ Voorts heeft de 'pathologiefinanciering' het ziekenhuismanagement gestimuleerd het medisch handelen (en daarmee het inkomen) van specialisten meer te beïnvloeden.⁷² Aangezien zowel lege bedden als teveel medisch handelen (ten opzichte van de per ziektebeeld verkregen vergoeding) financieel worden bestraft, oefent het ziekenhuismanagement druk uit op de specialisten om het budgettair gewenste aantal patiënten te behandelen en ingrepen te verrichten. Vele conflicten tussen specialisten en ziekenhuismanagement zijn hiervan het gevolg.⁷³ Waterbley, een adjunct-algemeen directeur van een ziekenhuis uit Roeselare, noemt meer oorzaken voor de problemen bij de 'pathologiefinanciering'. Hij spreekt liever van kinderziekten, aangezien artsen en ziekenhuispersoneel nog geen ervaring hebben met de registratie van ziekten volgens de definitie van aandoeningen in de 'pathologiefinanciering'. Voorts zou het ontbreken aan een goede interne kwaliteitscontrole, terwijl de externe kwaliteitscontrole (het a-select naar enkele ziekenhuizen sturen van één arts en één verpleegkundige) nog niet veel voorstelt.⁷⁴ Aldoende hoeven de ziekenhuizen geen hoge barrières te overwinnen bij het 'creatief' registreren (en declareren) van ziekteverschijnselen.

Verder worden ziekenhuizen door de 'pathologiefinanciering' ontmoedigd patiënten uit zwakke milieus van een bed te voorzien. Deze patiënten zijn gemiddeld ongezonder en beschikken over een minder goed ontwikkelde mantelzorg, waardoor zij in vergelijking met patiënten uit betere milieus langer in het ziekenhuis verblijven, zonder dat de ziekenhuizen daarvoor extra worden gehonoreerd. Bronnen uit zowel het medisch beroep als het ziekenhuismanagement melden dat het hier niet gaat om geïsoleerde gevallen.⁷⁵

Het manipuleren met patiëntgegevens is mogelijk omdat de zorginstellingen louter verplicht zijn de opname- en ontslagdatum aan het ministerie te melden en niet de naam van de patiënt. Vooralsnog heeft de federale minister van Sociale Zaken het probleem opgelost door voortaan opnamen van een patiënt in hetzelfde jaar als een geheel te beschouwen. Daarnaast dienen patiënten vanaf 1997 voor een ziekenhuisopname enige vragen over hun sociale achtergrond te beantwoorden, zodat ziekenhuizen met veel patiënten uit zwakkere milieus extra kunnen worden vergoed.⁷⁶ Een mogelijke oplossing, het toevoegen van de naam van de patiënt op informatieformulieren, werd succesvol gedwarsboomd door het syndicaat Wynen (hierop wordt in de paragraaf over minimale en andere klinische gegevens nader ingegaan).

Resumerend: de 'responsibilisering' van ziekenfondsen en de 'pathologiefinanciering' voor ziekenhuizen hebben enerzijds de relatie tussen het ziekenhuismanagement en de specialisten onder spanning gezet en anderzijds de behoefte aan medische informatie bij niet-medische partijen gevoed. Deze twee laatste ontwikkelingen (spanningen tussen specialisten en het ziekenhuismanagement, alsmede informatiebehoefte) laten de vrije beroepsuitoefening van de medisch specialist niet ongemoeid en worden achtereenvolgens in de twee hiernavolgende paragrafen besproken.

Oplopende spanningen tussen het ziekenhuismanagement en specialisten

Zolang de ziekenhuiszorg royaal werd gefinancierd, hadden de specialisten en managers eenzelfde doel, namelijk de vergroting van het zorgaanbod. Naarmate de overheid in de jaren tachtig haar financiële greep op de ziekenhuizen verstevigde, stegen de spanningen tussen specialisten en ziekenhuismanagers. Deze spanningen dienden binnen een aangepaste ziekenhuisorganisatie enigszins te worden gekanaliseerd.

Specialisten combineren hun privé-praktijk aan huis vaak met één of meer praktijken in ziekenhuizen, poliklinieken of medische centra. De relatie tussen een specialist en een instelling kan variëren van loondienst tot (meestal) zelfstandig ondernemerschap. De mate waarin een specialist zich onafhankelijk van het ziekenhuismanagement kan opstellen verschilt per arts en medische discipline, waarbij het belang (status) van de arts (voor het ziekenhuis) en de noodzaak tot het huren (of aankopen) van faciliteiten van het ziekenhuis de belangrijkste parameters zijn. Maar het ziekenhuismanagement opereert ook vrij onafhankelijk van zowel de specialisten als de overheid (de ziekenhuiswet van 1963 bood de overheid een gebrekkig instrumentarium voor controle).⁷⁷

Een organisatiestructuur binnen ziekenhuizen om de toenemende conflicten tussen de te onderscheiden partijen in de jaren tachtig te reguleren ontbrak.⁷⁸ Met de Wet op de ziekenhuisvoorzieningen uit 1987 werd gepoogd de relatie tussen het ziekenhuismanagement en de specialisten meer te formaliseren. Deze wet voorzag in een verplicht permanent overlegorgaan van medisch specialisten, de medische raad. Specialisten worden democratisch door hun collega's als vertegenwoordigers in de raad gekozen.⁷⁹ De medische raad dient vervolgens met de ziekenhuisdirectie te overleggen over het te volgen ziekenhuisbeleid op strategisch niveau.⁸⁰ De macht, invloed en werking van de medische raden verschilt sterk per ziekenhuis. Rutsaert, van het artsensyndicaat De Brabanter, stelt bijvoorbeeld dat veel specialisten zich voor de raad kandidaat stellen om hun eigen (financiële) belangen te kunnen verdedigen.⁸¹ Maar specialisten beschuldigen ziekenhuisdirecties van het ondoelmatig gebruik van middelen. De directies zouden zichzelf toelagen toekennen en impopulaire beslissingen vermijden, zoals het ontslaan van overtollig niet-medisch personeel. Waar ziekenhuismanagers klagen over gebrek aan invloed op specialisten, wensen specialisten meer invloed op het ziekenhuismanagement.

De strijd om de macht in het ziekenhuis lijkt hiermee anno 1994 een aanvang te nemen. Door de grote onderlinge concurrentie tussen specialisten was de informatie over het medisch handelen al een strategisch goed. De genoemde ontwikkelingen doen deze informatie voor specialisten nog meer in waarde stijgen. Dit stelt de medewerking van specialisten aan een meer transparante kwaliteitszorg ter discussie, hetgeen kan worden geïllustreerd door de pogingen tot informatieverzameling over het medisch handelen van de overheid en de ziekenfondsen nader te belichten.

Minimale en andere klinische gegevens

In de jaren negentig zijn de ziekenfondsen en de overheid onafhankelijk van elkaar gestart, gebruik makend van de voortschrijdende informatietechnologie, met de registratie van medische gegevens. De ziekenfondsen verzamelen data onder de titel Minimale Financiële Gegevens (MFG).⁸² Daarnaast heeft het ministerie van Volksgezondheid zijn eigen informatiesysteem ontwikkeld, de Minimale Klinische Gegevens (MKG). De ziekenfondsen geven in de benaming van hun project aan waar het om gaat en beoordelen het project van de overheid in diezelfde termen. Hermesse en Van den Oever, bestuurders van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, waarden MKG niet alleen als 'kwaliteitsparameter', maar ook als financieringsinstrument.⁸³ Dit maakt een aan de MKG meewerkende arts een dief van zijn eigen portemonnaie. Het syndicaat Wynen en de Orde der Geneesheren roken onraad en dienden gezamenlijk een verzoek in bij de Raad van State, om het KB van 21 juni 1990 'houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft' onwettig te verklaren. Hierbij konden zij een beroep doen op de Wet Verwerking van Persoonsgegevens (WVP), die op 8 december 1992 in werking is getreden. Deze kaderwet dient onder meer de privacy van patiënten te waarborgen bij de geautomatiseerde verwerking van medische gegevens.⁸⁴ Beide artsenorganisaties stelden dat MKG het waarborgen van de anonimiteit van patiënten geweld aan deed. De Raad van State was van mening dat de absolute anonimiteit met MKG niet kon worden gewaarborgd en vernietigde het KB door het arrest van 10 december 1993.⁸⁵ Hiermee kunnen ook declaraties aangaande de 'pathologiefinanciering' alleen op opname- en ontslagdatum, maar niet op de naam van de patiënt, worden gecontroleerd. Aldoende geven de MFG en de MKG een zeer beperkt beeld van het medisch handelen, zodat de niet-medische partijen hiermee de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening maar zeer beperkt kunnen controleren.

Resumerend, vanaf 1982 heeft een striktere budgettering van het aantal ziekenhuisbedden en de te vergoeden verpleegdagen, ertoe geleid dat steeds meer specialisten noodgedwongen geheel buiten het ziekenhuis emplooi zoeken. In de jaren negentig poogt de overheid met wisselend succes haar greep op het macrobudget van zorg te verstevigen. Voorts delegeert de overheid belangrijke reguleringstaken aan de ziekenfondsen door hen zelf meer verantwoordelijkheid te geven (te 'responsibiliseren') voor hun uitgaven aan de zorgverlening. De introductie van instrumenten, zoals de pathologiefinanciering voor ziekenhuizen', heeft spanningen opgeroepen tussen managers en specialisten binnen het ziekenhuis. Of de strijd om de macht in het ziekenhuis hierdoor echt is ontbrand, valt moeilijk te zeggen. Na de aanvankelijk in 1995 bewerkstelligde besparingen, lopen de kosten van de zorg anno 1996 namelijk weer dramatisch op. Kennelijk hebben de aanbieders van zorg (specialisten en ziekenhuizen) de beperkingen van de nieuwe financieringsinstrumenten verkend, en weten zij de geldstromen weer in een door hen gewenste richting om te buigen. Aldoende heeft meer overheidsregulering (al dan niet gedelegeerd aan de ziekenfondsen) wel geleid tot beïnvloeding van, maar niet tot controle op, het medisch handelen van

specialisten. Enige zicht- en meetbare informatie over het medisch handelen is immers nog niet voorhanden. Dit komt enerzijds omdat de specialisten en hun syndicaten er niet aan willen meewerken, terwijl anderzijds de niet-medische partijen uiteindelijk niet veel druk op de specialisten uitoefenen. Immers, het zichtbaar maken van verschillen in het zorggebruik tussen Vlaanderen en Wallonië ligt politiek uitermate gevoelig. Dit laat niet onverlet dat de klinische autonomie van de specialist wordt beperkt tot het frustreren van meer overheidsregulering, terwijl de toenemende onderlinge concurrentie specialisten steeds meer stimuleert die handelingen te verrichten welke het beste worden vergoed.

5.3.3 De marginalisering van het huisartsenberoep en het uitblijven van echelonnering

In deze paragraaf wordt de positie van de huisarts in de jaren tachtig en negentig omschreven, met als doel inzicht te verwerven in de omstandigheden waarbinnen huisartsen normerende kwaliteitsinstrumenten zouden kunnen ontwikkelen en invoeren. Twee thema's staan hierbij centraal, de marginalisering van het huisartsenberoep en het uitblijven van echelonnering in de zorgverlening.

De Gentse hoogleraar huisartsgeneeskunde, De Smet, concludeerde in 1983, 'De Belgische gezondheidszorg is ziek'.⁸⁶ Terwijl Nederlandse en Britse huisartsen in de jaren zestig en zeventig een visie op de huisartsgeneeskunde ontwikkelden en een eigen beroepsopleiding bewerkstelligden, verwerden vooral jonge Belgische huisartsen tot de artsenreserve van het gezondheidszorgsysteem. Het aantal inwoners per huisarts daalde van 1011 in 1975 naar 687 in 1990.⁸⁷ Nederland telt in 1994 op 15 miljoen inwoners 6.753 huisartsen⁸⁸, terwijl 10 miljoen Belgen in 1991 een beroep kunnen doen op niet minder dan 14.576 huisartsen.⁸⁹ Onder deze moordende concurrentie ondervindt de huisarts vrijwel geheel geen bescherming. Een vestigingsbeleid en -wet voor de overwegend solo-werkende huisartsen ontbreekt. Sinds de jaren tachtig doen steeds meer specialisten, door bezuinigingen in de ziekenhuissector, de huisartsen concurrentie aan. Ook artsen die in ambtelijke functies bij de overheid of de ziekenfondsen werkzaam zijn, klussen in de avonduren nog wat bij als huisarts. In de jaren negentig behoren Belgische huisartsen tot de slechtst verdienende huisartsen in Europa, zonder veel uitzicht op verbetering.⁹⁰

Jonge huisartsen proberen financieel het hoofd boven water te houden door nachtdiensten in het ziekenhuis of weekenddiensten te lopen, of door werkzaamheden te verrichten als controlerend geneesheer.⁹¹ Voorts leggen huisartsen in vergelijking met Britse en Nederlandse huisartsen enorm veel huisbezoeken af.⁹² Ondanks deze klantvriendelijkheid is de trouw van patiënten (die zich niet verplicht bij één huisarts behoeven in te schrijven) aan hun huisarts niet groot.⁹³ Door de toenemende concurrentie zijn huisartsen steeds meer bereid tegen de eigen klinische opinie in, aan de eisen van de patiënt tegemoet te komen.⁹⁴ Zo zijn er huisartsen die overschakelen op homeopathie, ook als ze er zelf niet in geloven. Voor sommigen, zoals de huisarts die toverbakstenen in de

muur had laten metselen om aardstralen tegen te houden, is de (financiële) nood kennelijk heel erg hoog.⁹⁵

Het geringe werkvolume van de huisarts bedreigt de kwaliteit van de huisartsenzorgverlening. Huisartsen met kleine praktijken die daarbij weinig nacht- of weekenddiensten draaien, doen onvoldoende klinische ervaring op met ernstige ziektebeelden. Een kwart van de 10.000 nageschoolde huisartsen ziet minder dan 7 patiënten per dag; 12 procent ziet 3 tot 4 patiënten per dag en 6 procent ziet amper 1 patiënt per dag.⁹⁶ Deze laatste categorie betreft mogelijk geneesheren-ambtenaren die in de avonduren nog wat bijklussen. Het mag geen verbazing wekken dat onder deze omstandigheden sprake is van een aanzienlijke inter-doktervariatie onder huisartsen.⁹⁷

De neergaande spiraal in de huisartsenzorgverlening kan onder meer worden doorbroken door het verwerven van een poortwachtersfunctie, via de echelonnering van het gezondheidszorgsysteem. Dit wil zeggen dat een patiënt eerst de huisarts bezoekt, alvorens eventueel te worden doorverwezen naar een specialist. Deze echelonnering kan worden vormgegeven door de verplichte inschrijving van de patiënt bij één huisarts, terwijl de communicatie over de patiënt tussen specialist en huisarts dient te worden gefaciliteerd met de verplichte invoering van een centraal medisch dossier. Hierover dienen behalve de politieke partijen, ook de huisartsen en specialisten zelf overeenstemming te bereiken.

Na de Tweede Wereldoorlog hebben zowel de overheid als de huisartsen verschillende voorstellen gedaan om te komen tot een echelonnering van de gezondheidszorg.⁹⁸ Twee jaar na de publicatie van de Structuurnota in Nederland, beschouwde de Koninklijk Commissaris Petit in 1976 echelonnering van de gezondheidszorg als noodzakelijk.⁹⁹ In 1978 onderschreef de Belgische regering de verklaring van Alma Ata, waarin de Wereld Gezondheidszorgorganisatie een centrale rol voor de eerstelijnszorg benadrukte. Een senator stelde daarop voor de daad bij woord te voegen, maar de minister wenste de confrontatie met de gevestigde belangengroepen in de gezondheidszorg te vermijden. In 1982 stond de toenmalige minister voor Sociale Zaken, Dehaene, op de bres voor de echelonnering van de gezondheidszorg. Tot 1985 werd aan deze plannen nog enige lippendienst bewezen, waarna ook de retoriek achterwege bleef.¹⁰⁰

Echelonnering kreeg in 1990 een nieuwe impuls toen de federale minister van Sociale Zaken, Busquin, de zorgverlening wilde herstructureren. In een drietal voorstellen werd verkondigd dat: de patiënt die zich bij een vaste huisarts zou laten inschrijven minder remgeld behoefde te betalen; de huisarts een medisch dossier diende bij te houden; en dat een aanzet tot echelonnering van de gezondheidszorg zou worden gegeven. Dit experiment stierf een vroege dood. Het syndicaat Wynen verkondigde bij monde van haar Vlaamse voorman, de huisarts Malfiet, dat het medisch dossier de privacy en de anonimiteit van de patiënt zou schaden om vervolgens het dossier in verband te brengen met het gevaar voor een nieuwe Holocaust.¹⁰¹ De ziekenfondsen verkondigden tenslotte dat het technisch onmogelijk was een vermindering van het remgeld in rekening te brengen.

Desalniettemin wilde het ministerie van Sociale Zaken in 1993 patiënten opnieuw stimuleren zich te laten inschrijven bij één huisarts (hetgeen kan

worden gezien als een opstapje naar echelonnering), door hen minder remgeld te laten betalen. Echter, de inkt was nog niet droog of de remgelden voor de bij ziekenfondsen te declareren rekeningen van de huisarts werden per 1 januari 1994 verhoogd van 25 naar 33 procent.¹⁰² Waarom wilde het ook deze keer niet lukken? De echelonnering van de gezondheidszorg werd getorpedeerd door het syndicaat Wynen. Het door Brusselse specialisten gedomineerde syndicaat Wynen zag echelonnering als strijdig met de eigen financiële belangen. Echelonnering is voor Wynen alleen te accepteren als een numerus fixus voor de basisopleiding wordt ingesteld,¹⁰³ waartegen onder meer de medische faculteiten zich verzetten.

Anno 1996 blijft de minister van Sociale Zaken, De Galan, het versterken van de eerstelijns en de positie daarin van huisartsen als een belangrijke doelstelling van haar beleid zien. Wel zal de echelonnering nog even op zich doen wachten, aangezien voor succesvolle invoering eerst een mentaliteitsverandering onder alle betrokkenen moet plaatsvinden. Een werkgroep van artsen en ziekenfondsen moet voorstellen formuleren om de relatie tussen huisartsen en specialisten te verbeteren. Komen beide partijen er niet, uit dan zal de regering zelf optreden.¹⁰⁴ Uiteindelijk gaan de artsensyndicaten in oktober 1996 akkoord met de invoering van een door huisartsen bij te houden 'globaal medisch dossier'. Het bijhouden van dit dossier is niet verplicht, maar wanneer de huisarts en zijn patiënt hiertoe besluiten, dient iedere specialist dit dossier te respecteren.¹⁰⁵ De weerstand tegen echelonnering komt volgens een recent onderzoek met name van zowel Vlaamse als Waalse specialisten. Vlaamse en Waalse huisartsen zijn overwegend eensgezind over de invoering van echelonnering. Maar voor de verplichte inschrijving van de patiënt bij één huisarts, een belangrijke voorwaarde voor echelonnering, is onder (alle) artsen geen meerderheid te vinden.¹⁰⁶ Dit maakt, tezamen met de bestaande machtsverhoudingen tussen specialisten en huisartsen, het bewerkstelligen van echelonnering op korte termijn onwaarschijnlijk.

Resumerend, er wordt meer voor dan door huisartsen over hun positie in de gezondheidszorg beslist. Linguïstische, ideologische en politieke tegenstellingen frustreerden vooralsnog, tezamen met de weerstanden van specialisten (in het syndicaat Wynen) de bewerkstelling van echelonnering. Hierdoor blijven de huisartsen verstoken van enige bescherming tegen de concurrentie van specialisten in de eerstelijns. Voorts brengt het zoeken naar oplossingen voor het huisartsenoverschot dusdanige spanningen met zich mee, dat het onwaarschijnlijk lijkt dat huisartsen onbevangen zullen meewerken aan het verwezenlijken van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg door het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten.

5.3.4 De juridisering van de Belgische gezondheidszorg

De juridisering - een toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties¹⁰⁷ - van de Belgische gezondheidszorg is de afgelopen decennia geen heet hangijzer geweest. Hier zijn een aantal oorzaken voor aan te wijzen. Allereerst maakt de wettelijke vastlegging van de diagnostische en therapeu-

tische handelingsvrijheid van de arts de weg naar de burgerrechter voor klagers minder profijtelijk. Ten tweede is de wetgeving ten aanzien van bijvoorbeeld klachtrecht of (medische) aansprakelijkheid marginaal ontwikkeld, terwijl plannen voor het formuleren van nieuwe wetgeving ontbreken. Tenslotte komen belangrijke irritaties van patiënten over de zorgverlening in België niet of weinig voor. Er heerst in de Belgische samenleving overwegend tevredenheid over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de bejegening van patiënten door hun artsen (zie paragraaf 5.4). Hiertegenover staat dat naarmate de overheid er beter in slaagt de kosten van de zorg te beheersen, alle betrokkenen het moeten doen met minder middelen, waardoor de kans op onderlinge geschillen toeneemt. Voorts hebben de ziekenfondsen in 1990 het recht verworven artsen voor de rechter te brengen wanneer deze patiënten financieel overvragen.¹⁰⁸ In het hieronderstaande wordt eerst kort de bestaande wetgeving besproken, om vervolgens aandacht te besteden aan fragmentarische aanwijzingen dat de burgerrechter meer uitspraken doet over geschillen in de gezondheidszorg, met artsen in de beklagenbank.

Een omvattende wettelijke regeling voor de rechten en plichten van arts en patiënt ontbreekt. De medische handelingsvrijheid van de arts is vastgelegd in de Wet Uitoefening Geneeskunst (ofwel het Koninklijk Besluit no. 78, 10 november 1967). Verder bestaan er enkele wetten die zijdelings betrekking hebben op de beroepsuitoefening van artsen, zoals de Wet dringende medische hulpverlening (1964)¹⁰⁹ en de Wet Verwerking van Persoonsgegevens (1992). Voorts is de aansprakelijkheid van de arts niet via specifieke wettelijke bepalingen geregeld. Wel hebben enkele eeuwenoude 'gemeenrechtelijke' bepalingen betrekking op het mogelijk aansprakelijk stellen van de arts voor een medische fout. Maar de jurist Nys benadrukt: '...dat een arts zich ten opzichte van de patiënt niet ertoe verbindt de patiënt te genezen, maar wel die inspanning te doen die een normaal zorgvuldig arts die hetzelfde specialisme beoefent zou doen teneinde die genezing te bekomen. De arts verplicht zich niet tot een resultaat maar tot een inspanning.'¹¹⁰

Over het aantal civiele rechtszaken tegen artsen is weinig bekend. Wel bekend is dat de meeste civiele procedures tegen specialisten worden aangespannen. Voor de jaren tachtig vond de jurist Nys maar één gepubliceerde burgerrechtelijke uitspraak tegen een huisarts, die had nagelaten, ondanks herhaald telefonisch verzoek daartoe, zich persoonlijk naar een patiënt thuis te begeven. De rechtbank veroordeelde deze huisarts met de argumentatie: 'het voorschrijven via de telefoon van een therapie aan een dronken patiënt is een professionele nalatigheid.'¹¹¹ Specialisten werden in diezelfde periode door patiënten veelal aansprakelijk gesteld voor de medische gevolgen van defecten aan de gebruikte medische apparatuur of het verkeerd gebruik van die apparatuur. Over de schuldvraag kan overigens niet alleen de specialist worden aangeklaagd, maar ook het ziekenhuis.

Vanaf 1990 spreekt de burgerrechter zich ook uit over artsen die ervan worden beschuldigd hun patiënten financieel te overvragen. Ter illustratie: in 1992 stelde de burgerrechter grenzen aan de vrijheid van artsen het eigen loon te

bepalen. Twee artsen die een dubbel honorarium hadden berekend omdat de patiënt op een eenpersoonskamer lag, werden eerst door een Antwerpse rechter en later in hoger beroep in het ongelijk gesteld.¹¹² Een 'niet-geconventioneerde' chirurg⁽³⁾ die in 1994 voor een paar eenvoudige hechtingen 30.000 frank extra (boven de RIZIV-norm) rekende, won zijn rechtszaak tegen de patiënt voor de burgerrechter, maar verloor later in hoger beroep.¹¹³ Dat het aantal patiënten dat de hulp inroept van de burgerrechter stijgt bleek verder uit kamervragen in 1996 over medische aansprakelijkheidsverzekeringen aan de minister van Economische Zaken. De minister stelde in zijn antwoord dat meer patiënten bij het burgerlijk recht genoegdoening zoeken vanwege: 'een overmatig gebruik van het medisch geheim door de arts'.¹¹⁴

Deze rechtszaken betreffen echter maar enkele druppels op een wel heel erg gloeiende plaat, zoals blijkt uit een recent onderzoek (juni 1996) van Test-Aankoop (een consumentenbond), dat 193 ziekenhuizen omvatte.¹¹⁵ Ter illustratie: patiënten die voor een bypassoperatie in een éénpersoonskamer⁽⁴⁾ worden opgenomen, betalen in het goedkoopste ziekenhuis een eigen bijdrage van 1300 gulden, terwijl het duurste ziekenhuis (de 10 duurste ziekenhuizen uit dit onderzoek bevinden zich alle in Brussel) niet minder dan 90.000 gulden in rekening brengt. Niet minder dan 169 van de 193 ziekenhuizen weten zelf niet eens hoe hoog de eigen bijdrage is die specialisten van hun patiënten vragen, zodat patiënten hierover van te voren niet worden geïnformeerd. Enige controle op de tarieven die specialisten aan patiënten vragen vindt aldus, op de paar genoemde rechtszaken na, niet plaats.

Aldoende worden de randvoorwaarden van het medisch handelen via jurisprudentie in een heel gestaag tempo aan juridische regels gebonden. Maar het begrip 'juridisering' lijkt vooralsnog niet van toepassing op de Belgische gezondheidszorg.

Concluderend: het belangrijkste thema in de Belgische gezondheidszorg betreft het beheersen van de kosten in de schaduw van een almaar groeiend artsenoverschot. De groeiende onderlinge concurrentie zet de klinische autonomie van de individuele arts onder (interne) druk, omdat artsen steeds meer worden gestimuleerd die handelingen te verrichten die het best worden vergoed. Over het beperken van de instroom aan artsen wordt in de periode 1970-1996 geen consensus bereikt.

Externe druk op de zelfregulering krijgt in België later dan in Groot-Brittannië en Nederland vorm, door de voor politieke besluitvorming noodzakelijke dubbele consensus (ideologisch en linguïstisch). In het begin van de jaren negentig richt

¹³⁾ Artsen die de tarieven van de overeenkomstencommissie niet erkennen worden 'niet geconventioneerde' artsen genoemd. Deze artsen hoeven zich niet aan de vastgestelde tarieven te houden en mogen zelf hun erelonen (honorarium) bepalen.

¹⁴⁾ Hierbij moet worden opgemerkt dat er ten aanzien van éénpersoonskamers kamers een speciale regeling geldt die deze prijsverschillen, in tegenstelling tot bij meer-persoonkamers, mogelijk maakt.

de overheid haar pijlen vooral op de dure intramurale zorgverlening en daarmee op de medisch specialisten. Dankzij de nieuwe Wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering verkrijgt de overheid in 1993 expliciet het recht een macrobudget voor de gezondheidszorg te formuleren. Een jaar later besluit de overheid de ziekenfondsen te 'responsibiliseren' voor een deel van hun uitgaven. Vervolgens proberen de ziekenfondsen op hun beurt, via de 'pathologiefinanciering', meer controle op de zorgverlening van ziekenhuizen te verwerven. Ziekenhuismanagers pogen weer het handelen van de specialisten te beïnvloeden om de vergoedingen van de ziekenfondsen te maximaliseren. Aldoende proberen niet-medische partijen met nieuwe financieringsinstrumenten de medische beroepsuitoefening van specialisten te beïnvloeden.

Tegen deze door artsen ongewenste regulering van de beroepsuitoefening door niet-medische partijen, komen de medische beroepsorganisaties in het geweer. De spanningen tussen het machtigste artsensyndicaat Wynen en de overheid lopen zo hoog op, dat het syndicaat Wynen in 1993 en 1996 haar leden adviseert de eerder met de ziekenfondsen overeengekomen tarieven niet meer te erkennen. Vervolgens komt de overheid het syndicaat Wynen ten dele tegemoet, zoals inzake het normeren van het medisch handelen in 1996, dat uiteindelijk voornamelijk een beroepsaangelegenheid is gebleven.

In 1995 lijken de versterkte greep van de overheid op het macrobudget, het verhogen van de 'remgelden', de 'responsibilisering' van de ziekenfondsen en de 'pathologiefinanciering' voor de ziekenfondsen kostenbesparende vruchten af te werpen. Echter, in de eerste helft van 1996 lopen de kosten van de gezondheidszorg weer dramatisch op. Met de nieuwe financieringsinstrumenten wordt het medisch handelen van specialisten wel beïnvloed, maar blijven de controle-mogelijkheden van niet-medische partijen op het handelen van specialisten beperkt. Kennelijk zijn de specialisten en de ziekenhuizen na twee jaar bekend met de beperkingen van de nieuwe financieringsinstrumenten, zodat de geldstromen weer als van ouds in een door de aanbieders van zorg gewenste richting worden omgebogen.

Met de medische handelingsvrijheid van huisartsen was en blijft het slecht gesteld. In de eerste jaren van hun praktijkuitoefening kunnen jonge huisartsen zichzelf niet van een leefbaar inkomen voorzien. Voorts wordt er in de gezondheidszorg meer voor dan door huisartsen beslist. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Niet alleen zijn de huisartsen onderling sterk verdeeld, maar het is hen ook verboden om in organisatorisch verband zelf te onderhandelen met de ziekenfondsen over de nomenclatuur en de tarieven. Voorts streefde de overheid wel in woord, maar niet in daad, naar het versterken van de zwakke positie van de huisartsen in de gezondheidszorg.

Informatie over het medisch handelen was door de sterke onderlinge concurrentie al voor zowel specialisten als huisartsen van grote waarde in de strijd om de beperkte middelen. De stijgende behoefte aan informatie over het medisch handelen bij zowel de overheid als de ziekenfondsen, doet het belang ervan voor artsen alleen maar stijgen. Onder deze omstandigheden werden pogingen van de overheid en de ziekenfondsen ten aanzien van medische informatievergaring geen succes. Dit verklaart tevens de gebrekkige controle die niet-medische

partijen met de nieuwe financieringsinstrumenten op het medisch handelen uitoefenen.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland, lijkt de kans op een juridisering van de Belgische gezondheidszorg gering. Allereerst is de klinische autonomie van de arts expliciet in de wet verankerd, terwijl wetgeving ten aanzien van bijvoorbeeld klachtrecht en (medische) aansprakelijkheid marginaal is ontwikkeld. Ten tweede liggen aan klachten over artsen veelal relationele aspecten van kwaliteit ten grondslag, die juist in België, vanwege de moordende onderlinge concurrentie tussen artsen, weinig opgeld doen. Wel worden er sinds 1990 meer civiele rechtszaken tegen artsen aangespannen met de beschuldiging dat zij hun patiënten financieel overvragen. Maar vooralsnog wordt het medisch handelen zelf niet aan veel juridische regels gebonden.

Resumerend: de klinische autonomie van het medisch beroep, en daarmee de zelfregulering, staat onder zowel externe druk (de nieuwe financieringsinstrumenten) als interne druk (door de toenemende onderlinge economische concurrentie). Hoewel de nieuwe financieringsinstrumenten het medisch handelen van artsen beïnvloeden, blijven de controle mogelijkheden van niet-medische partijen op de beroepsuitoefening gering. Binnen deze gespannen omstandigheden lijkt een belangeloze bijdrage van artsen aan het bewerkstelligen van een transparante kwaliteitszorg, door het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten onwaarschijnlijk. Ondanks de krachtdadige overheidsbesluitvorming in de jaren 1993 en 1994, is het vooral de consistentie met het verleden die anno 1996 haar opgeld doet in de Belgische gezondheidszorg.

5.4 De zelfregulering van het medisch beroep, 1970-1996

In de periode 1970-1994 heeft de zelfregulering van het medisch beroep, via de bestaande kwaliteitsinstrumenten, zoals het medisch tuchtrecht en het medische onderwijs, niet serieus ter discussie gestaan. Vanwege de onderlinge concurrentie door het grote artsenaanbod beklagen weinig Belgen zich over de bejegening van artsen. Een in Groot-Brittannië en Nederland veel gehoorde klacht over huisartsen die weigeren op huisbezoek te komen, komt in België weinig voor. Niet minder dan 45 procent van alle huisarts-patiënt contacten vindt plaats bij de mensen thuis, in tegenstelling tot 8 procent van deze contacten in Nederland.¹¹⁶ Zodoende is het volksgezondheidsbeleid in de tijdsperiode van 1970 tot 1996 nooit een belangrijk onderwerp geweest in het parlement. Het laatste congres dat een politieke partij, de Socialistische Partij, organiseerde met gezondheidszorg als hoofdthema dateert uit 1980.¹¹⁷ Echter, het artsenoverschot bedreigt niet alleen het inkomen van artsen, maar ondergraaft ook de kwaliteit van zorg, doordat veel (jonge) artsen te weinig patiënten zien om voldoende klinische ervaring op te bouwen en te onderhouden. Het voorstel in 1994 van de (christelijke) ziekenfondsen het (kwaliteits)systeem accreditatie te introduceren diende hiervoor een oplossing te bieden.

In het hiernavolgende komt allereerst het ontbreken van een numerus fixus voor de medische basisopleiding aan bod. Vervolgens is bestudeerd in hoeverre het medisch handelen in meer formele regels wordt geëxpliciteerd. Hiervoor richt de

aandacht zich eerst op de kritiek van artsen en niet-medische partijen op het functioneren van de Orde der Geneesheren, die tuchtrecht spreekt en het artsenregister beheert. Vervolgens wordt de introductie van accreditatie voor artsen beschreven.

5.4.1 Het ontbreken van een numerus fixus voor de medische basisopleiding

De machtige positie van het medisch beroep in de jaren zestig werd op de lange termijn ondermijnd door het ontbreken van controle door de medische beroepsorganisaties op de toegang tot de basisopleiding via een numerus fixus. Met de stijgende welvaart en een verbeterde studiefinanciering konden steeds meer jongeren het zich permitteren medicijnen te gaan studeren. Het hierdoor dreigende artsenoverschot is in de jaren tachtig en negentig werkelijkheid geworden, aangezien de partijen in de gezondheidszorg het om de meest uiteenlopende redenen (die in dit proefschrift niet uitputtend worden behandeld) niet eens konden worden over een numerus fixus voor de basisopleiding tot arts. Het verzet tegen de instelling van een numerus fixus komt onder meer van de medische faculteiten. Ook spelen de geschillen tussen Vlaanderen en Wallonië een belangrijke rol. Thans wordt het overschot aan artsen in België in toenemende mate behalve door de artsen zelf, ook door de politieke partijen als een groot probleem ervaren. De moeilijkheden bij het doorbreken van de patstelling aangaande het bewerkstelligen van een numerus fixus, kunnen worden toegelicht door een nadere analyse van een recente poging van de federale minister van Volksgezondheid de toegang tot de medische opleiding enigszins te beperken.

In 1994 kwamen de Vlaamse (gemeenschaps)minister voor Onderwijs en de federale minister van Volksgezondheid met elkaar overeen een toelatingsexamen voor de medische faculteiten in te stellen. De Vlaamse medische faculteiten mochten zelf bepalen hoe en wanneer zij dit examen wilden invoeren. Hiermee gingen de Vlaamse faculteiten akkoord, maar alleen op voorwaarde dat aan de Waalse medische faculteiten vergelijkbare maatregelen werden genomen. De Waalse medische faculteiten hadden echter al laten weten elke vorm van instroombeperking te weigeren, omdat dit naar hun mening de democratisering van het universitair onderwijs zou frustreren. Vervolgens besloot de federale minister van Volksgezondheid, Colla, in te grijpen door aan te kondigen dat in 1996 de instroom aan de beroepsopleidingen tot specialist en huisarts zal worden beperkt. Hiertegen kwam onder meer de Vlaamse (gemeenschaps)minister van Onderwijs in het geweer, die zich door de federale minister gepasseerd voelde. Na overleg tussen de federale, Vlaamse en Waalse ministers werd in 1995 besloten de instroom van de beroepsopleidingen vanaf het jaar 2002 te beperken, tenzij de Vlaamse en Waalse ministers eerder een oplossing vinden voor het artsenoverschot. In oktober 1996 verwacht men dat het artsenoverschot niet voor het jaar 2015 zal zijn weggewerkt.¹¹⁸ Dan behaalt minister Colla in november 1996 een klinkend succes tijdens de onderhandelingen met de artsensyndicaten en de ziekenfondsen. Hoewel eertijds door artsen verguisd als een 'keizer-koster', weet hij door een gematigde opstelling overeenstemming

te bereiken over het beperken van het artsenoverschot door het vaststellen van een numerus fixus voor de medische basisopleiding. Het aantal opleidingsplaatsen zal van 1200 in 1996 worden terugschroefd naar 700 in het jaar 2004 tot 600 in 2006. Van deze plaatsen krijgt Vlaanderen er 60 procent toegewezen en Wallonië 40 procent. Wat rest is nog de uitvoering van de goede voornemens, aangezien de gemeenschapsregeringen en de medische faculteiten de aanstaande aderlating nog moeten accepteren.¹¹⁹ Wordt vervolgd.

5.4.2 Kritiek op de Orde der Geneesheren

Het functioneren van de Orde der Geneesheren (die tuchtrecht spreekt en het artsenregister beheert) is aan kritiek onderhevig geweest. De kritiek op het functioneren van de Orde komt zowel van artsen zelf, als van de ziekenfondsen en de overheid. Artsen vinden dat tuchtrechters hen veroordelen met oneigenlijke en ongespecificeerde tuchtregels. De ziekenfondsen vinden dat tuchtrechters de artsen de hand boven het hoofd houden, terwijl de overheid de Orde ertoe wil bewegen om het medisch handelen van artsen ook met economische criteria te beoordelen. Een probleem bij de bestudering van de Orde betreft het gebrek aan data over tuchtrechtszaken. Jost (1990) maakte in zijn internationaal vergelijkend onderzoek naar het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg gebruik van de laatst bekende cijfers, die stammen uit de jaren 1984 en 1985. Sindsdien zijn geen nieuwe data gepubliceerd.¹²⁰ In het hiernavolgende wordt eerst aandacht besteed aan de tuchtrechtszaken zelf. Vervolgens worden pogingen van de overheid beschreven om artsen via de Orde verantwoording te laten afleggen voor de door hen bestede financiële middelen.

In 1984 en 1985 werden de meeste artsen (122) disciplinair gestraft vanwege het verwaarlozen van de belangen van de patiënt. Andere klachten betroffen artsen die: op teveel verschillende lokaties werkzaam waren; collegiale plichten verwaarloosden; of zich onbetamelijk hadden gedragen in het privéleven.¹²¹ Gegeven de niet onaanzienlijke artsenpopulatie betreft het hier een gering aantal tuchtrechtszaken, waarin de kwaliteit van het medisch handelen van artsen vaak niet ter discussie stond.

Sommige artsen verweten de Orde vage normen te hanteren in haar oordeelsvorming, zoals de eer en waardigheid van het beroep. Op basis hiervan kan de Orde zware sancties heffen, zoals het schrappen van een arts uit het register, waardoor deze zijn praktijk niet meer mag uitoefenen, zonder dat een garantie wordt gegeven op een eerlijke rechtspraak. Dit overkwam de arts Lecompte in 1981, die zijn schorsing uit het register aanhangig maakte bij het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.¹²² Dit Hof verwierp het arrest Lecompte, omdat het achter gesloten deuren had plaats gevonden. In 1985 aanvaardde de Kamer en de Senaat het wetsvoorstel van De Groot, dat betrekking had op de openbaarheid van tuchtrechtprocedures voor de raden van beroep van de Orde der Geneesheren. Andere pogingen tot reorganisatie van de Orde hebben vooral ten doel een scheiding aan te brengen in de verwevenheid tussen het bestuur van de Orde en het belangrijkste artsensyndicaat, Wynen. De laatste heeft zich hiertegen krachtig verzet.

Toen de overheid eind jaren tachtig de oude wetgeving voor de ziekenfondsen en de ziekte en invaliditeitsverzekering wilde vervangen, wilde men in 1989 ook de organisatie van de Orde der Geneesheren aan de eisen van de tijd aanpassen. Een vernieuwde Orde zou verantwoordelijk blijven voor de controle op het medisch handelen, maar behoorde meer rekening te houden met het belang van de patiënt en de geringere financiële middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn. De Orde en ook het syndicaat Wynen ervoeren het beoordelen van het medisch handelen met economische criteria als strijdig met de klinische autonomie en heeft zich hiertegen krachtig verzet. Uiteindelijk vond deze hervorming geen doorgang en bleef de organisatie van de Orde en de inhoud van het tuchtrecht vrijwel intact.

Aldoende is de Orde een machtig en autonoom instituut gebleven. Dit blijkt onder meer uit de veroordeling van twee artsen in 1995, die hadden meegewerkt aan een consumententest waarin werd aangetoond dat slechts één van de vier klinische laboratoria bevredigend werk afleverde. De Orde concludeerde dat deze artsen het vertrouwen van het medisch beroep hadden geschaad, omdat zij vooreerst de commissie medische ethiek van de Orde hadden moeten raadplegen. Dit alles ondanks het feit dat de resultaten van het onderzoek nooit in twijfel zijn getrokken.¹²³ Volgens de ondervoorzitter van de nationale raad van de Orde, Haché, heeft zijn organisatie zich wel degelijk aan de eisen van de tijd aangepast. Volgens Haché functioneerde de Orde in de jaren zeventig nog als een puur autocratisch disciplinair orgaan. Aangeklaagde artsen werden veelal als crimineel benaderd. Thans worden deze artsen humaner behandeld en probeert de Orde door het verstrekken van informatie ook preventief werk te verrichten.¹²⁴

5.4.3 Medische-profielencommissies en 'medische profielen'

Aangezien zowel de ziekenfondsen als de overheid de Orde er niet toe kon bewegen artsen meer verantwoording te laten afleggen voor de door hen geconsumeerde financiële middelen, heeft de overheid geprobeerd deze economische controle op de medische beroepsuitoefening te regelen buiten de Orde om, door de wens van ziekenfondsen voor meer financiële eigenverantwoordelijkheid te honoreren.

Via de Programmawet van 22 december 1989 werd het artikel 35 van de wet uit 1963 aangepast. De bestaande diagnostische en therapeutische vrijheid bleef gehandhaafd, maar artsen dienden zich nu te onthouden van onnodig voorschrijven van medicijnen. Door de hevige onderlinge concurrentie tussen artsen waren deze geneigd handelingen te verrichten en medicijnen voor te schrijven die het best worden vergoed. Daarom kreeg de Dienst voor Geneeskundige Controle van het RIZIV een waakhondfunctie, met de bevoegdheid om het economisch handelen van artsen met 'medische profielen' te beoordelen. Hiervoor werden 'profielen-commissies' voor specialisten en huisartsen opgericht. Het onnodig voorschrijven van medicijnen, aanvragen van medische onderzoeken en uitvoeren van medische handelingen op kosten van de verplichte ziekteverzekering

kunnen worden gesanctioneerd, door artsen tijdelijk de bijdragen voor het RIZIV-pensioenfonds te ontzeggen. De profielencommissies komen in actie op eigen initiatief, of na klachten van patiënten, ziekenfondsen en het RIZIV.

Het 'medisch profiel' van een arts wordt als volgt geconstrueerd: een vooraf geselecteerde verrichting wordt eerst per arts gekwantificeerd en daarna gedeeld door de som van al zijn arts-patiënt contacten. Vervolgens worden de quotiënten van de verschillende artsen onderling vergeleken.¹²⁶ Een probleem hierbij is dat jonge beginnende (huis)artsen onvoldoende patiënten behandelen om een voldoende gevarieerde 'case-mix' te verkrijgen, zodat de controle op het medisch handelen van deze artsen via de 'medische profielen' weinig hout snijdt.

Vooralsnog heeft de profielencommissie voor huisartsen zich beziggehouden met enkele extreme gevallen, waarvan er tussen 1989 en 1995 vier zijn afgehandeld. Een van de gecontroleerden betrof een huisarts die beweerde in 1993 niet minder dan 38.800 patiënten te hebben behandeld, een gemiddelde van ongeveer 100 per dag. Deze geclaimde arbeid leverde hem dat jaar ruim 1 miljoen gulden op. Overigens ontkent deze huisarts de aantijgingen. Juist omdat hij zijn patiënten zo zorgvuldig behandelt staan er volgens deze huisarts 12.000 patiënten bij hem ingeschreven. Hoewel de profielencommissie voor specialisten tegelijkertijd met die van huisartsen is opgericht, publiceerde deze commissie in 1995 nog geen resultaten. Daarom maande de federale minister van Sociale Zaken, De Galan, deze specialistencommissie het tempo van onderzoek op te voeren. De Galan vreest namelijk dat de uitwassen onder specialisten nog frappanter zijn.¹²⁶

Voorlopig heeft de RIZIV-controle op het medisch handelen met de onnauwkeurige 'medische profielen' echter meer een symbolische dan een reële waarde. Mogelijk komen meer expliciete regels voor de beoordeling van de medische beroepsuitoefening via een andere weg tot stand, namelijk: de accreditatie van artsen.

5.4.4 Accreditatie: een scheiding in het artsenaanbod door kwaliteitszorg?

Het voorstel tot accreditatie kan worden beschouwd als het compromis tussen de christelijke ziekenfondsen en het syndicaat Wynen over veel controversiële onderwerpen in de gezondheidszorg. Vanwege de nieuwe wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering was er in 1993 geen overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen getekend. In ruil voor een verhoging van 30 frank per verrichting en het door ziekenfondsen en overheid afzien van verdere budgetteringsmaatregelen voor specialisten, ging het syndicaat Wynen uiteindelijk akkoord met de accreditatie van artsen.

In het hiernavolgende worden eerst de accreditatie zelf en de doelstellingen ervan kort omschreven. Voorts wordt ingegaan op accreditatie als middel voor het bewerkstelligen van de echelonnering van de gezondheidszorg. Tot besluit wordt de accreditatie-eis voor verplichte deelname aan navorming (nascholing) besproken.

Accreditatie is in het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen omschreven als: '...een individuele kwaliteitslabeling van artsen die beantwoorden aan de criteria van praktijkvoering, opgesteld en getoetst door vakgenoten.' Het kwaliteitslabel kan worden hernieuwd of teruggetrokken. Artsen die aan de eisen van accreditatie voldoen worden beloond met een afzonderlijke of bijkomende honorerings.¹²⁷ Om voor accreditatie in aanmerking te komen moeten artsen: een minimum aantal patiënten behandelen (drempelactiviteit), een medisch dossier bijhouden, nascholing (navorming) volgen en aan 'peer review' deelnemen.¹²⁸ De Accreditatiestuurgroep die de invoering ervan voorbereidt is samengesteld naar het model van de Nationale Commissie Geneesheren en Ziekenfondsen van het RIZIV. Een niveau lager zijn paritaire comités per specialisme opgericht, waarvan de helft bestaat uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten en de andere helft uit afgevaardigden van de beroepsverenigingen. Deze comités worden belast met het toezicht op de uitvoering van navorming. Grofweg dient accreditering een drieledig doel. Allereerst valt in accreditering een (niet uitgesproken) aanzet tot verkleining van het artsenaanbod te onderscheiden. Ten tweede zou een vorm van echelonnering tot stand worden gebracht door differentiatie in de drempelactiviteit van huisartsen en specialisten, terwijl ten derde en passant de kwaliteit van het medisch handelen diende te worden verbeterd.

Het succes van accreditatie aangaande het verkleinen van het artsenoverschot is afhankelijk van het aantal niet-geaccrediteerde artsen die ontmoedigd hun praktijk zullen opgeven. Gezien de zeer geleidelijke invoering van accreditatie in 1996, kunnen hierover nog geen uitspraken worden gedaan. Voorts zou het huisartsenaanbod (t.o.v. specialisten) extra kunnen worden beperkt, door accreditatie te gebruiken als instrument voor het bewerkstelligen van een echelonnering van de gezondheidszorg. Om zowel het aantal huisartsen te beperken als echelonnering te bewerkstelligen, zou de drempelactiviteit (het aantal arts-patiëntcontacten om voor accreditatie in aanmerking te komen) van huisartsen hoger moeten worden vastgesteld dan die van specialisten. De Gentse hoogleraar huisartsgeneeskunde, De Maeseneer, beschouwde een inperking van het aantal huisartsen voor de verwezenlijking van echelonnering als onvermijdelijk.¹²⁹ Veel 'rank and file' huisartsen zagen dit echter anders en kwamen massaal tegen de accreditatie in het verweer (zie paragraaf 5.6.4). Anno 1996 kan worden gesteld dat de echelonnering via accreditatie geheel is mislukt.

De Accreditatiestuurgroep stelde uiteindelijk op basis van 'gezond verstand' de drempelactiviteit voor huisartsen vast op 1250 arts-patiëntcontacten per jaar, waaraan ongeveer 14 procent van de huisartsen niet bleken te voldoen.¹³⁰ Vervolgens werd het 14-procentscriterium op alle medische specialismen toegepast. Dermatologen bijvoorbeeld, moeten voor accreditatie meer dan 1500 arts-patiëntcontacten onderhouden. Hiermee worden patiënten niet gestimuleerd eerst de huisarts te bezoeken, alvorens een specialist te raadplegen. Wel wordt de vigerende praktijk in stand gehouden waarin steeds meer mensen direct de specialist raadplegen (in 25 procent van gevallen bij mensen ouder dan 65 jaar, tegenover 42 procent van de mensen tussen de 17 en 35 jaar).¹³¹ Bijkomende

maatregelen om echelonnering van de gezondheidszorg te bewerkstelligen werden maar half of helemaal niet ingevoerd. Zo wordt bijvoorbeeld het bijhouden van een medisch dossier - een belangrijke conditie voor het invoeren van echelonnering - niet gecontroleerd.¹³²

Twee accreditatie-eisen lijken meer expliciet betrekking te hebben op de kwaliteit van zorg. Artsen die aan de drempelactiviteit voldoen kunnen vervolgens aan navorming en 'peer review' deelnemen, om de extra honorering van 20.000 frank te incasseren.¹³³ De op incurante tijden aangeboden navormingscursussen zijn echter van een twijfelachtige kwaliteit. Expliciete inhoudelijke of didactische criteria voor het erkennen van de cursussen ontbreken.¹³⁴ Wel wordt de deelname aan de cursussen, met stempelformulieren, streng gecontroleerd. Deze vorm van navorming, door veel huisartsen afgedaan als stempeltjestoerisme, is door de decanen van de Vlaamse faculteiten geneeskunde unaniem veroordeeld.¹³⁵ Waar navorming al bestond, moet voor 'peer review' een geheel nieuwe organisatie worden opgezet. Deze organisatie van 'peer review' komt, net als het verzet van artsen tegen accreditatie, in de paragrafen 5.5.3 (aangaande specialisten) en 5.6.4 (aangaande huisartsen) aan bod.

Concluderend: het artsenoverschot heeft een tweeledig effect op de zelfregulering van het medisch beroep. Enerzijds leidt dit tot grote tevredenheid onder de bevolking over de toegankelijkheid tot de zorgverlening en de patiëntenbejegening van artsen. Maar het overschot aan artsen vormt tegelijkertijd ook een bedreiging voor de kwaliteit van zorg omdat veel (jonge) artsen te weinig patiënten zien om hun klinische vaardigheden op te bouwen en te onderhouden. Onder grote druk van de overheid, via de nieuwe wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, was het artsensyndicaat Wynen bereid in ruil voor enkele (financiële) concessies de accreditatie van artsen te accepteren. Hiermee werd allereerst een beperking van het aantal artsen beoogd, waarover vanwege de recente invoering nog geen uitspraken kunnen worden gedaan. Een tweede doelstelling, het bewerkstelligen van een vorm van echelonnering door te variëren in de drempelactiviteiten voor huisartsen (hoog) en specialisten (laag) is mislukt. Tenslotte diende met accreditatie de kwaliteit van zorg te worden verbeterd. Het is echter de vraag of artsen accreditatie nog wel als een kwaliteitsinstrument zullen ervaren en hun medewerking eraan verlenen, wanneer met hetzelfde instrument een verkleining van het artsenaanbod wordt nagestreefd.

5.5 De zelfregulering van specialisten, 1970-1996

De aandacht voor de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten van specialisten in België was in de jaren zeventig en tachtig marginaal. Dit hangt samen met de pas eind jaren tachtig toenemende druk van de overheid en de ziekenfondsen op de zelfregulering van het medisch beroep. Hierdoor werden ook bestaande educatieve kwaliteitsinstrumenten, zoals visitatie van opleidingsafdelingen en registratie, niet uitgebouwd naar visitatie van niet-oplei-

dingsafdelingen en herregistratie. Nascholing (navorming) kwam wel tot stand (zie paragraaf 5.4.4).

In deze paragraaf is met name onderzocht of de recent toenemende druk van niet-medische partijen op de zelfregulering van het medisch beroep, de medische beroepsorganisaties ertoe heeft gestimuleerd normerende kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen en te implementeren, om zo zelfregulering te behouden. Voorts is bestudeerd in hoeverre specialisten bereid zijn mee te werken aan de verwezenlijking van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg door normerende kwaliteitsinstrumenten, als hun klinische autonomie zowel extern (door de nieuwe financieringsinstrumenten van de overheid en de ziekenfondsen) als intern (door de toenemende onderlinge concurrentie) wordt bedreigd. De vragen hierbij zijn: in welke mate laat het medisch handelen zich in regels vatten; verschuift hierdoor de klinische autonomie van de arts naar zijn beroepsorganisaties en kunnen niet-medische partijen de bewerkstelligde inzichtelijkheid gebruiken voor controle op het medisch handelen.

In het hiernavolgende zijn de volgende onderwerpen bestudeerd: de poging in 1987 om in ziekenhuizen een vorm van intercollegiale toetsing verplicht te stellen, het functioneren van het Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de zorgverlening (VIK) en de vanaf 1996 voor specialisten verplichte deelname aan 'peer review' als onderdeel van accreditatie. Hiervoor dienen specialisten zich te organiseren in lokale kwaliteitsgroepen, LOK's genoemd.

5.5.1 Intercollegiale toetsing onder specialisten, eerste poging

Terwijl de ontwikkeling en invoering van intercollegiale toetsing onder Nederlandse specialisten in de jaren zeventig plaatsvond, Britse artsen in de jaren tachtig doende waren 'medical audit' te ontwikkelen, werden er ten aanzien van toetsing in België door de overheid initiatieven ontwikkeld. In 1987 voorzag de nieuwe Wet op de ziekenhuisvoorzieningen niet alleen in de oprichting van de medische raad (zie paragraaf 5.3.2), maar ook in een per 6 mei 1988 verplichte vorm van intercollegiale toetsing.¹³⁶

In artikel 15 van deze wet viel te lezen dat: '...de medische activiteit kwalitatief moet getoetst worden; daartoe moet onder meer voor elke patiënt een medisch dossier worden aangelegd en in het ziekenhuis worden bewaard. Bovendien moeten de nodige organisatorische structuren tot stand worden gebracht om op systematische wijze te kunnen overgaan tot een toetsing van medische activiteit in het ziekenhuis.'¹³⁷ Hiervoor werden de hoofdgeneesheren verantwoordelijk gesteld en kreeg de op te richten medische raad een stimulerende rol toebedacht, die zich naast de systematische evaluatie uitstreckte tot: het stimuleren van teamgeest onder specialisten, het aanmoedigen van interdisciplinaire samenwerking, ook met para-medici als verpleegkundigen en fysiotherapeuten, het verbeteren van de samenwerking tussen de specialist en verwijzende huisartsen en het stimuleren van medische wetenschappelijke activiteiten binnen het kader van het ziekenhuisbudget. Individuele specialisten konden voortaan worden aangesproken op hun medewerking aan de evaluatie van de medische zorg, zoals: het opname- en ontslagbeleid, het voorschrijven van medicijnen en het meewerken aan het systematisch evalueren van elkanders handelen. Het werd

aan de ziekenhuizen zelf overgelaten hoe en op welke wijze aan deze verplichtingen inhoud te geven. Alleen het bijhouden van medische dossiers was nader gespecificeerd, zodat de dossiers konden dienen voor toetsing van het medisch handelen.¹³⁸

Net als in Nederland werd toetsing opgenomen in het erkenningstelsel voor ziekenhuizen.¹³⁹ Door het uitblijven van overheidscontrole bleef het bijhouden van medische dossiers en de deelname aan een systematische evaluatie ook in België een vrijblijvende activiteit.¹⁴⁰ Naar de stimulerende rol van de medische raad inzake toetsing blijft het gissen. De motieven van veel specialisten om zich daarvoor kandidaat te stellen, het behartigen van de eigen financiële belangen¹⁴¹, doet het ergste vrezen. Toch leek een eerste stap te zijn gezet in de richting van een meer transparant kwaliteitsbeleid. In deze geest werd begin jaren negentig het Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de zorgverlening (VIK) opgericht.

5.5.2 Het Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de zorgverlening

In tegenstelling tot de oprichting van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) in Nederland, was de oprichting van het VIK niet het gevolg van twijfels in de samenleving over werkzaamheid van de zelfregulering. Integendeel, de kwaliteit van medisch specialistische zorg werd noch in de samenleving, noch in het parlement ter discussie gesteld. Wel heersten er bij de ziekenfondsen en de overheid grote zorgen over onnodig veel medisch handelen, hetgeen zich al geuit had in de instelling van de profielencommissies bij het RIZIV (zie paragraaf 5.4.4) en het aan de ziekenfondsen gegeven recht om artsen voor de rechter te brengen die hun patiënten financieel overvragen (zie paragraaf 5.3.4).

Bij de oprichting van het VIK heeft Prof.dr. P. Quaethoven een voorname rol gespeeld. Deze politicoloog ontwikkelde in opdracht van het Vlaamse ministerie van Volksgezondheid instrumenten voor het meten van patiëntensatisfactie. Daarnaast verzorgde Quaethoven navormingscursussen voor integrale kwaliteitszorg in ziekenhuizen.¹⁴¹ Het VIK werd geboren uit de idee het stimuleren van navorming en integrale kwaliteitszorg gezamenlijk onder te brengen in een zelfstandig instituut.¹⁴²

Quaethoven probeerde een zo breed mogelijke ondersteuning voor het VIK te verkrijgen, door de overheid, de ziekenfondsen, de ziekenhuisverenigingen en de artsensyndicaten uit te nodigen in het nieuwe instituut te participeren. Op het syndicaat Wynen na reageerden alle positief. Wynen wenste geen medewerking aan de oprichting van het VIK te verlenen als ook de ziekenfondsen erbij werden betrokken. Nochtans kon het VIK op 1 maart 1991 worden opgericht.¹⁴³

¹⁴¹ Integrale kwaliteitszorg verwijst in deze niet naar het op Japanse leest geschoeide Total Quality Management, maar naar het integraal en stap voor stap implementeren van uiteenlopende kwaliteitsprojecten voor ziekenhuizen, met als doel te komen tot een continu proces van kwaliteitszorg.

Het VIK diende over allerlei initiatieven voor kwaliteitszorg te adviseren en deze waar mogelijk te ondersteunen. De voorzitter van de Raad van Beheer van het VIK, P. Jacques, bracht in zijn toespraak tijdens de installatiebijeenkomst al de achilleshiel van het VIK aan het licht. Over de relatie van de overheid met het VIK verkondigde hij: 'Zij heeft *blijvende* morele en *tijdelijke* financiële steun aan het VIK toegekend (cursivering Van Herk).'¹⁴⁴ Voor het VIK was het zaak zich zo snel mogelijk te bewijzen om het bestaansrecht te kunnen legitimeren. De nadruk van VIK-activiteiten lag vanzelfsprekend meer op het ondersteunen van korte-termijnprojecten om snel resultaten te behalen, in plaats van op het ontwikkelen van beleid voor de lange termijn. Hoewel de Vlaamse gemeenschapsregering voor vier jaar financiële steun had beloofd, werd deze na drie jaar alweer ingetrokken. De Vlaamse minister van Volksgezondheid was namelijk ook verantwoordelijk voor (het bezuinigen op) Financiën. Thans bedruipt het VIK zich met adviesopdrachten uit de zorgsector en het verzorgen van navormingscursussen. Op subsidie van de federale overheid hoeft het VIK niet te rekenen. De federale overheid zou een gelijk bedrag moeten toekennen aan een vergelijkbaar (en onbestaand) Waals instituut. De initiërende en stimulerende rol van het VIK voor kwaliteitszorg onder specialisten lijkt daarmee voorlopig uitgespeeld. Wel blijft het VIK individuele organisaties ondersteunen die daar expliciet om vragen. Het is natuurlijk de vraag of een goed gefinancierd VIK specialisten ertoe had kunnen bewegen hun medewerking te verlenen aan een meer transparante kwaliteitszorg. De ervaring leerde Quaethoven dat kwaliteitsprojecten die mede het individueel medisch handelen van de specialist tot onderwerp hadden, het enthousiasme van specialisten voor deze projecten negatief beïnvloedde.

5.5.3 Intercollegiale toetsing onder specialisten, tweede poging

Om voor de in 1993 overeengekomen vorm van accreditatie in aanmerking te komen (zie paragraaf 5.4.4), dienden individuele specialisten aan bepaalde criteria te voldoen. In het Staatsblad valt in 1993 te lezen dat de Accrediteringsstuurgroep zal gaan bestuderen of de aanvragende arts: '... zijn medewerking verleent aan initiatieven voor het evalueren van de kwaliteit die wordt georganiseerd door de ambtsgenoten.'¹⁴⁵ De uitwerking hiervan resulteerde in de invoering van 'peer review' onder specialisten. Om te worden geaccrediteerd dienen specialisten ieder jaar 200 navormingseenheden te verzamelen. Zowel de deelname aan de door specialisten vermaledijde navorming (zie paragraaf 5.4.4), als de deelname aan een 'top-down' georganiseerde 'peer review', wordt gehonoreerd met een bepaald aantal navormingseenheden. Vanaf 1996 zou de accreditering voor drie jaar gelden, waarna de geldingsduur van de accreditatie wordt bekort tot een jaar. Om geaccrediteerd te blijven moeten specialisten vanaf 1 januari 1997 twee toetsingsbijeenkomsten per jaar bijwonen.

Van den Oever, van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, waardeert 'peer review' als voorwaarde voor accreditatie vooral als een activiteit van en voor artsen, waarvan hij inzake kwaliteitszorg meer verwacht dan van repressieve controle.¹⁴⁶ Een probleem is echter dat accreditatie, ten behoeve waarvan 'peer review' wordt geïntroduceerd, door de specialisten zelf met gemengde

gevoelens is ontvangen. Sommigen spreken van een soort vestigingswet, waardoor het medisch beroep wordt gesplitst in twee klassen (geaccrediteerde en niet-geaccrediteerde artsen), terwijl anderen er de zoveelste poging in zien aanstaande studenten geneeskunde te bewegen een andere studie te kiezen.¹⁴⁷ Dit plaatst de introductie van 'peer review', alsmede de discussie over de vormgeving van het instrument, buiten de context van het louter verbeteren van de kwaliteit van zorg. De vormgeving en organisatie van 'peer review' haakt in België dan ook niet in op initiatieven van bevlogen artsen, maar wordt 'top-down' na overleg tussen onder meer de ziekenfondsen en de artsensyndicaten aan individuele artsen opgelegd.

Specialisten krijgen de opdracht elkaars handelen te beoordelen met behulp van 'medische profielen', hetgeen moet leiden tot kwaliteitsverbeterende afspraken.¹⁴⁸ Een nationale commissie voor 'peer review' (waarin vertegenwoordigers van artsen, ziekenfondsen, universiteiten, wetenschappelijke verenigingen en de overheid zitting nemen) selecteert de profielen waarmee specialisten elkaars handelen moeten beoordelen.¹⁴⁹ Een probleem is evenwel dat deze profielen, door de wijze waarop de quotiënten worden berekend, weinig inzicht verschaffen in de kwaliteit van het medisch handelen (zie paragraaf 5.4.3). In 1996 worden lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) van 8 tot 25 specialisten geformeerd, waarin specialisten moeten toetreden om geaccrediteerd te worden. Deze LOK's dienen per jaar vier toetsingsbijeenkomsten te organiseren. Om geaccrediteerd te blijven dient een specialist vanaf 1 januari 1997 jaarlijks twee toetsingsbijeenkomsten bij te wonen, die als volgt worden gehonoreerd:

- '10 navormingseenheden (NE) toegekend per uur deelneming met een maximum van 20 NE per vergadering;
- maximum 80 NE mogen per jaar individueel worden aangewend;
- de eenheden moeten worden vermeld op het 'individueel aanwezigheidsblad' en worden bevestigd door het aanbrengen van de handtekening van de 'verantwoordelijke verslaggever'; ...'¹⁵⁰

De 'verslaggever', die verantwoordelijk is voor het organiseren van de bijeenkomsten, dient jaarlijks een 'activiteitenverslag' op te maken en te verzenden naar een 'provinciaal leescomité' dat de 'peer review' activiteiten controleert.¹⁵¹

Ondertussen is van een goede vertrouwensbasis, tussen de artsensyndicaten enerzijds en de overheid en ziekenfondsen anderzijds, geen sprake. In maart 1996 stelt de federale minister van Volksgezondheid, Colla, een nieuwe programmawet op, die hem machtigt artsen boven een bepaalde leeftijd hun bevoegdheid te ontnemen en nadere eisen vast te stellen ter beoordeling van het medisch handelen. Het syndicaat Wynen zegt terstond het met de ziekenfondsen gesloten akkoord over de honoreringen op. Maar een maand later lijkt de rust enigszins te zijn teruggekeerd. Op 24 april 1996 tekenen de syndicaten Wynen, De Brabanter en de gezamenlijke ziekenfondsen (verenigd in het Nationaal Intermutualistisch College (NIC)) met de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid het zogenoemde protocolakkoord. Voordat de bevoegde ministers tot besluitvorming overgaan, zullen eerst de artsensyndicaten en de

ziekenfondsen samen overeenstemming proberen te bereiken over kwaliteit, kwaliteitscriteria en normen inzake de medische praktijk in het kader van de maatregelen voor de aanbodsbeheersing.¹⁵² Eens te meer wordt hiermee bevestigd dat het kwaliteitsbeleid van en voor het medisch beroep onlosmakelijk verbonden is met de beperking van het artsenoverschot.

Eind 1996 wordt in de geest van het protocolakkoord 'peer review' nader vorm gegeven. Zo is de Nationale Peer Review Commissie (NPRC) opgericht die op nationaal niveau het proces van 'peer review' dient te begeleiden. De leden worden aangedragen door de Accreditatiestuurgroep (zie paragraaf 5.4.4). De begeleiding van de NPRC is gericht op het in gang zetten en het harmoniseren van de initiatieven binnen de verschillende disciplines en op het uitwisselen van informatie op verschillend niveau. Hiermee vervalt tevens de 'enge' beoordeling van het medisch handelen binnen de LOK's aan de hand van de 'medische profielen'. Nu mogen 'profielen', richtlijnen en standaarden ook op lokaal niveau worden ontwikkeld.¹⁵³ Hiermee neemt het medisch beroep het initiatief inzake 'peer review', vlak voor de verplichte invoering ervan per 1 januari 1997, weer in handen. 'Peer review' ontwikkelt zich op deze wijze als een door het medisch beroep gedomineerd instrument, waarbij onderwerpen en normen overwegend lokaal worden ontwikkeld. Passiviteit wordt echter bestraft, al wordt voornamelijk de aanwezigheid van artsen op twee bijeenkomsten per jaar gecontroleerd.

Concluderend: zowel ten tijde van relatieve rust in de gezondheidszorg, als ten tijde van toenemende druk van niet-medische partijen op de zelfregulering van het medisch beroep, nemen de medische beroepsorganisaties geen initiatieven inzake het ontwikkelen en invoeren van nieuwe normerende kwaliteitsinstrumenten, om zo meer zicht- en meetbaar verantwoording aan niet-medische partijen af te leggen voor de kwaliteit van het medisch handelen. Dit hangt samen met het almaar groeiende artsenoverschot. Vanwege de hierdoor toenemende onderlinge verdeeldheid tussen artsen, beschikken de medische beroepsverenigingen, die zowel de belangen van specialisten als huisartsen vertegenwoordigen, niet over voldoende beleidsvrijheid voor het ontwikkelen en invoeren van nieuwe normerende kwaliteitsinstrumenten. Ten tweede staat elke hervorming van de gezondheidszorg mede in het teken van de inperking van het artsenaanbod, hetgeen een discussie over andere vormen van kwaliteitszorg al bij voorbaat naar de kantlijn drukt. Uiteindelijk werd in 1993 een vorm van toetsing, 'peer review' genoemd, op initiatief van de christelijke ziekenfondsen door de overheid verplicht gesteld als voorwaarde voor artsen die in aanmerking willen komen voor accreditatie. Een inhoudelijke discussie over de vormgeving van dit normerend kwaliteitsinstrument ontbrak. Meer was de vormgeving 'peer review' de resultante van een compromis tussen de ziekenfondsen, de artsensyndicaten en de overheid.

Om een aantal redenen lijkt de kans dat 'peer review' met behulp van 'medische profielen' een positieve bijdrage kan leveren aan een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg gering. Hiervoor zijn grofweg twee oorzaken aan te wijzen.

Allereerst kende 'peer review' een valse start, aangezien specialisten elkaar in eerste instantie met de 'medische profielen' dienden te beoordelen, die in de eerste plaats zijn ontwikkeld om buitensporig declarerende artsen op te sporen.

De uit de profielen berekende quotiënten zijn dermate onnauwkeurig dat enig verband met de kwaliteit van zorg meer op toeval berust. Voorts zijn de specialisten zelf maar deels in de opstelling van de profielen gekend en staat het ontwikkelen van kwaliteitscriteria direct in verband met de inperking van het artsenoverschot. Als de beroepsorganisaties eind 1996 zelf meer invloed verwerven op de ontwikkeling en uitvoering van 'peer review', hebben de meeste artsen mogelijk al een (negatief) oordeel over het nieuwe instrument geveld. Ten tweede maakt de zware onderlinge concurrentie tussen specialisten het onwaarschijnlijk dat zij onbevangen met elkaar praten over hoe met het medisch handelen geld wordt verdiend. Structurele vormen van zicht- en meetbare kwaliteitszorg zijn in België aldus nog niet tot stand gebracht. Of het medisch handelen met 'peer review' meer in regels wordt gevat, moet nog worden afgewacht. Maar voorlopig lijkt de klinische autonomie van de arts niet te verschuiven naar zijn beroepsorganisaties, terwijl 'peer review' geen controle van niet-medische partijen op het medisch handelen dichterbij lijkt te brengen. Vooralsnog blijft kwaliteitszorg voor Belgische specialisten meer een individuele professionele verantwoordelijkheid. Pas als een oplossing is gevonden voor het artsenoverschot, kan 'peer review' zich mogelijk ontwikkelen tot een normerend kwaliteitsinstrument, waarmee artsen structureel meer zicht- en meetbaar de kwaliteit van zorg waarborgen.

5.6 De zelfregulering van huisartsen, 1970-1996

Net als Britse en Nederlandse huisartsen bevonden de Belgische huisartsen zich aan het begin van de jaren zeventig ten opzichte van de specialisten in een achterstandspositie. In hun pogingen daarin verandering te brengen konden de Belgische huisartsen, in tegenstelling tot hun Britse en Nederlandse collega's, niet rekenen op de steun van een sterke overheid. Het werd de huisartsen in 1964 bij de Sint-Jansakkoorden zelfs verboden de eigen belangen via een aparte beroepsorganisatie te verdedigen in de verbintenissencommissies van het RIZIV.¹⁵⁴ Eerder is beschreven hoe het overaanbod van huisartsen onophoudelijk toeneemt en jonge huisartsen zichzelf amper van een leefbaar inkomen kunnen voorzien (paragraaf 5.3.3). Daarbij bleef de echelonnering van de gezondheidszorg uit en slaagden de huisartsen er niet in een poortwachterfunctie te verwerven. Net als bij specialisten heeft het begrip 'kwaliteit' pas recentelijk zijn intrede gedaan in de huisartsgeneeskunde. Maar vanwege de grote onderlinge concurrentie tussen huisartsen, is het zicht- en meetbaar maken van de kwaliteit van het medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten een uiterst gevoelig financieel-politiek onderwerp. Binnen deze context worden bij de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten voor huisartsen de volgende vragen gesteld: laat het medische handelen zich in regels vatten, verschuift hiermee de klinische autonomie van de huisarts naar zijn beroepsorganisaties en brengt de eventueel verworven inzichtelijkheid controle op het handelen door niet-medische partijen naderbij. In deze paragraaf worden allereerst de beroepsorganisaties van huisartsen in kaart gebracht. Vervolgens is bestudeerd op welke wijze de huisartsen hebben

geprobeerd hun zeggenschap te vergroten over de inhoud van de beroepsuitoefening, door het bewerkstelligen van een eigen beroepsopleiding. Daarna komt de ontwikkeling en invoering van twee normerende kwaliteitsinstrumenten aan bod, namelijk: de kwaliteitskringen en 'peer review' als voorwaarde voor accreditatie. Ten aanzien van de kwaliteitskringen moet worden opgemerkt dat het hier strikt genomen geen kwaliteitsinstrument van huisartsen betreft, vanwege de gelijkwaardige inbreng van patiënten en huisartsen in de kwaliteitskringen. Wel gaat het hier om een uniek initiatief van Vlaamse huisartsen, dat nadere bestudering verdient.

5.6.1 Beroepsorganisaties van huisartsen

Een belangrijk probleem bij de vorming van een beroepsorganisatie voor alle Belgische huisartsen betreft de verschillende visies van Vlaamse en Waalse huisartsen op de positie van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem. Vlaamse huisartsen zijn meer georiënteerd op het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waarin de huisartsen fungeren als poortwachters. Voor Waalse huisartsen vormt het Franse gezondheidszorgsysteem het belangrijkste referentiekader, waarin echelonnering ontbreekt en huisartsen een ondergeschikte rol vervullen. De belangenbehartiging van huisartsen is mede daardoor als een lappendeken over verschillende artsenorganisaties verdeeld. Zowel de syndicaten Wynen als De Brabanter beweren voor de belangen van specialisten én huisartsen op te komen. Maar het machtige syndicaat Wynen wordt gedomineerd door Brusselse specialisten, terwijl De Brabanter meer opkomt voor de belangen van huisartsen.¹⁵⁶ In de tijd zijn verschillende pogingen van huisartsen om zich te organiseren in één vereniging, uitgelopen op een mislukking. Zo ging de in 1961 opgerichte Unie van Belgische Omnipracticci twee jaar later al weer ten onder. Wel werden er huisartsenverenigingen opgericht die op de steun van een deel van de huisartsenpopulatie konden rekenen, zoals het in 1965 gestichte Verbond der Belgische Omnipracticci (VBO). Verder zag in 1980 de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) het levenslicht. Van deze huisartsenkringen zijn de huisartsen afhankelijk voor hun wachtdiensten. Hoewel het UHAK-bestuur zich ook bemoeit met de materiële belangenbehartiging, behoeven de ingenomen standpunten niet te correleren met die van de leden van de huisartsenkringen. De huisartsenorganisaties vormen veelal coalities met de grote syndicaten Wynen (UHAK) en De Brabanter (VBO). Sinds 1963 beschikken de Vlaamse huisartsen over een eigen wetenschappelijke vereniging, de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH). Voorts zijn er in Vlaanderen twee instituten werkzaam op het gebied van huisartsgeneeskundig onderzoek (Vlaams Huisartseninstituut) en navorming (Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut).¹⁵⁶ Aan Waalse zijde manifesteren huisartsen zich niet in een afzonderlijke organisatie van importantie. Het ontbreekt de Waalse huisartsen aan enig zelfbewustzijn en zij accepteren veelal de belangenbehartiging van het artsensyndicaat Wynen.

Resumerend, vanwege de verschillende oriëntatie van Vlaamse en Waalse huisartsen, de versnippering van de huisartsenbelangenbehartiging over verschillende organisaties en de dominerende invloed van de specialisten binnen het

machtigste artsensyndicaat (Wynen), is de politieke invloed van de huisartsen in georganiseerd verband begin jaren negentig zeer beperkt.

5.6.2 De beroepsopleiding tot huisarts, 1968-1996

Voor de Tweede Wereldoorlog wilden zowel de artsenorganisaties als hun leden een onderscheid tussen specialisten en huisartsen in status en inkomen voorkomen, waardoor erkende beroepsopleidingen tot specialist of huisarts uitbleven. Na de oorlog erkende de overheid in 1958 eerst 25 verschillende specialismen. Vanaf 1963 leidde een voltooide beroepsopleiding tot specialist tot een hoger honorarium. Hierdoor raakten de huisartsen, die geen eigen wetenschappelijk domein hadden geclaimd en niet over een beroepsopleiding beschikten, achterop.¹⁵⁷ Een eigen beroepsopleiding is voor een beroepsgroep van groot belang, om inhoud te kunnen geven aan het eigen wetenschappelijk domein. Tevens dient de beroepsopleiding als instrument voor uitsluiting en onderscheiding, waarmee de eigen machtspositie wordt versterkt. Aangezien een numerus fixus voor de medische basisopleiding tot arts vooralsnog ontbreekt (zie paragraaf 5.4.1), zou een wettelijk erkende beroepsopleiding tot huisarts kunnen bijdragen aan het voorkomen van een huisartsenoverschot. Dan zouden de huisartsenorganisaties, met de steun van de overheid, het aantal opleidingsplaatsen beperkt moeten houden.

In het hiernavolgende is de totstandkoming van de beroepsopleiding van huisartsen bestudeerd, waarbij de vraag is gesteld of de huisartsen erin zijn geslaagd een eigen wetenschappelijk domein af te bakenen. Vervolgens is bestudeerd in welke mate de huisartsen hiermee het huisartsenaanbod hebben gereguleerd.

Net als in Groot-Brittannië en Nederland werden er in België rond 1970 plannen ontwikkeld voor het instellen van een huisartsenberoepsopleiding om de huisartsgeneeskunde op een hoger plan te tillen. Deze initiatieven beperkten zich hoofdzakelijk tot huisartsen in Vlaanderen. De universiteiten van Leuven en Antwerpen begonnen in respectievelijk 1968 en 1972 met een eigen beroepsopleiding tot huisarts.¹⁵⁸ Boelaert werd in 1968 te Leuven als de eerste Belgische hoogleraar huisartsgeneeskunde benoemd.¹⁵⁹ In 1972 stelde een initiatief van de ziekenfondsen huisartsen in staat een aanvullende opleiding te volgen. Huisartsen die deze opleiding hadden gevolgd zouden een hoger honorarium mogen berekenen. Daarmee leek de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde aan de medische faculteiten op gang te komen. Maar enige verplichting tot het volgen van de beroepsopleiding ontbrak. Verder maakten de medische faculteiten, op die van Leuven en Antwerpen na, geen haast met het opzetten van een vakgroep huisartsgeneeskunde. Bijgevolg had de beroepsopleiding tot huisarts in het midden van de jaren zeventig niet veel om het lijf.

In 1975 besloot de Nationale Commissie van Geneesheren en Ziekenfondsen van het RIZIV dat huisartsen die 100 uur (in 1978 verlengd tot 200 uur) navorming volgden in aanmerking zouden komen voor een hoger honorarium. Hierdoor kwam de beroepsopleiding tot huisarts wederom op de agenda. Het machtige artsensyndicaat Wynen steunde een beroepsopleiding voor huisartsen,

zolang deze maar was gestructureerd als een opleiding tot semi-internist.¹⁶⁰ Dit stond haaks op de holistische visie op de huisartsgeneeskunde, zoals die in de Britse en Nederlandse huisartsenopleidingen opgeld deed. Met een beroepsopleiding als semi-internist konden de Belgische huisartsen zich evenwel niet ten opzichte van specialisten profileren. Daarvoor moet het bijzondere van de huisarts, zijn generalistische functie voor mensen en gezinnen worden erkend.¹⁶¹ Daar had het syndicaat Wynen geen belang bij, aangezien het syndicaat zich verzette tegen pogingen de huisarts te verheffen tot poortwachter in het gezondheidszorgsysteem.¹⁶² Toch werden in 1978 bij Ministerieel Besluit erkenningscriteria voor een vrijwillige huisartsenopleiding gedefinieerd. Het toezicht op de beroepsopleiding kwam in handen van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen. Maar de beroepsopleiding tot huisarts bleek in die jaren geen 'hot item'. Een Nederlandse geneeskundiginspecteur, die in 1978 verslag deed van een colloquium van het ministerie van Onderwijs, schreef hierover: 'Opvallend was dat er door geen van de Belgische sprekers met geen enkel woord over de toch ook in België bestaande ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde gerept werd, met inbegrip van de opleiding!'¹⁶³ Deze inspecteur gaf hiervoor enkele bekend in de oren klinkende oorzaken. De pluriformiteit van de Belgische samenleving manifesteert zich ook aan de universiteiten, door verschillen tussen zowel Vlaamse (Angelsaksisch-Nederlands georiënteerd) en Waalse universiteiten (Frans georiënteerd), als tussen Rijks- en Vrije universiteiten. Verder kan de overheid slechts in beperkte mate een sturende rol vervullen voor de universiteiten, aangezien zij in principe geen zeggenschap heeft over de curriculumopbouw, -vorm en -inhoud van de medische opleiding aan zowel de Vrije als de Rijksuniversiteiten. Uiteindelijk kreeg de vrijwillige beroepsopleiding in 1983 een vaste vorm. Het zevende jaar van de basisopleiding gold als het eerste theoretische jaar van de beroepsopleiding tot huisarts. Daarna dienden kandidaat-huisartsen twee jaar ervaring op te doen in een huisartspraktijk. De hiermee verkregen titel huisarts werd in 1990 wettelijk beschermd. Dit liet de volgende problemen niet onverlet: hoorcolleges werden in het zevende theoretische jaar aan de universiteiten vooral door specialisten verzorgd, terwijl een onder huisartsen algemeen geaccepteerde visie op de huisartsgeneeskunde ontbrak;¹⁶⁴ veel artsen volgden de huisartsenopleiding als tweede keus; het aantal opleidingsplaatsen bleef beperkt door het bescheiden aantal stagebegeleiders; terwijl de beroepsopleiding en de titel van huisarts niet verplicht werden gesteld voor de uitoefening van de genees-, heel- en verloskunde.¹⁶⁵ Zodoende konden artsen zonder een afgeronde huisartsenopleiding zich gewoon vestigen, zij het niet met de titel huisarts.

De omzetting van de vrijwillige naar een verplichte beroepsopleiding was uiteindelijk het gevolg van de Europese integratie en het daarmee toenemende belang van Europese wetgeving. Per 1 januari 1995 zouden alle lidstaten van de Europese Unie over een verplichte driejarige beroepsopleiding tot huisarts moeten beschikken. Geheel in lijn met de Belgische reguleringscultuur werd naar een oplossing gezocht. In maart 1994 verkondigde de minister van Onderwijs dat hij vanwege de kosten een verplichte beroepsopleiding tot huisarts niet zag zitten. Een adviescommissie diende daarvoor een oplossing te zoeken. Het

compromis was de bestaande situatie anders te verwoorden. Kandidaat-huisartsen mochten gedurende hun twee-jarige praktijkopleiding (na het eerste jaar van de beroepsopleiding aan de medische faculteiten) zelf een praktijk beginnen, officieel onder toezicht van een ervaren huisarts. Daarmee was de kandidaat-huisarts (theoretisch) van een inkomen voorzien en kon de huisartsenopleiding budgetneutraal worden ingevoerd.

Hoe is het thans met de huisartsenopleiding gesteld? Het vak huisartsgeneeskunde lijkt zich aan de verschillende medische faculteiten nog in verschillende stadia van ontwikkeling te bevinden. Zo stelde de Waalse medische faculteit in Luik pas in 1993 haar eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde aan.¹⁶⁶ Hiermee worden eens te meer de verschillen tussen de Vlaamse en Waalse faculteiten aangetoond, waarbij het vak in Wallonië nog in de kinderschoenen staat.

Tenslotte kan de vraag worden gesteld of met de verplichte huisartsenopleiding de instroom van huisartsen is beperkt. In 1995 studeerden niet minder dan 600 kandidaat-huisartsen af, terwijl de behoefte hieraan wordt geschat op 200,¹⁶⁷ waardoor niet kan worden gesteld dat met de verplichte beroepsopleiding de groei in het aanbod van huisartsen wordt beperkt.

Voorts kan de verplichte huisartsenopleiding zijdelings een bijdrage leveren aan de beperking van het huisartsenoverschot, door de praktiserende artsen die de huisartsenopleiding niet hadden doorlopen en de artsen die als bedrijfsarts, ambtenaar of ziekenhuisdirecteur buiten kantooruren nog wat bijverdienen als huisarts, hun bevoegdheid als huisarts te ontnemen. In oktober 1994 besloot de minister voor de Volksgezondheid echter alle artsen als huisarts te erkennen. Maar erkenning van alle artsen als huisarts betekende niet dat geen onderscheid gemaakt kan worden in de honorering tussen erkende geaccrediteerde en gewone erkende huisartsen: een slimme zet van de minister voor de Volksgezondheid, die hiermee het probleem verschoof naar zijn collega op Sociale Zaken die verantwoordelijk is voor de tarieven. De Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen reageerde geïrriteerd: 'De lobby van geneesheren-ambtenaren die na hun uren nog wat bijverdienen als huisarts is blijkbaar te sterk geweest.'¹⁶⁸

Anno 1996 fungeert de verplichte huisartsenopleiding voor de huisartsenorganisaties nog niet als reguleringsinstrument van het huisartsenaanbod. Mogelijk wordt de praktijkuitvoering van onder meer de 'bijklussende' en jonge huisartsen beperkt door de invoering van accreditatie in 1996. Om voor accreditatie en een hoger honorarium in aanmerking te komen is voor huisartsen een drempelactiviteit van 1250 huisarts-patiënt contacten per jaar vastgesteld (zie paragraaf 5.4.4). Hieraan zullen de 'bijklussende' en jonge huisartsen minder snel voldoen in vergelijking met hun voltijd werkende oudere collega's.

Resumerend, anno 1996 hebben de huisartsen nog geen visie op de huisartsgeneeskunde ontwikkeld die in brede Vlaamse en Waalse (huis)artsenkringen wordt geaccepteerd. Voorts fungeert de huisartsenopleiding vooralsnog niet als een instrument voor uitsluiting en onderscheiding, waarmee het huisartsenaanbod kan worden gereguleerd.

5.6.3 Kwaliteitskringen

Voor de bespreking van normerende kwaliteitsinstrumenten van huisartsen, wordt er eerst een aantal factoren genoemd die het beoordelen van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen met meer expliciete normen zowel inhoudelijk als procedureel bemoeilijken. Allereerst kunnen huisartsen zich, in vergelijking met specialisten, bij toetsing minder beperken tot 'harde' medisch-technische handelingen. Deze behoren in de huisartsgeneeskunde juist niet tot de essentie van het werk. Voorts zijn de huisartsen veelal in solopraktijken werkzaam en ontbreekt een infrastructuur waarbinnen toetsing plaats zou kunnen vinden. Verder brengt de positie van Belgische huisartsen in de gezondheidszorg, in vergelijking met hun Britse en Nederlandse collega's, extra problemen met zich mee voor het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten. Zoals eerder vermeld wordt er meer voor dan door huisartsen over hun beroepsuitoefening beslist, ontbreekt het aan een algemeen aanvaarde visie op de huisartsgeneeskunde en wordt er geen controle op de toegang tot het beroep via de beroepsopleiding uitgeoefend. Tenslotte maken het groeiende huisartsenoverschot en de daarmee toenemende onderlinge concurrentie tussen huisartsen, het onwaarschijnlijk dat huisartsen veel initiatieven ontplooiën inzake het ontwikkelen en invoeren van normerende kwaliteitsinstrumenten voor hun medisch handelen.

Ondanks het bovenstaande hebben enkele Vlaamse huisartsen midden jaren tachtig geprobeerd kwaliteitskringen te introduceren. In 1986 startte het Vlaams Universitair Huisartseninstituut (VUH) met dit ambitieuze project.¹⁶⁹ Het betreft hier een open 'bottom-up' vorm van intercollegiale toetsing, waaraan zowel huisartsen als hun patiënten op basis van gelijkwaardigheid deelnemen. Een kwaliteitskring kan worden gezien als een kwaliteitscirkel met acht stappen, te weten: vertellen van eigen ervaringen; keuze van thema's en structuurformulering; probleemdefiniëring; doelformulering; middelenkeuze; plan van aanpak; uitvoering; en evaluatie.

In 1993 bracht een evaluatie van negen kwaliteitskringen een aantal problemen aan het licht. Allereerst bleken kwaliteitskringen in het algemeen en het doorvoeren van veranderingen in het bijzonder, (te) veel tijd te kosten. Ten tweede koesterden patiënten vaak te hoge verwachtingen van de kwaliteitskringen. De irreëel gestelde doelstellingen konden daardoor niet worden gehaald, met teleurstelling bij patiënten als gevolg. Ten derde hadden veel huisartsen moeite met de gelijkwaardige rol van de patiënten in de kringen. Tenslotte verliep de financiering van kwaliteitskringen niet naar wens. De eerste kwaliteitscirkels werden gesubsidieerd door de Koning Boudewijnstichting.

In 1995 was niemand in staat of bereid de verdere ontwikkeling van kwaliteitskringen financieel te ondersteunen. Zo beschikten de VUH en de wetenschappelijke vereniging WVVH niet over de benodigde middelen, terwijl de (federale en Vlaamse) overheid, de ziekenfondsen en de universitaire huisartseninstituten geen belangstelling toonden.¹⁷⁰ Daarmee stierven de kwaliteitskringen een stille dood. Alhoewel de overheid dit initiatief van huisartsen niet steunde, werd wel ingestemd met het voorstel van de christelijke ziekenfondsen om huisartsen te verplichten tot deelname aan intercollegiale toetsing, 'peer review' genoemd.

Hiervoor dienen ook de huisartsen zich te organiseren in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's).

5.6.4 De introductie van intercollegiale toetsing onder huisartsen

De totstandkoming van accreditatie is uitgebreid besproken in paragraaf 5.4.4, terwijl de uitvoering ervan voor specialisten in paragraaf 5.5.3 aan bod is gekomen. Om voor accreditatie in aanmerking te komen dienen ook huisartsen deel te nemen aan een vorm van intercollegiale toetsing, 'peer review' genoemd. De organisatie van 'peer review' onder huisartsen is goed te vergelijken met die van specialisten. Ook de huisartsen moeten zich in Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK's) van 8 tot 25 artsen verenigen, vier bijeenkomsten per jaar organiseren en twee daarvan bijwonen om voor accreditatie in aanmerking te komen. Een verslaggever stuurt jaarlijks een activiteitenverslag naar een provinciaal leescomité. Toetsing zou lange tijd moeten plaatsvinden aan de hand van 'medische profielen'. Vlak voordat 'peer review' als voorwaarde voor accreditatie wordt ingevoerd (1 januari 1997), komen de artsensyndicaten met de overheid en de ziekenfondsen het zogenoemde 'protocolakkoord' overeen. Voorts wordt de Nationale Peer Review Commissie (NPRC) opgericht, die activiteiten in het kader van 'peer review' moet gaan begeleiden. Ook mogen (huis)artsen elkaars handelen in plaats van met de nationale 'medische profielen' ook met lokaal ontwikkelde 'profielen', richtlijnen of standaarden gaan beoordelen. Het is daarom tevens de taak van de NPRC om al deze lokale initiatieven, zo mogelijk, te harmoniseren. In 1996 zijn ook de huisartsen begonnen zich te verenigen in lokale kwaliteitsgroepen, die vanaf 1997 de vier jaarlijkse bijeenkomsten moeten organiseren.

De invoering van 'peer review' als voorwaarde voor accreditatie was echter niet de voornaamste zorg van veel huisartsen. De dreigende tweedeling tussen huisartsen die wel of niet aan de drempelactiviteit voldoen bedreigde de laatste groep in haar levensonderhoud. Huisartsen kwamen dan ook massaal tegen de invoering van accreditatie in het geweer. Om hun onmacht te doorbreken probeerden zij zich te verenigen in één beroepsorganisatie. Het VBO ging op in het nieuwe Syndicaat van Vlaamse Huisartsen. De UHAK organiseerde rechtstreekse verkiezingen voor een huisartsenparlement, om het verzet tegen accreditering een legitieme basis te geven. Ook de WVVH, het syndicaat De Brabanter en de Vlaamse medische faculteiten veroordeelden de voorgestelde vorm van accreditatie.¹⁷¹ In december 1994 protesteerden 3000 huisartsen in een door de UHAK georganiseerde demonstratie voor het Gentse congresgebouw. Huisartsen vielen vergaderingen van de RIZIV-commissies binnen, hielden een rijdende protestmanifestatie door het land en schreven talloze protestbrieven in landelijke dagbladen.¹⁷² In 1996 kregen de huisartsen in hun protest tijdelijk gezelschap van het artsensyndicaat Wynen, vanwege het conflict tussen het syndicaat Wynen en de federale minister van Volksgezondheid Colla over wie normen voor het medisch handelen mag opstellen (zie paragraaf 5.5.3). Nochtans wordt accreditatie, ondanks alle huisartsenprotesten, begin 1996 gestaag ingevoerd.

Over de uitvoering van 'peer review' kunnen in juli 1996 nog geen uitspraken worden gedaan. Een inhoudelijke discussie over de invoering en uitvoering van 'peer review' heeft in 1996 amper plaatsgevonden. Wel kan 'peer review' in zijn oorspronkelijke opzet, namelijk met behulp van 'medische profielen', worden gewaardeerd als een heel rudimentaire en twijfelachtige vorm van intercollegiale toetsing, waarmee het huisartsgeneeskundig handelen niet in meer expliciete (en relevante) regels wordt gevat (zie ook paragraaf 5.5.3). Mogelijk heeft dit de oordeelsvorming van huisartsen over 'peer review' negatief beïnvloed. Dit stelt de medewerking van artsen aan dit instrument ter discussie, ook al lijkt het erop dat het medisch beroep het initiatief inzake 'peer review' eind 1996 in handen heeft, waardoor 'peer review' zich kan ontwikkelen als een door de beroepsgroep gedomineerd instrument.

Concluderend: ondanks de sinds 1993 toenemende druk van niet-medische partijen op de zelfregulering van de huisartsen, ontwikkelden de huisartsen in organisatorisch verband geen normerende kwaliteitsinstrumenten voor het verwezenlijken van een structurele zicht- en meetbare kwaliteitszorg. Hier ligt een veelvoud van oorzaken aan ten grondslag. De versnippering van de huisartsenbelangenbehartiging over verschillende beroepsorganisaties (van huisartsen en specialisten samen) en de uiteenlopende oriëntatie van Vlaamse en Waalse huisartsen op het gezondheidszorgsysteem, maakten initiatieven van huisartsen in deze vrijwel onmogelijk. Deze tegenstelling draagt ertoe bij dat huisartsen nog geen visie op de huisartsgeneeskunde hebben ontwikkeld, die in brede huisartsenkringen is geaccepteerd. Dit maakt het met normerende kwaliteitsinstrumenten meer in regels vatten van het huisartsgeneeskundig handelen uiterst moeilijk. Verder wordt de toegang tot het huisartsenberoep via de huisartsenopleiding niet beperkt. Nog meer dan bij specialisten, staat iedere hervorming van de gezondheidszorg in het teken van de inperking van het almaar groeiende huisartsenoverschot, hetgeen een inhoudelijke discussie over normerende kwaliteitsinstrumenten naar de marge verplaatst.

Het normeren van het medisch handelen via 'peer review' als voorwaarde voor accreditatie is dan ook nauw verbonden met de inperking van het huisartsenoverschot. Hiermee is de belangrijkste dreiging voor zowel de kwaliteit van zorg als de positie van de huisartsen in de gezondheidszorg genoemd. Eerst zal hiervoor een oplossing moeten worden gevonden, alvorens Belgische huisartsen een met Nederlandse en Britse huisartsen vergelijkbare mate van zelfregulering en structurele vormen van zicht- en meetbare kwaliteitszorg kunnen verwezenlijken. Met 'peer review' voor huisartsen in de huidige vorm wordt het huisartsgeneeskundig handelen niet in meer expliciete regels gevat, verschuift de klinische autonomie van de huisarts niet naar zijn beroepsorganisaties en verwerven niet-medische partijen geen controle op de medische beroepsuitoefening van huisartsen. Net als bij de specialisten blijft het beoordelen van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen een individuele professionele verantwoordelijkheid van de huisarts zelf.

5.7 Slotbeschouwing

Allereerst kan worden vastgesteld dat de zelfregulering van het medisch beroep, via de medische opleidingen en het medisch tuchtrecht, de periode 1970-1996 grotendeels heeft overleefd. De verwezenlijking van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg staat in België pas kort op de agenda. Op initiatief van de (christelijke) ziekenfondsen is een vorm van intercollegiale toetsing ('peer review') door de overheid verplicht gesteld voor artsen die in aanmerking willen komen voor accreditatie (en extra inkomsten). Hiervoor dienen artsen zich anno 1996 te organiseren in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's), terwijl vanaf 1 januari 1997 jaarlijks twee toetsingsbijeenkomsten moeten worden bijgewoond. Op deze bijeenkomsten bespreken artsen elkaars handelen aan de hand van onder meer 'medische profielen', die sedert het begin van de jaren tachtig zijn ontwikkeld om buitensporig declarerende artsen op te sporen. Hiernaast mogen artsen elkaars handelen ook met lokaal ontwikkelde richtlijnen en standaarden beoordelen. Of artsen deze vorm van toetsing als een instrument van kwaliteitszorg zullen ervaren valt te betwijfelen. De implementatie van 'peer review' vindt namelijk plaats binnen de context van één allesoverheersend thema: de beheersing van de stijgende kosten van de gezondheidszorg tegen de achtergrond van een voortdurend aanzwellend artsenoverschot. Over een van de meest effectieve oplossingen hiervoor, het instellen van een numerus fixus voor de medische basisopleiding, bereikten de partijen in de gezondheidszorg tussen 1970 en 1996 geen consensus.

Binnen deze context is in dit hoofdstuk de vraag gesteld in welke mate recente ontwikkelingen de kern van de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) van Belgische artsen hebben kunnen bedreigen. Hierbij zijn ten aanzien van de invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten de volgende vragen gesteld: in hoeverre het medisch handelen zich via deze instrumenten in regels laat vatten, in welke mate de klinische autonomie van de arts verschuift naar zijn beroepsorganisaties en in hoeverre normerende kwaliteitsinstrumenten controle op het medisch handelen door niet-medische partijen dichterbij hebben gebracht. In de paragrafen 5.5 (aangaande specialisten) en 5.6 (aangaande huisartsen) werd geconcludeerd dat het waarborgen van de kwaliteit van het medisch handelen in België vooralsnog een individuele professionele verantwoordelijkheid van de artsen zelf is gebleven.

Waarvoor kwam de ontwikkeling en invoering van normerende kwaliteitsinstrumenten door de medische beroepsorganisaties zelf niet van de grond? De inactiviteit van de medische beroepsorganisaties in deze laat zich allereerst verklaren uit de (tot het midden van de jaren tachtig) beperkte externe druk op de zelfregulering van het medisch beroep. Ten tweede draagt het almaar groeiende artsenoverschot bij aan de toenemende onderlinge verdeeldheid onder de artsen, waardoor de beleidsruimte van de medische beroepsorganisaties voor het ontwikkelen van nieuw beleid wordt ondermijnd. Zoals eerder in paragraaf 5.6 is geconcludeerd, gelden voor de beroepsorganisaties van de achtergestelde huisartsen nog meer beperkingen voor het initiëren van een eigen beleid. Een van die oorzaken betreft de uiteenlopende oriëntatie van Vlaamse en Waalse

huisartsen op het gezondheidszorgsysteem, waardoor geen overeenstemming is bereikt over de inhoud van het vak huisartsgeneeskunde, hetgeen het meer in regels vatten van het huisartsgeneeskundig handelen uiterst moeilijk maakt. Desalniettemin heeft externe druk er in 1993 wel toe geleid dat de medische beroepsorganisaties akkoord zijn gegaan met de accreditatie van artsen, waarvan het normerend kwaliteitsinstrument 'peer review' een onderdeel vormt. Maar de medewerking van artsen aan deze opgelegde vorm van intercollegiale toetsing is uiterst twijfelachtig. Allereerst maakt de zware onderlinge concurrentie tussen artsen het onwaarschijnlijk dat zij onbevungen transparant aan niet-medische partijen verantwoording afleggen over hun medisch handelen. Ten tweede is de invoering van accreditatie onvermijdelijk gekoppeld aan de inperking van het artsenoverschot, hetgeen een discussie over andere vormen van kwaliteitszorg naar de kantlijn verplaatst. Een inhoudelijke discussie over de vormgeving van 'peer review' heeft dan ook tot 1996 niet plaats gevonden. De ingevoerde vorm van 'peer review' was meer de resultante van een compromis tussen de medische beroepsorganisaties, de ziekenfondsen en de overheid. Het medisch handelen dienden artsen in eerste aanleg te beoordelen aan de hand van 'medische profielen', die zelf weinig betrekking hebben op de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening. Vlak voor de verplichte invoering van het instrumenten in januari 1997, kwamen de artsensyndicaten met de overheid en de ziekenfondsen overeen dat artsen elkaars handelen ook met lokaal ontwikkelde richtlijnen en standaarden mogen beoordelen. Of artsen dit instrument, na de valse start, nog als een vorm van kwaliteitszorg zullen ervaren valt te betwijfelen. Vooralsnog wordt met 'peer review' het medisch handelen niet in meer expliciete regels gevat, verschuift de klinische autonomie van de arts niet naar zijn beroepsorganisaties en verwerven niet-medische partijen met 'peer review' geen controle op het medisch handelen.

Niet 'peer review', maar het immer aanzwellende artsenoverschot vormt een grote bedreiging voor de klinische en economische autonomie van veel artsen. De in de wet verankerde vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen geldt in de praktijk namelijk alleen voor artsen die van een redelijk inkomen zijn voorzien. Het groeiende artsenproletariaat daarentegen, wordt in toenemende mate afhankelijk van het slim inspelen op de nomenclatuur, ofwel, het verrichten van die handelingen die het best worden vergoed. Toenemende onderlinge concurrentie tussen artsen verhoogt ook de onderlinge tegenstellingen tussen huisartsen versus specialisten en gevestigde versus jonge artsen. Dit maakt het voor de artsensyndicaten telkens moeilijker een beleid te formuleren dat op voldoende steun van de achterban kan rekenen. Daarom beperkt het machtigste artsensyndicaat Wynen zich tot het zolang en zoveel mogelijk behouden van de status quo. De politieke autonomie van dit artsensyndicaat wordt meer en meer gereduceerd tot het opzeggen van het jaarlijks gesloten akkoord met de ziekenfondsen, een wapen dat aan invloed verliest naarmate het meer wordt gehanteerd. Het groeiende artsenproletariaat zal namelijk geneigd zijn de eerder overeengekomen tarieven toch te volgen, doodgewoon omdat hun inkomenspositie niets anders toelaat. De al bestaande tweedeling binnen het medisch

beroep tussen artsen die zich wel en niet kunnen bedruipen zal onvermijdelijk worden geformaliseerd, de vraag is alleen hoe en wanneer.

Concluderend: de status quo ondermijnt, door het ontbreken van een numerus fixus en het hierdoor toenemend artsenoverschot, vooral de positie van het medisch beroep in de gezondheidszorg. Vervolgens is het de vraag in hoeverre niet-medische partijen hun invloed op het medisch handelen wisten te vergroten met juridische en financieringsinstrumenten, met als doel de stijgende kosten van de gezondheidszorg een halt toe te roepen.

In paragraaf 5.3.4 is geconcludeerd dat de randvoorwaarden van het medisch handelen, met name ten aanzien van de honorering, in een gestaag tempo aan juridische regels worden gebonden, maar dat van een juridisering van de gezondheidszorg vooralsnog geen sprake is. Bedreigender voor de medische handelingsvrijheid zijn de in 1994 door de overheid en ziekenfondsen geïntroduceerde nieuwe financieringsinstrumenten voor de zorgverlening. In paragraaf 5.3 is geconcludeerd dat de vanaf 1993 sterkere greep van de overheid op het macrobudget van de gezondheidszorg, het verhogen van de eigen bijdragen, de 'responsibilisering' van de ziekenfondsen en de 'pathologiefinanciering' voor ziekenhuizen, aanvankelijk kostenbesparende vruchten hebben afgeworpen. Deze toenemende bemoeienis van niet-medische partijen met het medisch handelen uitte zich in diverse conflicten, zowel tussen specialisten en ziekenhuismanagers, als tussen medische beroepsorganisaties en de overheid plus de ziekenfondsen. Echter, de overheid en de ziekenfondsen slaagden er niet in zicht- en meetbare informatie over het medisch handelen te verwerven. De Raad van State verklaarde het verzamelen van gedetailleerde medische gegevens door de overheid in december 1993 onwettig, omdat de anonimiteit van patiënten er onvoldoende mee werd gewaarborgd. Vast staat dat de nieuwe financieringsinstrumenten het medisch handelen van artsen hebben beïnvloed, maar dat de controlemogelijkheden van de overheid en de ziekenfondsen op het medisch handelen van artsen via deze instrumenten beperkt zijn gebleven. Ook de controle van het RIZIV op overmatig declarerende artsen, met behulp van 'medische profielen', heeft vooralsnog meer een symbolische dan een reële waarde gehad. Aldoende lopen de kosten van de gezondheidszorg in het begin van 1996, ten opzichte van het voorgaande jaar, weer dramatisch (met 19 procent) op. Mogelijk hebben de aanbieders van zorg (artsen en ziekenhuizen) de beperkingen van de nieuwe financieringsinstrumenten verkend en weten zij de financieringsstromen weer succesvol in een door hen gewenste richting om te buigen.

Concluderend: ondanks de verzwakte positie van het medisch beroep in de gezondheidszorg, zijn artsen anno 1996 op zowel individueel als collectief niveau in staat een grote hindermacht te ontwikkelen, waarmee zij door hen ongewenste regulering van de overheid en de ziekenfondsen aanzienlijk kunnen frustreren. Het is vooralsnog de consistentie met het verleden die anno 1996 haar opgeld doet in de Belgische gezondheidszorg. De implementatie van nieuwe financieringsinstrumenten wordt namelijk niet alleen gehinderd door de 'normale' weerstand van de gereguleerden, maar ook door de niet te vermijden Vlaams-Waalse tegenstellingen.

De kern van de status quo die België heet, ligt in de samenstelling van het land uit een Nederlandstalig Vlaanderen en een Franstalig Wallonië. Politieke besluitvorming komt alleen tot stand bij de gratie van een dubbele consensus (ideologisch en linguïstisch). De sinds 1980 ingezette federalisering van de overheid moest leiden tot een krachtiger decentrale politieke besluitvorming, bijvoorbeeld door het delegeren van federale besluitvorming voor de gezondheidszorg aan de Vlaamse, Waalse en Brusselse gemeenschapsregeringen. Maar tegelijkertijd bracht de federalisering de solidariteit tussen de verschillende gemeenschappen in gevaar, wat het voortbestaan van België als een ongedeelde natie bedreigt. Hierdoor liggen bijvoorbeeld de verschillen in het zorggebruik tussen Vlaanderen en Wallonië politiek dermate gevoelig, dat het vrijwel ondoenlijk is daarover gegevens te verzamelen. Als de 'geresponsibiliseerde' ziekenfondsen in 1994 budgetten krijgen toegemeten die deels op grond van linguïstisch-ideologisch-politiek geïnspireerde criteria worden berekend, zijn de mogelijkheden voor sturing van het zorgaanbod beperkt en financiële problemen onvermijdelijk. Zodoende houden de communautaire en verzuilde tegenstellingen tussen Vlamingen en Walen, confessionelen en socialisten elkaar onveranderlijk in een politieke houdgreep, die ook anno 1996 verandering lijkt te frustreren.

De meest prangende vraag die overblijft is: leidt het toenemend artsenoverschot tot een deprofessionalisering van het medisch beroep, of louter tot een scheiding tussen artsen die zich wel en die zich niet van een leefbaar inkomen kunnen voorzien. Het laatste lijkt het meest waarschijnlijk. Geen enkele partij in de Belgische gezondheidszorg heeft er belang bij dat de kwaliteit van zorg ten ondergaat aan een verstikkend overaanbod van artsen. Gezien de aanzienlijke hindermacht die artsen op zowel individueel- als groepsniveau kunnen ontwikkelen, zullen de overheid en de ziekenfondsen bij het maken van bindende afspraken niet om de medische beroepsorganisaties heen kunnen. Voor het in- en doorvoeren van noodzakelijke en pijnlijke maatregelen zal in ieder geval de steun moeten worden gezocht van een substantieel deel van de medische beroepsgroep. Door het stellen van een drempelactiviteit voor accreditatie is een eerste stap al gezet. Voorts heeft de toenemende druk van de federale minister van Volksgezondheid Colla op alle partijen in de gezondheidszorg geleid tot overeenstemming tussen de artsensyndicaten en de ziekenfondsen over het instellen van een numerus fixus voor de medische basisopleiding in het jaar 2004. Of de afspraken in deze ook zullen leiden tot de daadwerkelijke instelling van de numerus fixus zal de toekomst moeten leren. Maar eens zullen de partijen hun onderlinge verwevenheid in verdeeldheid moeten overwinnen om het tij te keren.

6 Slotbeschouwing

6.1 Inleiding

Sinds de jaren zeventig hebben externe omstandigheden als een groeiende zorgvraag en economische recessies, tezamen met de voortgaande ontwikkeling van de medische wetenschap en de specialisatie van artsen, de zelfregulering van de Britse, Nederlandse en Belgische medische beroepen een nieuw gezicht gegeven. De vraag is echter of veranderingen in de zelfregulering een verlies aan zelfregulering betekenen, zodat gesproken kan worden van een 'deprofessionalisering' van het medisch beroep.

Voor het reguleren van diensten in de samenleving vormen algehele zelfregulering en directe overheidsregulering de uitersten van een continuüm. De grenzen tussen verschillende vormen van regulering zijn niet absoluut maar gradueel. Voorts sluiten deze vormen van regulering elkaar niet uit. Waar medische beroepsorganisaties bijvoorbeeld tevreden zijn over hun zeggenschap aangaande de medische opleidingen, kunnen zij op andere beroepsgebonden terreinen veel te wensen hebben. Het bijzondere van het medisch beroep, het beschikken over een grote mate van zelfregulering, kan worden gezien als een uitdrukking van de professionele autonomie, waarin een politieke, economische en klinische autonomie kunnen worden onderscheiden. In dit proefschrift staat de klinische autonomie (de vrijheid in diagnostisch en therapeutisch handelen) centraal. Aan deze klinische autonomie wordt het meeste belang gehecht voor het behoud van de zelfregulering. Wel wordt de zelfregulering van het medisch beroep door diverse sociaal-wetenschappelijke benaderingen verschillend gewaardeerd. Zo relateren vertegenwoordigers van de functionalistische benadering zelfregulering aan de complexiteit van het medisch handelen en het belang dat in de samenleving aan gezondheid wordt gehecht. Aangezien leken geen zicht hebben op de kwaliteit en prijs van het medisch handelen, is het zowel voor het medisch beroep als voor de samenleving profijtelijk om op voorhand tot een vergelijk te komen. In ruil voor een hoog inkomen, prestige en bescherming tegen concurrentie, stellen artsen hun klinische autonomie in dienst van het welzijn van de patiënt. Aanhangers van de machts- en beheersingsbenadering beschouwen het medisch beroep als een kartel gericht op eigen belang en stellen dat het medisch beroep de zelfregulering via goede belangenbehartiging heeft verworven.

In paragraaf 1.4 is geponeerd dat de twee belangrijkste elementen van de zelfregulering, klinische autonomie en belangenbehartiging, elkaar complementeren. In dit proefschrift is de vraag gesteld in hoeverre veranderingen in de zelfregulering zijn toe te schrijven aan wijzigingen in de klinische autonomie (doordat de onbepaalde *geneeskunst* terrein verliest aan de meer technische *geneeskunde*) en/of (minder) succesvolle belangenbehartiging. Binnen de medische beroepsuitoefening treedt de meer technisch georiënteerde *geneeskunde* steeds nadrukkelijker op de voorgrond, waardoor de 'klinische blik' meer en meer zou worden vervangen door ingewikkelde technische hulpmiddelen voor de medische diagnostiek en therapie. In deze zin verliest de onbepaalde genees-

kunst terrein aan de technisch georiënteerde *geneeskunde*. Maar het is de vraag of de balans tussen *kunst* en *kunde* substantieel verandert. En is die balans objectief vast te stellen of wordt die balans sociaal geconstrueerd door artsen(organisaties) in het krachtenspel met de andere partijen in de gezondheidszorg? Meer technische geneeskunde laat zich in ieder geval beter in regels vatten, standaardiseren en reguleren, zowel door de medische beroepsorganisaties zelf als niet-medische partijen. Om hier inzicht in te verkrijgen is in dit proefschrift bestudeerd of het medisch handelen zich tussen 1970 en 1996 inderdaad meer in regels heeft laten vatten, ten behoeve van zowel juridische en financieringsinstrumenten als normerende kwaliteitsinstrumenten. Vervolgens is bekeken of medische beroepsorganisaties en/of externe partijen met deze instrumenten de beroepsuitoefening van artsen in drie verschillende gezondheidszorgsystemen meer controleren. Hierbij is verondersteld dat, zolang burgers aan gezondheidszorg een groot belang blijven hechten en aan de overheid een belangrijke reguleringstaak toeschrijven, het medisch beroep de zelfregulering kan behouden, mits een substantieel deel van het medisch handelen zich laat kenmerken als *geneeskunst* en niet in regels te vatten valt. Alleen dan kunnen artsen en hun beroepsorganisaties toenemende overheidsregulering, al dan niet gedelegeerd aan derde partijen, succesvol frustreren. Bij de bestudering van het krachtenspel aangaande de ontwikkeling en implementatie van normerende kwaliteits-, juridische en financieringsinstrumenten, is geponeerd dat het gewicht van succesvolle belangenbehartiging als verklaring voor de zelfregulering van het medisch beroep afneemt naarmate:

- de medische beroepsuitoefening zich niet laat expliciteren in financierings- en juridische instrumenten van niet-medische partijen voor het beïnvloeden van de medische praktijkvoering;
- niet-medische partijen geen controle over het medisch handelen verwerven via normerende kwaliteitsinstrumenten;
- de klinische autonomie van de arts via normerende kwaliteitsinstrumenten niet blijkt te verschuiven naar die van de beroepsorganisaties;
- het medisch handelen zich niet laat vatten in de regels van normerende kwaliteitsinstrumenten.

Normerende kwaliteitsinstrumenten van artsen, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten en richtlijnontwikkeling, spelen een ambivalente rol voor het behoud van de zelfregulering. Enerzijds komt het medisch beroep hiermee tegemoet aan de vraag van burgers en politici om een meer zicht- en meetbare waarborging van de kwaliteit van het medisch handelen. Anderzijds bedreigt de eventueel bewerkstelligde transparantie in de beroepsuitoefening diezelfde zelfregulering, doordat niet-medici in staat worden gesteld de kwaliteit (en daarmee de prijs) van het medisch handelen te beoordelen. Dit laatste stelt de medewerking van individuele artsen aan het bewerkstelligen van een zicht- en meetbare kwaliteitszorg ter discussie, hetgeen in de probleemstelling als volgt is verwoord:

In hoeverre hebben Britse, Nederlandse en Belgische artsen tussen 1970 en 1996 onder druk van niet-medische partijen hun medewerking verleend aan het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg om de zelfregulering te behouden, terwijl zij daarmee mogelijk aan medische handelingsvrijheid en inkomen dreigen te verliezen.

In deze slotbeschouwing worden de belangrijkste bevindingen en conclusies samengevat. Op basis van de veronderstelling dat het medisch handelen in toenemende mate wordt beoordeeld aan de hand van vooraf gedefinieerde expliciete criteria zijn twee onderzoeksvragen geformuleerd. Paragraaf 6.2 behandelt de eerste onderzoeksvraag, die zich richt op de geconstateerde verschillen in de organisatie van de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België. Hier wordt met name aandacht geschonken aan de bedreiging van juridische en financieringsinstrumenten voor de zelfregulering van het medische beroep. In paragraaf 6.3 staat de tweede onderzoeksvraag centraal, te weten: In welke mate hebben normerende kwaliteitsinstrumenten het medisch handelen inzichtelijk gemaakt en de klinische autonomie van de individuele arts bedreigd? Vervolgens wordt een antwoord op de probleemstelling geformuleerd. In paragraaf 6.4 wordt beargumenteerd dat de functionalistische verklaring voor de zelfregulering (de zelfregulering van het medisch beroep als gevolg van de complexiteit van het medisch handelen (de *geneeskunst*), gekoppeld aan het belang dat de samenleving aan gezondheid hecht) nog altijd opgeld doet. Hiervoor worden onder meer bevindingen op drie verschillende niveaus in ogenschouw genomen, te weten: individuele bestuurders, medische beroepsorganisaties als pressiegroep en de gezondheidszorgsystemen zelf.

6.2 De invloed van historische, organisatorische, economische en wettelijke omstandigheden en het overheidsbeleid op de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van het medisch beroep

De keuze in dit onderzoek voor Groot-Brittannië, Nederland en België is ingegeven door de uiteenlopende reguleringscultuur en gezondheidszorgsystemen van deze landen. Waar de Britse overheid nadrukkelijk regulerend aanwezig was, werd België vrij liberaal gereguleerd en nam Nederland een tussenpositie in. De Britse overheid kan de gezondheidszorg zo nadrukkelijk reguleren, doordat de regering overwegend wordt gevormd door één partij, terwijl in Nederland en België coalitieregeringen moeten worden gevormd. Slagvaardige overheidsregulering wordt in België nog eens extra gedwarsboomd doordat een regeringscoalitie minstens uit vier partijen bestaat (van iedere coalitie partij een Vlaamse en Waalse afdeling). Waar een krachtdadige Britse overheid wordt geconfronteerd met de machtige 'Royal Colleges' en de 'British Medical Association' (BMA), heeft de zwakke Belgische overheid te maken met een verdeeld medisch beroep, die in het 'maatschappelijk middenveld' aangaande gezondheidszorgzaken vooral onderhandelt met de (eveneens onderling verdeelde) ziekenfondsen. In Neder-

land wordt het gezondheidszorgbeleid eveneens voorgekookt in het maatschappelijk middenveld, waarin naast verzekeraars medische beroepsverenigingen een dominante rol vervullen. Het ontbreken van een maatschappelijk middenveld in Groot-Brittannië is een groot verschil met de gezondheidszorgsystemen van België en Nederland. Een ander onderscheid tussen de drie gezondheidszorgsystemen betreft het ontbreken van echelonnering in het Belgische gezondheidszorgsysteem. De huisartsen aldaar vervullen geen poortwachtersfunctie voor de intramurale gezondheidszorg. Een navenant verschil in de zelfregulering van de medische beroepen betreft het ontbreken van regulering voor het artsenaanbod in België, door de afwezigheid van een numerus fixus voor de medische basisopleiding.

Wanneer artsen in drie verschillende reguleringsculturen anno 1996 hun zelfregulering behouden doordat niet-medische actoren er niet in slagen substantieel meer controle op de medische beroepsuitoefening te bewerkstelligen, zou dit de hypothese ondersteunen dat de zelfregulering in essentie meer samenhangt met de aard van de te reguleren activiteit, de balans tussen *geneeskunst* en *geneeskunde*, die in alle drie landen grote overeenkomsten vertoont, dan met belangenbehartiging, waarin per land aanzienlijke verschillen bestaan.

De eerste onderzoeksvraag, alsmede de hiervan afgeleide deelvragen, is gericht op het verklaren van verschillen in de organisatie van de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van de Britse, Nederlandse en Belgische medische beroepen en luidt als volgt:

- 1 In welke mate is de zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van het medisch beroep beïnvloed door de historische, organisatorische, economische en wettelijke omstandigheden en het overheidsbeleid in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996?
 - 1.1 In hoeverre vertaalden brede maatschappelijke ontwikkelingen zich in toenemende overheidsregulering, al dan niet gedelegeerd aan andere niet-medische partijen, voor de Britse, Nederlandse en Belgische gezondheidszorg?
 - 1.2 In welke mate zijn niet-medische partijen erin geslaagd de zelfregulering van het medisch beroep te bedreigen met juridische en financieringsinstrumenten?

Op welke wijze vertaalden brede maatschappelijke ontwikkelingen zich in toenemende overheidsregulering?

Brede maatschappelijke ontwikkelingen zoals: hogere verwachtingen bij burgers van de zorgverlening, het toenemend gebruik van de zorgverlening, elkaar opeenvolgende economische recessies, het ideeëngoed van de maakbare samenleving in de jaren zeventig, het primaat van het marktdenken aan het eind van de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig, hebben hun invloed doen gelden op de veranderende zelfregulering en het kwaliteitsbeleid van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België. In een poging de kosten in de gezondheidszorg beter te beheersen hebben de overheden zichzelf vanaf het begin van de jaren zeventig tot en met het begin van de jaren tachtig

meer reguleringsbevoegdheden toegeëigend (zie de paragrafen 3.3, 4.3 en 5.3). In Groot-Brittannië en Nederland droeg de kritiek van mondige burgers en politici ertoe bij dat traditionele kwaliteitsinstrumenten, zoals de opleiding en het medisch tuchtrecht, aan de eisen van de tijd werden aangepast. Vanaf het midden van de jaren tachtig doen vervolgens met name de Britse en Nederlandse overheden (althans op papier) pogingen meer reguleringsverantwoordelijkheden te delegeren aan de 'veldpartijen' in de gezondheidszorg. De Belgische overheid volgde dit voorbeeld een half decennium later. Voorts zagen specialisten het belang van managers in de ziekenhuizen toenemen, terwijl ziekenfondsen (NL en B) en particuliere verzekeraars (NL) artsen stringenter proberen te controleren op de economische doelmatigheid en doeltreffendheid van hun handelen. Met name in Groot-Brittannië en Nederland neemt het aantal werknemers in de zorgsector toe, dat niet direct betrokken is bij de patiëntenzorg.

Maar wat na de bestudering van de zelfregulering van de medisch beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België tussen 1970 en 1996 opvalt is, dat veranderingen zich met name voltrekken langs de lijnen van de unieke in de nationaal historische context geëvolueerde reguleringscultuur, zoals beschreven in de paragrafen 3.2, 4.2 en 5.2. Na verloop van tijd verschijnen dezelfde verhoudingen tussen actoren in de gezondheidszorg in een wat gewijzigde vorm aan de oppervlakte. Groot-Brittannië kende in 1911 en 1948 periodes waarin de overheid en het medisch beroep zich niet 'on speaking terms' bevonden, om daarna toch weer aan de onderhandelingstafel tot beider tevredenheid een compromis te bereiken. Deze geschiedenis lijkt zich na de turbulente periode 1989-1991 te herhalen. De 'National Health Service' (NHS) staat nog altijd overeind en de overheid heeft nog immer een sterke greep op het macrobudget. Ook de kritiek van burgers en politici op de NHS is nog altijd dezelfde. Het corporatistische gezondheidszorgsysteem in Nederland lijkt na de hervormingsperiode 1987-1992 eveneens niet te zijn verslagen. Kernachtige voornemens van de Belgische federale overheid voor de hervorming van de gezondheidszorg, zoals de 'responsibilisering' van ziekenfondsen en de 'pathologiefinanciering' voor ziekenhuizen, worden nog altijd gedwarsboemd door de verschillende belangen van Vlaanderen en Wallonië, die enerzijds daadkrachtige besluitvorming frustreren en anderzijds de status quo - en hiermee de invloedrijke posities van het artsensyndicaat Wynen en de ziekenfondsen - bestendigen. Kortom, veranderingen in de regulering van het medisch beroep verliepen grotendeels langs de lijnen van de nationale reguleringscultuur. Maar er is sprake van een geleidelijke verandering. En deze veranderingen in de drie gezondheidszorgsystemen hebben, vanuit hun nationale reguleringscultuur, eenzelfde richting. Met andere woorden, de drie gezondheidszorgsystemen lijken gestaag steeds meer naar elkaar toe te groeien. Het is hierbij de vraag of dit komt door dezelfde brede maatschappelijke ontwikkelingen waaraan deze systemen onderhevig zijn, of dat deze ontwikkeling zich laat toeschrijven aan de te reguleren activiteit, de medische beroepsuitoefening, die in alle drie de landen grote overeenkomsten vertoont (zie paragraaf 6.4).

Concluderend: de toenemende overheidsregulering tussen 1970 en 1996 blijkt in drie landen aan bepaalde grenzen te zijn gebonden. Deze grenzen kunnen meer inzichtelijk worden gemaakt door te bestuderen in welke mate niet-medische

partijen erin zijn geslaagd de medische beroepsuitoefening te beïnvloeden met juridische en financieringsinstrumenten. Op deze vraag wordt in de volgende paragraaf een antwoord geformuleerd, waarbij de juridische instrumenten het eerst aan bod komen.

Hebben juridische en financieringsinstrumenten de zelfregulering kunnen bedreigen?

Het formuleren van nieuwe wetgeving, waarmee de overheid beoogt zichzelf of andere niet-medische partijen meer zeggenschap te geven over het beoordelen van de zorg voor kwaliteit van de beroepsuitoefening, kreeg vanaf het begin van de jaren negentig met name in Nederland zijn beslag.

Nieuwe wetgeving werd geformuleerd voor het medisch handelen, de arts-patiëntrelatie, de klachtbehandeling, de persoonlijke vrijheid van wilsbekwamen en de onderlinge relatie tussen beroepen in de gezondheidszorg (zie de paragrafen 4.3.4, 4.4.2 en 4.4.3). Waar sommigen spreken van een doorbraak ten opzichte van de bestaande wetgeving, stellen anderen dat de nieuwe wetgeving vooral die normen vastlegt, waarover al een grote mate van consensus heerste. Hoewel het hier met name kaderwetten betreft, kan de juridische normering van het medisch handelen plaatsvinden via de jurisprudentie. De afbraak van de verzorgingsstaat en het groeiende aantal advocaten met een meer technocratische rechtsopvatting, plaatsen deze nieuwe wetgeving in een voor de zelfregulering van het medisch beroep bedreigend kader. Toenemende 'patient power' via het burgerlijk recht, kan zich ontwikkelen tot een serieuze bedreiging van de klinische autonomie van de Nederlandse arts.

Voor Groot-Brittannië kan hetzelfde worden gesteld, al ontbreekt het aldaar aan nieuwe (kader)wetgeving voor de gezondheidszorg. Hoewel 'the Patient's Charter' (zie paragraaf 3.3.4) een juridisering van de zorgverlening heeft gestimuleerd, betreft het hier geen wet, maar meer een wilsbetuiging van de overheid met politieke bijbedoelingen.

In paragraaf 5.3.4 is gesteld dat een juridisering van de Belgische gezondheidszorg niet aan de orde lijkt. Niet alleen zijn de liberale waarden van het medisch beroep stevig in de wet verankerd, maar ook ontbreekt het aan wetgeving voor bijvoorbeeld klachtrecht, hetgeen de weg naar de burgerrechter voor klagers minder profijtelijk maakt. Bovendien heerst er een grote tevredenheid onder de burgers over de toegankelijkheid van de zorgverlening en de patiëntenbejegening door artsen. Gebrekkige toegang tot zorgverlening en onvriendelijke bejegening zijn doorgaans belangrijke motieven van patiënten om een civiele rechtszaak aan te spannen tegen hun behandelend arts. Wel hebben ziekenfondsen en patiënten het recht verkregen artsen aan te klagen als zij hun patiënten financieel overvragen. Maar vooralsnog staat het aantal rechtszaken in schril contrast met de verschillende prijzen die met name vele specialisten hun patiënten voor gelijksoortige handelingen berekenen.

Een andere bedreiging van de medische handelingsvrijheid betreft de nieuwe financieringsinstrumenten in zowel Groot-Brittannië, Nederland als België. Artsen werden steeds meer formeel verantwoordelijk gesteld voor de door hen bestede

middelen, hetgeen de verwevenheid van financiële prikkels en klinische autonomie heeft doen toenemen. Hier geldt dat de werkzaamheid van nieuwe instrumenten voor een belangrijk deel samenhangt met de beschikbare informatie over de te reguleren dienstverlening, de medische beroepsuitoefening. Deze informatie diende met name door artsen te worden aangeleverd. Met name in de paragrafen 3.3.2, 4.3.2 en 5.3.2 is gesteld dat artsen er in alle drie landen in zijn geslaagd voorwaarden te stellen aan hun medewerking in deze, waarmee zij grenzen stelden aan de invloed die niet-medische partijen op hun beroepsuitoefening konden uitoefenen.

Budgettering is een veel gebruikte methode geweest om het handelen van artsen aan financiële grenzen te binden. In Groot-Brittannië worden de kosten van de zorg succesvol beheerst, mede dankzij de sterke greep van de overheid (als werkgever van de NHS) op het macrobudget van de zorgverlening. De Britse overheid heeft dit instrument verder verfijnd en op meso- en microniveau toegepast. Sinds 1985 wordt gepoogd consultants als budgethouder van hun medische afdeling aan te stellen, om hen ertoe te stimuleren meer managementverantwoordelijkheden op zich te nemen. Voor het vaststellen en het verantwoorden van de budgetten dient het medisch handelen meer in expliciete regels te worden gevat, hetgeen het op industriële leest geschoeide management in staat moet stellen de medische beroepsuitoefening beter te sturen. Vanaf 1991 konden ook huisartsen budgethouder worden van de eigen groepspraktijk, met als doel de invloed van deze huisartsen (als inkoper van ziekenhuiszorg) op de specialisten in het ziekenhuis, alsmede de (financiële) doelmatigheid van het huisartsgeneeskundig handelen, te vergroten. Maar zowel consultants als huisartsen stelden succesvol voorwaarden aan het opnemen van verantwoordelijkheden voor deze budgetten. In paragraaf 3.3.2 is geconcludeerd dat de budgetverantwoordelijkheid van consultants binnen ziekenhuizen eerder desintegrerend dan integrerend heeft gewerkt. De domeinuitbreiding van het management in de ziekenhuizen ging dan ook met name ten koste van de verpleegkundige en paramedische beroepen. Britse huisartsen accepteerden de verantwoordelijkheid voor budgetten omdat deze ruim waren gedefinieerd. Maar de invloed van dit financieringsinstrument op de beroepsuitoefening bleek beperkt, terwijl alleen in verstedelijkte gebieden met een groot intramuraal zorgaanbod de budgethoudende huisarts meer greep kreeg op de beroepsuitoefening van de specialist (zie paragraaf 3.3.3).

De budgettering van Nederlandse ziekenhuizen was uit het oogpunt van kostenbeheersing een groot succes, al gingen de kostenbesparende initiatieven net als in Groot-Brittannië vooral ten koste van de verpleegkundige en paramedische beroepen. Voor België is in paragraaf 5.3.2 beschreven hoe verschillende medische diensten, zoals de klinische biologie en radiologie, succesvol werden gebudgetteerd, al was de overconsumptie van deze diensten (in vergelijking met andere Europese landen) al lang evident. Het toewijzen van budgetten aan Nederlandse en Belgische ziekenfondsen, die vervolgens op basis van deze budgetten met elkaar moeten gaan concurreren, is een recente ontwikkeling. Het formuleren van parameters voor het voorspellen van de zorgvraag van een verzekerdenpopulatie, roept vooralsnog grote problemen op. Eerlijke concurrentie tussen ziekenfondsen op basis van de met deze parameters berekende

budgetten, is anno 1996 in beide landen nog niet gerealiseerd. Een ander probleem hierbij is dat de Nederlandse en Belgische overheden ondanks de retoriek over marktwerking, hun greep op het macrobudget van zorg proberen te behouden en zelfs te versterken (zie de paragrafen 4.3 en 5.3). Hiermee neemt de overheidsregulering in beide landen eerder toe dan af en blijven de reguleringsbevoegdheden van de ziekenfondsen beperkt.

Ook de gespecificeerde contracten in Groot-Brittannië tussen inkopers en aanbieders (veelal ziekenhuizen) van zorg kenden vele beperkingen. In paragraaf 3.3.1 is beschreven hoe de contracten na verloop van tijd in meer algemene termen, voor steeds langere termijnen, werden opgesteld. Zorgmanagers misten de medische expertise om reële contractuele afspraken te maken over het door ziekenhuizen te leveren zorgaanbod. Een ander probleem was de beperkt tot stand gebrachte marktwerking in de NHS, enerzijds door de tegenwerking van de artsen en anderzijds door de overheid zelf, die geen afscheid kon nemen van haar greep op het macrobudget van de zorgverlening.

Een relatief nieuw financieringsinstrument in West-Europa zijn enkele varianten op de Noord-Amerikaanse 'Diagnosis Related Groups'. Dit instrument houdt in dat aanbieders van zorg voor de aandoening van de door hen behandelde of verzorgde patiënten worden vergoed. Zo is in België de 'pathologiefinanciering' geïntroduceerd, waarmee de ziekenfondsen hun grip op de vergoedingen aan ziekenhuizen probeerden te verstevigen. In Nederland wordt het instrument als 'product-typering' door onder meer de medische beroepsorganisaties aangedragen als alternatief voor het verrichtingenstelsel. Inmiddels heeft de fraudegevoeligheid van de 'pathologiefinanciering' zich in België al bewezen. In de paragrafen 4.3.2 en 5.3.2 is gesteld dat de sturingsmogelijkheden van dit instrument worden beperkt door grofweg twee zaken. Allereerst blijken ziekten zich niet zo eenvoudig in de regels van dit financieringsinstrument te laten vatten. De hierdoor ontstane marges kunnen door de bestgeïnformeerde partij, de artsen (al of niet onder druk van het ziekenhuismanagement), worden gebruikt om de declaraties via dit financieringsinstrument ten eigen bate te manipuleren. Ten tweede wordt de informatievergaring over het medisch handelen door niet-medische partijen wettelijk beperkt. Niet het medisch beroepsgeheim vormt hier voor niet-medische partijen het onoverkomelijke probleem, maar de wetgeving die de privacy van burgers waarborgt. Zo hebben de medische beroepsorganisaties in België succesvol een beroep gedaan op de Raad van State, om te voorkomen dat zij patiëntgegevens aan het ministerie van Volksgezondheid moesten overleggen, met het argument dat de anonimiteit van de patiënt ermee zou worden aangetast. In Nederland deed de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) succesvol een beroep op de Wet Persoonsregistraties (WPR), waarmee voorkomen werd dat specialisten ontslagdiagnoses aan zorgverzekeraars zouden moeten verschaffen. Dit maakt van de 'pathologiefinanciering' in België en mogelijk ook van de 'product-typering' in Nederland, een beperkt instrument van niet-medische partijen voor het sturen en controleren van de medische beroepsuitoefening. De werkzaamheid van deze instrumenten staat of valt met de medewerking hieraan van de artsen zelf en de mate waarin de externe financiering aansluit op de feitelijke interne bedrijfsvoering.

Concluderend: brede maatschappelijke ontwikkelingen leidden in de drie bestudeerde landen, binnen de grenzen van de nationale reguleringcultuur, tot de ontwikkeling en implementatie van nieuwe juridische en financieringsinstrumenten, waarmee de verschillende gezondheidszorgsystemen aan de eisen van de tijd moesten worden aangepast. Hoewel deze nieuwe instrumenten in alle drie landen de medische beroepsuitoefening hebben beïnvloed, brachten zij weinig controle op het medisch handelen door niet-medische partijen tot stand. Het toenemend beroep dat Britse en Nederlandse burgers doen op het burgerrecht, brengt mogelijk via de jurisprudentie meer juridische normering van het medisch handelen met zich mee. Veel zal afhangen van de mate waarin de verzorgingsstaat wordt afgebroken en de wijze en instelling waarmee juristen zich op de 'gezondheidszorgmarkt' zullen storten. De werkzaamheid van met name financieringsinstrumenten blijft tot op zekere hoogte afhankelijk van de door artsen zelf aangedragen medische informatie. Zodoende wisten artsen ongewenste regulering te manipuleren of te frustreren. Gegevensuitwisseling kwam slechts tot stand op voorwaarden van de artsen zelf. Voorts stellen overheden om uiteenlopende redenen zelf grenzen aan het streven naar een explicitering van het medisch handelen. Voor het overleven van Vlaanderen en Wallonië in België als ongedeelde staat, is een bepaalde mate van 'onzichtbaarheid' van zowel het zorgaanbod als de zorgvraag een belangrijke voorwaarde. Als het zorgaanbod door de Britse en Nederlandse overheden succesvol aan financiële grenzen wordt gebonden, terwijl de (moeilijk te definiëren) zorgvraag blijft stijgen, is het de vraag wie de verantwoordelijkheid neemt voor het maken van de noodzakelijke keuzen in de zorgverlening. Daar schrikken de Britse en Nederlandse overheden voorsnog voor terug, waardoor er in woord veel wordt gesproken en geschreven over meer explicitering van het medisch handelen, maar in de praktijk niet al te veel druk op het medisch beroep wordt uitgeoefend om hun handelen waar mogelijk ook daadwerkelijk expliciet in voor iedereen inzichtelijke regels te vatten. Voor zowel het beperken van de groeiende kosten, als voor het vermijden van politiek impopulaire expliciete keuzen in de zorg, is het voor de Britse en Nederlandse overheden aantrekkelijk om met het medisch beroep tot een vergelijk te komen, onder voorwaarde dat zij de zelfregulering van artsen respecteren. In ruil voor een redelijk inkomen en bescherming tegen concurrentie, wordt het dan aan artsen overgelaten om op basis van klinische criteria te bepalen wie wel en wanneer voor een medische behandeling in aanmerking komt. Dit duidt erop dat de zelfregulering van het medisch beroep niet alleen samenhangt met de belangenbehartiging van de verschillende partijen binnen het krachtenveld in de gezondheidszorg, maar ook met de aard van te reguleren activiteit, de balans tussen *geneeskunst* en *geneeskunde*. Kennelijk bestaat bij de drie overheden de overtuiging dat artsen nog altijd het beste zelf de kwaliteit van hun medisch handelen kunnen beoordelen. Deze veronderstelling kan verder worden onderbouwd door te bestuderen in hoeverre normerende kwaliteitsinstrumenten de zelfregulering van het medisch beroep hebben kunnen bedreigen.

6.3 De bedreiging van normerende kwaliteitsinstrumenten voor de zelfregulering van het medisch beroep

Naar aanleiding van de tweede onderzoeksvraag, 'in welke mate hebben normerende kwaliteitsinstrumenten het medisch handelen voor leken inzichtelijk gemaakt en de klinische autonomie van de individuele arts bedreigd?' zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 2.1 In hoeverre is het medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten in formele regels gevat?
- 2.2 In welke mate is de klinische autonomie van de individuele arts door de introductie van normerende kwaliteitsinstrumenten verschoven naar die van zijn beroepsorganisaties?
- 2.3 Leidt het tegemoet komen aan de vraag van burgers en politici om meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg tot een verlies aan klinische autonomie omdat het controle door niet-medische partijen dichterbij brengt?

Is het medisch handelen via normerende kwaliteitsinstrumenten meer in regels gevat?

Dankzij de ontwikkeling van de medische wetenschap groeien de diagnostische en therapeutische mogelijkheden met de dag. Aangezien leken geen zicht hebben op de kwaliteit van de toenemende en nieuwe medische handelingsmogelijkheden, kan worden gesuggereerd dat de klinische autonomie van artsen eveneens in omvang toeneemt. De groeiende medische kennis wordt echter niet alleen door de ervaring van individuele arts in de praktijk verfijnd en toegepast, maar ook steeds beter wetenschappelijk onderbouwd. In paragraaf 1.3.2 zijn auteurs aangehaald die stellen dat de 'evidence based medicine' binnen de medische beroepsuitoefening is gestegen van 15 procent in 1980 naar 21 procent van het medisch handelen in 1990. In deze zin wordt steeds meer medisch handelen in formele regels gevat. De formalisering van medisch handelen in richtlijnen wordt echter beperkt door zowel de heterogeniteit in de wetenschappelijke praktijk (verschillen in opzet en uitvoering van veel medisch wetenschappelijk onderzoek over gelijksoortige onderwerpen, maakt een vergelijking van resultaten vaak ondoenlijk), als de heterogeniteit in de opvattingen en handelingen van klinici. Deze factoren hinderen het met normerende kwaliteitsinstrumenten in regels vatten van het medisch handelen. Dit uitte zich bijvoorbeeld in de onderwerpskeuze voor richtlijnontwikkeling en consensusbijeenkomsten in Nederland (zie de paragrafen 4.5 en 4.6). Oorspronkelijk werden medische diagnostieken en therapieën geselecteerd waar sprake was van een aanzienlijke inter-doktervariatie of waarover binnen het medisch beroep verschil van inzicht bestond. Deze onderwerpen werden in de tijd steeds meer gemedend, mede omdat de hiervoor geformuleerde richtlijnen onder artsen weinig navolging vonden. Door de keuze voor onderwerpen waarover al een grote mate van overeenstemming bestaat, ondervinden de geformuleerde richtlijnen meer navolging, al wordt vooral de gangbare dagelijkse medische praktijk in regels geformaliseerd. In Groot-Brittannië maakten, volgens de National Audit Office, de

variatie in opzet en aanpak van audits vergelijkend onderzoek ondoenlijk (zie de paragrafen 3.5.1 en 3.6.3). Dit hindert het op nationaal niveau onttrekken van medische richtlijnen aan de verzamelde auditresultaten. Aldoende werd met audit mogelijk op lokaal niveau enige zicht- en meetbaarheid van het medisch handelen bewerkstelligd. In paragraaf 3.5.2 is geconcludeerd dat de in Groot-Brittannië op nationaal niveau geformuleerde consensusrichtlijnen weinig navolging hebben gekregen, omdat artsen vonden dat deze niet aansloten op lokale omstandigheden. Grofweg viel dezelfde kritiek 'clinical guidelines' ten deel, die sinds 1993 op nationaal niveau in Groot-Brittannië worden ontwikkeld. In België heeft 'peer review' onder huisartsen en specialisten pas in 1996 een aanvang genomen, zodat hierover nog geen uitspraken kunnen worden gedaan. Een nadere beschouwing van de diverse normerende kwaliteitsinstrumenten in de bestudeerde landen leert dat: op nationaal niveau ontwikkelde richtlijnen overwegend in meer algemene termen worden geformuleerd, terwijl richtlijnen die zijn ontwikkeld op het niveau van een lokaal ziekenhuis, in meer expliciete regels worden opgesteld. Juist ten aanzien van de in ziekenhuizen werkzame specialisten kan worden geconcludeerd dat zij niet om de eisen van moderne bedrijfsvoering in de gezondheidszorg heen kunnen. Met name in Nederland en Groot-Brittannië worden op stafniveau (en dus per ziekenhuis verschillende) afspraken gemaakt over het medisch handelen, eventueel met behulp van de door wetenschappelijke verenigingen opgestelde richtlijnen en protocollen, voor afstemming van de beroepsuitoefening tussen specialisten onderling als met de benodigde ondersteuning van niet-medische diensten.

Verschuift de klinische autonomie van de individuele arts naar zijn beroepsorganisaties?

Voor het beantwoorden van deze vraag is bestudeerd of individuele artsen door hun beroepsverenigingen worden aangesproken op het navolgen van de geformuleerde medische richtlijnen.

Zoals in de slotbeschouwingen van de hoofdstukken 3, 4 en 5 is weergegeven, bleken medische beroepsorganisaties onder externe druk bereid - maar op eigen voorwaarden - normerende kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen en in te voeren voor het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg. Zodoende bleven intercollegiale toetsing (NL), 'medical audit' (GB) en 'peer review' (B) in alle drie landen een door het medisch beroep gedomineerd instrument. (Het multidisciplinair opgezette 'clinical audit' in Groot-Brittannië ontwikkelde zich meer als een vorm van toetsing waarmee verpleegkundigen zich als professionals proberen te profileren.) Onderwerpen en normen voor toetsing worden lokaal bepaald en ontwikkeld, passiviteit wordt niet bestraft en bronnen van informatie blijven anoniem. Hoewel de Britse, Nederlandse en Belgische 'bottom-up' vormen van toetsing op lokaal niveau kunnen bijdragen tot het meer inzichtelijk maken van het medisch handelen, maken de variatie in de onderwerpen en de uiteenlopende lokale organisatie van toetsingsbijeenkomsten, vergelijkend onderzoek door artsen uiterst moeilijk. Zodoende wordt de klinische autonomie van de individuele arts in alle drie landen overwegend gerespecteerd

en verschuift deze autonomie door de verschillende vormen van intercollegiale toetsing niet significant naar die van zijn beroepsorganisaties.

Inzake het meer 'top-down' ontwikkelen van medische richtlijnen kunnen gelijklopende conclusies worden getrokken. Richtlijnontwikkeling levert een bijdrage aan het transparant maken van een deel van het medisch handelen. Maar inzake het navolgen van door de beroepsorganisaties ontwikkelde protocollen van specialisten en standaarden van huisartsen (NL) of 'clinical guidelines' (GB) wordt altijd benadrukt dat het hier gaat om 'the state of the art', waarvan de individuele arts beargumenteerd mag afwijken. Aangezien het navolgen van deze richtlijnen zelden wordt gecontroleerd, behoeven artsen zich veelal niet voor afwijkend handelen te verantwoorden.

In de paragrafen 3.5.2 en 4.5.2 zijn de Britse en Nederlandse consensusbijeenkomsten besproken, die vanaf het begin van de jaren tachtig werden georganiseerd. In Groot-Brittannië waren de bijeenkomsten openbaar, terwijl een aanzienlijk aantal leken deel uitmaakte van het panel dat de bijeenkomsten leidde en de uiteindelijke 'consensusstatement' formuleerde. Consensusbijeenkomsten in Groot-Brittannië waren, in tegenstelling tot in Nederland, een kort leven beschoren. De meer succesvolle Nederlandse bijeenkomsten bleven een overwegend professionele aangelegenheid. De geformuleerde consensusrichtlijnen kregen in beide landen weliswaar enige bekendheid, maar werden door artsen in beperkte mate gevolgd. Om deze reden werd er in Nederland voor gepleit de kans op implementatie op te nemen als criterium voor de onderwerpskeuze van de bijeenkomsten, waardoor ook hier met name de bestaande medische praktijk formeel in regels wordt gevat. Thans wordt in Nederland vooral het educatieve karakter van de bijeenkomsten benadrukt. Zodoende kan niet worden gesteld dat de klinische autonomie van de arts door consensusrichtlijnen is verschoven naar die van zijn beroepsorganisaties. Hiermee lijkt educatie nog altijd het effectieve instrument voor het bewerkstelligen van gedragsveranderingen.

Tenslotte worden de met normerende kwaliteitsinstrumenten geformuleerde medische richtlijnen anno 1996 nog maar zelden toegepast in de Nederlandse medische tuchtrechtspraak. De ontwikkeling van 'clinical guidelines' in Groot-Brittannië is pas recent op gang gekomen, zodat moeilijk uitspraken kunnen worden gedaan over het mogelijke gebruik daarvan in de tuchtrechtspraak. In België hebben de artsensyndicaten zich van oudsher verzet tegen het opnemen van 'medische profielen' in hun medische tuchtrechtspraak, aangezien deze vooral betrekking hebben op het economisch handelen van artsen. Of de meer klinische richtlijnontwikkeling via 'peer review' in de Belgische tuchtrechtspraak een rol gaat spelen, moet de toekomst nog uitwijzen.

Vooralsnog lijkt de klinische autonomie van de individuele Britse, Nederlandse of Belgische arts, door het ontwikkelen van medische richtlijnen, niet in belangrijke mate te verschuiven naar zijn beroepsorganisaties.

Brachten normerende kwaliteitsinstrumenten lekencontrole dichterbij?

Het voorgaande impliceert dat de controle die niet-medische partijen op het medisch handelen kunnen uitoefenen, dankzij de bewerkstelligde transparantie via normerende kwaliteitsinstrumenten, beperkt is geweest. Kwaliteitszorg was

de reorganisatiemodus van de jaren tachtig die na het bedrijfsleven ook de gezondheidszorg heeft veroverd. Externe druk was in datzelfde decennium een belangrijke prikkel voor met name Nederlandse en Britse medische beroepsorganisaties om de ontwikkeling van normerende kwaliteitsinstrumenten serieus ter hand te nemen. Belgische beroepsverenigingen volgden deze ontwikkeling in het begin van de jaren negentig. Vooralsnog vinden de met normerende kwaliteitsinstrumenten ontwikkelde medische richtlijnen weinig toepassing in de burgerlijke rechtspraak van de drie landen. Wel pogen verschillende niet-medische partijen de artsen te verplichten tot het beoordelen van hun medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten, door deze op te nemen in af te sluiten contracten tussen zorgaanbieders en zorginkopers, zoals in Groot-Brittannië en Nederland, of door het beoordelen van de medische beroepsuitoefening met onder meer 'medische profielen' als voorwaarde voor accreditatie en daarmee extra inkomsten, zoals in België. Maar controle op het medisch handelen door niet-medische partijen brengen deze instrumenten niet dichterbij, aangezien niet-medische partijen, zoals eerder betoogd, weinig met de gegenereerde informatie kunnen aanvangen. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden door 'het probleem' bij het bewerkstelligen van meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg door artsen nader in ogenschouw te nemen, te weten:

In hoeverre hebben Britse, Nederlandse en Belgische artsen tussen 1970 en 1996 onder druk van niet-medische partijen hun medewerking verleend aan het bewerkstelligen van een meer zicht- en meetbare kwaliteitszorg om de zelfregulering te behouden, terwijl zij daarmee mogelijk aan medische handelingsvrijheid en inkomen dreigen te verliezen.

De bereidheid van artsen om normerende kwaliteitsinstrumenten daadwerkelijk toe te passen werd door een aantal factoren op verschillende niveaus begrensd. In de paragrafen 3.5.1, 3.6.3 en 4.5.1 zijn enkele belemmerende factoren op het niveau van de individuele arts genoemd. Deze betreffen veelal de saaiheid (in vergelijking met het dagelijks werk) van de te verrichten activiteiten, zoals 'medical audit' en intercollegiale toetsing. Ook wordt het gebrek aan tijd door veel artsen als argument genoemd, hetgeen niet verwonderlijk is in landen als Groot-Brittannië en Nederland waar voor verschillende medische ingrepen lange wachtlijsten bestaan. Bovendien leeft bij artsen de angst dat de vrijkomende informatie door zorgmanagers zal worden misbruikt voor het bewerkstelligen van kostenbesparingen, ongeacht de zorgbehoefte van de patiënt. Voorts ondervinden verschillende medische richtlijnen onder artsen geen navolging, omdat zij de toepassing ervan niet zinvol achten voor een specifieke patiënt. De toepassing van medische richtlijnen wordt verder ondermijnd door de lange ontwikkelings-tijd (soms olopend tot twee jaar), waardoor de richtlijnen na publicatie al door nieuw wetenschappelijk onderzoek zijn achterhaald (zie de paragrafen 3.5.2, 4.5.3 en 4.6.4). Hetzelfde geldt voor consensusrichtlijnen, al is de kritiek op dit instrument dat een compromis tussen verschillende behandelingsmethoden schadelijker voor de patiënt wordt geacht dan een expliciete keuze voor één van de ter discussie staande behandelingsmethoden. Diezelfde kritiek valt ook het

recente streven naar (een onder artsen omstreden) 'evidence based medicine' ten deel.

Het in regels vatten van het medisch handelen via normerende kwaliteitsinstrumenten heeft geleid tot grote spanningen tussen zowel artsen en hun beroepsorganisaties, als tussen de verschillende beroepsorganisaties onderling. Dit was met name evident bij de ontwikkeling van intercollegiale toetsing onder huisartsen in Nederland (1975) en Groot-Brittannië (1980), waar huisartsen hun wetenschappelijke verenigingen bekritiseerden, die dit instrument probeerden te ontwikkelen. In de paragrafen 3.6.3 en 4.6.3 is beschreven hoe de materiële belangenbehartigers van de huisartsen (de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de 'General Medical Service Committee' (GMSC)) in beide landen uiteindelijk de zijde van hun leden kozen. Vervolgens ontwikkelde zich ook een strijd tussen de beroepsorganisaties zelf (de LHV versus het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de GMSC versus het 'Royal College of General Practitioners' (RCGP)). Deze strijd werd nog eens gevoed door de verschillende opvattingen van de huisartsenorganisaties over de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Alleen wanneer normerende kwaliteitsinstrumenten zodanig werden vormgegeven dat de klinische autonomie van de (huis)arts werd gerespecteerd, zoals bijvoorbeeld de NHG-standaarden (1989) en intercollegiale toetsing onder Nederlandse specialisten (1976) en huisartsen (1996), werden deze instrumenten zonder noemenswaardige problemen ingevoerd.

Contextuele factoren op macroniveau die de toepassing van normerende kwaliteitsinstrumenten door artsen negatief kunnen beïnvloeden, betreffen de pogingen van niet-medische partijen het medisch handelen en het inkomen van artsen te beïnvloeden met nieuwe juridische en financieringsinstrumenten. Wanneer een normerend kwaliteitsinstrument expliciet werd gekoppeld aan maatregelen die het inkomen negatief beïnvloedde, zoals bijvoorbeeld de verbinding van intercollegiale toetsing aan praktijkverkleining voor Nederlandse huisartsen in 1975, dan bleek de kans op de medewerking van artsen aan de implementatie van het instrument gelijk verkeken. Om diezelfde reden wantrouwen Britse artsen 'medical audit', aangezien zij veelal op de hoogte waren hoe over dit instrument in de Verenigde Staten werd gebruikt om artsen financieel verantwoording aan derde partijen te laten afleggen voor hun beroepsuitoefening. Belgische artsen dienden elkaars handelen vanaf 1996 onder meer te beoordelen met 'medische profielen', die oorspronkelijk zijn ontwikkeld voor het opsporen van overmatig declarerende artsen. In paragraaf 5.6.4 is beschreven dat de relatief geringe weerstand van Belgische artsen, tegen de aan hen opgelegde 'peer review', zich laat verklaren uit het feit dat voornamelijk de aanwezigheid van artsen op de toetsingsbijeenkomsten wordt gecontroleerd. Bovendien maakt 'peer review' deel uit van de accreditatie van artsen, waarmee wordt gepoogd de al bestaande tweedeling in het Belgisch medisch beroep, tussen artsen die wel en niet in hun levensonderhoud kunnen voorzien, te formaliseren. Dit heeft de discussie over andere aspecten van de kwaliteit van zorg, grotendeels naar de kantlijn verplaatst.

Concluderend: kan worden gesteld dat de Nederlandse medische beroepsorganisaties de door henzelf ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten pas hebben

ingevoerd na externe druk van niet-medische partijen. In Groot-Brittannië waren de medische beroepsorganisaties wel betrokken bij de ontwikkeling van deze instrumenten, maar stond onderlinge verdeeldheid de invoering van deze instrumenten in de weg. Het gevolg was dat in 1989 de overheid 'medical audit' onder artsen introduceerde. Door het groeiende artsenoverschot in België, en daardoor toenemende onderlinge verdeeldheid tussen artsen, kwamen de beroepsorganisaties in dat land niet toe aan het ontwikkelen, laat staan invoeren, van normerende kwaliteitsinstrumenten. Uiteindelijk accepteerden de artsensyndicaten aldaar in 1994 het initiatief van de ziekenfondsen, om 'peer review' onder artsen te introduceren. Maar wanneer de uitvoering van de verschillende normerende kwaliteitsinstrumenten in de drie landen met elkaar wordt vergeleken, dan blijkt het enthousiasme van individuele artsen voor het normeren van het medisch handelen, door zowel inhoudelijke als contextuele factoren, overal beperkt te zijn geweest. Het maakte hierbij niet uit of de uiteindelijke invoering van het normerende kwaliteitsinstrument plaats vond ten tijde van relatieve rust aan het volksgezondheidsfront (intercollegiale toetsing onder Nederlandse specialisten, 1976-1982), of er voor het uitvoeren van toetsing voldoende middelen ter beschikking werden gesteld ('medical audit' onder Britse specialisten en huisartsen, 1991-1996), dan wel dat de zelfregulering van het medisch beroep onder externe druk bleef staan ('peer review' onder specialisten en huisartsen in België, 1994-heden).

Wanneer individuele artsen normerende kwaliteitsinstrumenten als een bedreiging voor hun klinische autonomie ervaren, is ook de omarming van deze instrumenten door hun medische beroepsorganisaties voor individuele artsen niet van doorslaggevend belang om aan de implementatie ervan hun medewerking te verlenen. Een succesvolle implementatie van normerende kwaliteitsinstrumenten, zoals de ontwikkeling en implementatie van NHG-standaarden door Nederlandse huisartsen, hangt meer samen met een bepaalde mate van externe druk (niet te veel en niet te weinig) en homogeniteit van de beroepsgroep zelf, terwijl de individuele klinische autonomie van de arts dient te worden gerespecteerd.

Aldoende kan worden gesteld dat daar waar het medisch handelen met normerende kwaliteitsinstrumenten meer in regels is gevat, dit er niet toe heeft geleid dat de klinische autonomie van de arts is verschoven naar zijn beroepsorganisaties, terwijl de normerende kwaliteitsinstrumenten controle van derde partijen op de medische beroepsuitoefening niet dichterbij hebben gebracht. Wel hebben niet-medische partijen met juridische en financieringsinstrumenten het medisch handelen beïnvloed, aangezien artsen in hun handelen op deze nieuwe instrumenten hebben ingespeeld, maar meer controle op het medisch handelen werd met deze instrumenten niet verwezenlijkt. Deze conclusie ondersteunt de veronderstelling de zelfregulering van het medisch beroep niet de resultante is van succesvolle belangenbehartiging, maar meer samenhangt met de complexiteit van de te reguleren dienstverlening, de medische beroepsuitoefening. Deze constatering wordt in de volgende paragraaf nader beargumenteerd.

6.4 Discussie: verandering volgens geijkte patronen, een poging tot verklaring

Uit de bevindingen in de paragrafen 6.2 en 6.3 kan worden opgemaakt dat een substantieel deel van het medisch handelen zich nog altijd niet in regels laat vatten, hetgeen artsen op zowel individueel als collectief niveau in staat stelt de door hen ongewenste regulering van niet-medische partijen te manipuleren en zelfs te frustreren. Deze hindermacht van artsen heeft zich in alle drie bestudeerde West-Europese landen op verschillende niveaus gemanifesteerd. Keer op keer dienden nationale overheden, ziekenfondsen, particuliere verzekeraars of ziekenhuismanagers met de medische beroepsorganisaties compromissen te sluiten, waardoor de artsen in belangrijke mate zelf bepaalden onder welke voorwaarden, en op welke wijze, nieuwe normerende kwaliteits-, juridische en financieringsinstrumenten werden geïmplementeerd. Wel heeft de toenemende overheidsregulering, al dan niet gedelegeerd aan andere niet-medische partijen, een grotere bureaucratie in het leven geroepen, waar artsen zich niet aan kunnen onttrekken. Toch heeft de klinische autonomie van de individuele arts, hoewel gehinderd door meer regelgeving, de deprofessionaliseringsstormen in de tijd grotendeels weerstaan. Ook na 1996 zullen de Britse, Nederlandse en Belgische medische beroepen een dominante rol in de gezondheidszorg blijven spelen. Deze constatering kan worden verduidelijkt door bevindingen op drie verschillende niveaus in ogenschouw te nemen, te weten: individuele bestuurders, medische beroepsorganisaties als pressiegroep en de consistentie van het vigerende gezondheidszorgsysteem zelf, als uitdrukking van een historisch geëvolueerde reguleringcultuur. Tenslotte wordt beargumenteerd dat de veranderende regulering van het medisch beroep verloopt volgens geijkte patronen, die zich laat verklaren door de veronderstelling dat veel medisch handelen zich nog altijd niet in regels laat vatten, terwijl in de samenleving een groot belang aan gezondheidszorg wordt gehecht.

De invloed van individuele bestuurders op verandering in de gezondheidszorg

De invloed van individuele politici en bestuurders op veranderingen in de regulering van de gezondheidszorg laat zich met name gelden op korte termijn. Zo introduceerde de charismatische Britse minister Clarke in 1989 ingrijpende hervormingen voor de Britse NHS. Clarke's omstreden plannen werden weliswaar ingevoerd, alleen, zo bleek later, niet al te voortvarend uitgevoerd. In paragraaf 3.3.1 is beschreven hoe oude structuren thans in nieuwe vormen wederom aan de oppervlakte verschijnen. Voor Nederland zijn in paragraaf 4.3.1 dezelfde conclusies getrokken, ten aanzien van de door staatssecretarissen Hendriks (in 1974) en Simons (in 1989) voorgestelde ambitieuze hervormingsplannen van de gezondheidszorg. In België daarentegen lijkt de invloed van bestuurders groot, zoals bijvoorbeeld die van Dejardin (vanaf 1963 tot 1996 voorzitter van de Nationale Commissie van Geneesheren en Ziekenfondsen). Deze indruk wordt nog eens versterkt door de 'achterkamertjespolitiek', waarop het parlement weinig controle uitoefent. Echter, de grote onderlinge verdeeldheid binnen alle Belgische partijen in de gezondheidszorg, geeft de bestuurders een beperkt onderhandelingsmandaat. Ook bestuurders, zoals Dejardin, zijn

vooral gevangenen van het communautaire overlegsysteem, dat hen slechts toestaat de status quo in de Belgische gezondheidszorg te verfijnen. Soms maken individuele bestuurders wel degelijk het verschil tussen falen en succes, wanneer de omstandigheden zich daarvoor lenen. Zo kenden met name de Nederlandse beroepsorganisaties van huisartsen bestuurders die op het juiste moment de hun geboden kansen wisten te benutten, zoals Van Es in de strijd voor beroepsopleiding tot huisarts gedurende de jaren zestig (paragraaf 4.6.2) en LHV-voorzitter De Regt bij het bewerkstelligen van het convenant met staatssecretaris Van der Reyden in 1986 (paragraaf 4.3.3), waarmee de groeiende inkomensverschillen tussen huisartsen een halt werden toegeeroepen. De mede hiermee verworven grotere homogeniteit onder huisartsen, stelden LHV-voorzitter Van de Zandt en NHG-voorzitter Tielens drie jaar later mede in staat om gezamenlijk onder externe druk de basis te leggen voor het NHG-standaardenbeleid (paragrafen 4.6.3 en 4.6.4).

De invloed van medische beroepsorganisaties als pressiegroep op verandering in de gezondheidszorg

De belangenbehartiging van medische beroepsorganisaties als pressiegroep speelt een belangrijke rol in het verhinderen van door artsen ongewenste regulering van de medische beroepsuitoefening door niet-medische partijen. Maar spelen deze beroepsorganisaties ook een sturende rol bij het continu aanpassen van het gezondheidszorgsysteem aan de eisen van de almaar veranderende omstandigheden? Uit de beantwoording van de vragen in de paragrafen 6.2 en 6.3 valt af te leiden dat 'het sturend vermogen' van de beroepsorganisaties beperkt is geweest. Dit kan worden geïllustreerd door enkele variabelen voor het succes van pressiegroepen nader te analyseren, zoals: de onderlinge eensgezindheid en de actiebereidheid van de leden. Wanneer naar de onderlinge eensgezindheid wordt gekeken valt bijvoorbeeld op dat men binnen de Britse en Nederlandse artsenorganisaties regelmatig met elkaar overhoop lag over het te volgen (kwaliteits)beleid. De onenigheid binnen de Belgische medische beroepsorganisaties was zelfs meer endemisch dan epidemisch. Alleen als de zelfregulering van het medisch beroep onder ongekend hoge druk komt te staan, blijken de rijen van de medische beroepsorganisaties zich voor korte tijd te kunnen sluiten. Maar zelfs in periodes van hoge druk op de zelfregulering voegen artsen zich niet automatisch naar het gezamenlijke beleid van hun beroepsorganisaties. Zo werden veel Britse huisartsen na 1991 'fundholder', ongeacht de vereende tegenstand van de BMA en het RCGP (zie paragraaf 3.3.3). Verder leidt gedeeld ongenoegen niet altijd tot een hoge mate van actiebereidheid, hetgeen de mogelijkheden van beroepsorganisaties beperkt om de implementatie van ongewenst overheidsbeleid te voorkomen. Zo was 'a New Contract' in 1991 onder Britse huisartsen bijzonder impopulair. Maar de actiebereidheid van huisartsen hiertegen bleek gering. Dit liet niet onverlet dat de beroepsorganisaties grote invloed hebben verworven op de formulering van het uiteindelijk ingevoerde 'contract', waaraan nog altijd wordt geschaafd. De actiebereidheid van Belgische huisartsen tegen de invoering van accreditatie was daarentegen zeer groot. Echter, dit heeft de invoering van accreditatie in 1996

niet kunnen verhinderen. In paragraaf 5.6.4 is aangegeven dat andere factoren, zoals het grote huisartsenoverschot, de daardoor grote onderlinge verdeeldheid en de historisch zwakke positie van de huisartsenorganisaties, hieraan ten grondslag liggen. Voorts kunnen beroepsorganisaties hun hand overspelen, zoals de Nederlandse LSV in 1989 bij het sluiten van het vijfpartijenakkoord (zie paragraaf 4.3.2). De onderlinge verdeeldheid onder specialisten was te groot. Maar als de nood in 1996 echt aan de man is, blijken de rijen onder de specialisten zich toch weer te sluiten. Succesvolle beleidsformulering door medische beroepsorganisaties over essentiële onderwerpen, is veelal een zaak van spitsroeden lopen, uitleggen en veel geduld. Het was op deze wijze dat de Nederlandse LHV er na tien jaar (1973-1983) in slaagde overeenstemming te bereiken over het 'breed gedragen' rapport, 'de taken van de huisarts'. Het succes of falen van overheidsbeleid, of sturing van medische beroepsorganisaties, hangt vooral samen met de perceptie hierover onder de artsen zelf, die het geformuleerde beleid uiteindelijk moeten uitvoeren. Bezieet een substantieel deel van het medisch beroep nieuwe vormen van (zelf)regulering als ongewenst, dan kunnen zowel de medische beroepsorganisaties als de niet-medische partijen, de opinies van deze artsen niet negeren.

De invloed van gezondheidszorgsystemen op verandering in de gezondheidszorg
De keuze in dit onderzoek voor Groot-Brittannië, Nederland en België werd ingegeven door de verschillende reguleringscultuur en gezondheidszorgsystemen van deze landen, die sinds 1970 voortdurend zijn aangepast. Dit laat niet onverlet dat anno 1996 de Britse overheid nog altijd nadrukkelijk regulerend aanwezig is, België vrij liberaal wordt gereguleerd, terwijl Nederland als van ouds een tussenpositie inneemt.

De hoge mate van onveranderlijkheid van de gezondheidszorgsystemen in de tijd blijkt bijvoorbeeld uit de positie van huisartsen in de drie landen. Waar in Groot-Brittannië en Nederland de huisartsen met steun van de overheid hun centrale positie in de gezondheidszorg als poortwachter wisten te behouden, blijft de positie van Belgische huisartsen, die de steun van een sterke overheid moeten ontberen, onveranderd zwak. De grootste bedreigingen voor de zelfregulering van de medische beroepen hebben een overwegend nationaal karakter. In Groot-Brittannië vormde het NHS-management de grootste uitdaging voor de medische handelingsvrijheid van artsen. In Nederland lijkt een juridisering van de gezondheidszorg een groot gevaar voor de klinische autonomie van artsen. In België wordt de zelfregulering van het medisch beroep met name ondermijnd door het almaar groeiende artsenoverschot.

Kortom, binnen de landelijke reguleringscultuur zijn de gezondheidszorgsystemen continu aan verandering onderhevig. Maar wanneer de hervormingen van de verschillende gezondheidszorgsystemen in onderling verband nader in ogenschouw worden genomen, valt op dat de Britse, Nederlandse en Belgische systemen steeds meer naar elkaar toegroeien. Zo valt er in Nederland en België een ontwikkeling waar te nemen, waarbij de respectievelijke overheden hun greep op dat macrobudget proberen te versterken. Terwijl in Nederland wordt gepoogd het verrichtingenstelsel van vrij gevestigde specialisten te vervangen

door meer aan loondienst verwante vormen van honorering, probeert men in Groot-Brittannië het medisch handelen van de in loondienst gestelde specialisten te beïnvloeden met financiële prikkels. En hoewel de echelonnering van de Belgische gezondheidszorg nog ver weg lijkt, wordt de roep van huisartsen en politici hierom wel steeds luider. Hetzelfde geldt voor politieke besluitvorming aangaande de beperking van het artsenaanbod door het instellen van een *numerus fixus* voor de medische basisopleiding. Binnen de grenzen van de landelijk geëvolueerde reguleringcultuur, bewegen de veranderingen in de regulering van de Britse, Nederlandse en Belgische medische beroepen zich kennelijk in eenzelfde richting. Deze ontwikkeling is niet zonder betekenis.

Functionalisme en machtsdenken als verklaringkader voor de zelfregulering van het medisch beroep

Het voorgaande veronderstelt dat de historische continuïteit in de regulering van de gezondheidszorg in de drie bestudeerde landen zich niet louter laat verklaren uit de nationale reguleringcultuur. Een aantal vragen blijft namelijk onbeantwoord. Waarom kende de introductie van gereguleerde marktwerking in de Britse NHS niet het succes dat premier Thatcher wel oogste met de privatisering van British Airways en British Steel? Waarom bleef de zelfregulering van de medische beroepen in de bestudeerde landen grotendeels overeind, terwijl niet-medische partijen al meer dan 25 jaar continu hun invloed op de medische beroepsuitoefening pogen te vergroten? En niet in de laatste plaats, waarom groeien de verschillende gezondheidszorgsystemen steeds meer naar elkaar toe? Kostenbeheersing als heersend thema in de gezondheidszorg, de Europese integratie en de individualisering van de West-Europese samenlevingen spelen hierbij allemaal een rol, maar er is meer aan de hand.

De bevindingen in dit proefschrift suggereren dat er sprake is van twee stabiliserende krachten, die grenzen stellen aan de reguleringsmogelijkheden van niet-medische partijen in de verschillende gezondheidszorgsystemen van West-Europese landen, namelijk: enerzijds de complexiteit van veel medisch handelen van artsen waarop leken geen zicht hebben, terwijl er anderzijds in de samenleving een groot belang aan gezondheid wordt gehecht. De kernelementen van de functionalistische verklaring voor het fenomeen 'het medisch beroep als professie' hebben weinig aan waarde ingeboet. Een zekere mate van zelfregulering dient nog altijd het wederzijds belang van zowel het medisch beroep (klinische autonomie) als de overheid (kostenbeheersing), waarmee de bestaande relatie die beide partijen met elkaar onderhouden wordt bestendigd. Ook blijft de aan *geneeskunst* ontleende klinische autonomie een belangrijk onderhandelingskapitaal voor de medische beroepsorganisaties. Dit blijkt met name wanneer de zelfregulering van het medisch beroep onder druk komt te staan, waardoor tegelijkertijd wordt getornd aan de functionaliteit van de zelfregulering voor zowel het medisch beroep als de samenleving. De aan het onbepaald medisch handelen ontleende hindermacht stelt artsen in staat externe controle te vermijden en/of te omzeilen. Het in reactie hierop door de overheid opvoeren van externe controle op het handelen van artsen stimuleert een almaar uitbreidende bureaucratie in de gezondheidszorg. Een dergelijke ontwikkeling komt zowel de

kosten als de kwaliteit van zorg niet ten goede. In deze zin kiezen de Britse, Nederlandse en Belgische overheden er kennelijk voor de zelfregulering van het medische beroepen te respecteren, ondanks de kritieken op het gebrek aan functioneren van die zelfregulering in het verleden (zoals bijvoorbeeld door de 'General Medical Council' in Groot-Brittannië, de medische tuchtcolleges in Nederland en de Orde der Geneesheren in België). Zodoende speelt goede belangenbehartiging van de medische beroepsorganisaties in het krachtenspel tussen de partijen in de gezondheidszorg ook een rol van betekenis, alleen op een ander niveau. Bijvoorbeeld, de grote inkomensverschillen tussen specialisten in met name Nederland en België, laten zich niet alleen verklaren in termen van 'het algemeen belang', 'het belang van de patiënt', 'het belang dat de patiënt aan verschillende soorten medische dienstverlening hecht', of 'verschillen in de ingewikkeldheid van het medisch handelen tussen diverse specialismen'. Maar juist omdat veel medisch handelen zich niet in regels laat vatten, of technisch zeer ingewikkeld is, hebben artsen de *mogelijkheid* om creatief in te spelen op bestaande en nieuwe financieringsinstrumenten. Het hangt dan bijvoorbeeld af van de mate waarin artsen zelf belang hechten aan een hoog inkomen, om vervolgens van de geboden mogelijkheden gebruik te maken.

Echter, de komende decennia blijft kostenbeheersing het allesoverheersende thema in de gezondheidszorg en de toenemende verwevenheid tussen economische prikkels (via fijnmazige financieringsinstrumenten) en het medisch handelen lijkt een niet te keren ontwikkeling. Hierdoor blijven de kosten van grote onverklaarbare interdoktervariatie, net als aanzienlijke inkomensverschillen tussen artsen onderling, een belangrijke stimulans voor niet-medische partijen om uit economische motieven invloed te verwerven op het medisch handelen. Aldoende wordt de externe druk op het medisch beroep gehandhaafd en dienen artsen de burgers ervan te overtuigen dat zij de verkregen privileges, met name de klinische autonomie, niet (in economische zin) zullen misbruiken. Maar de continu veranderende zelfregulering van de medische beroepen in Groot-Brittannië, Nederland en België laten zich vooralsnog niet vatten in termen als de 'deprofessionalisering' van het medisch beroep. Tevens is het illusoir te veronderstellen dat de uitspraken van Bernard Shaw in 1911 (zie inleiding) ooit aan relevantie zullen verliezen, maar wel kunnen zij mogelijk met behulp van onder meer normerende kwaliteitsinstrumenten worden afgezwakt.

Resumerend, de complexiteit van veel medisch handelen en het belang dat burgers aan de gezondheid hechten, vormen nog altijd de basis waarop de zelfregulering van de Britse, Nederlandse en Belgische medische beroepen is gegroundvest. Hoe deze zelfregulering verder wordt vormgegeven verschilt in de tijd per land, waarbij de belangenbehartiging van het medisch beroep en de niet-medische partijen een rol spelen. In deze zin zijn het 'functionalistisch' en het 'machts-' denken over het medisch beroep niet in strijd met elkaar, maar vormen zij elkaanders complement.

Noten:

Noten bij de Inleiding:

1. R.M.J. Schepers, N.S. Klazinga, 1993, 283.
2. B. Shaw, 1982¹⁵, 9.
3. E. Freidson, 1970.
4. M.R. Haug, 1973, 195-211.
5. E. Freidson, 1984, 1-20.
6. M. Berg, 1995.
7. H. Jamous, B. Peloille, 1970, 111-152.
8. R. van Herk, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1995, 682-686.
R. van Herk, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1996, 1049-1052.
9. A.F. Casparie, 1989, 477.
10. Deze criteria zijn in aangepaste vorm ontleend aan: S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 101.
11. T.S. Jost, 1990.
F.D. Hafferty, J.B. McKinlay, 1993.
M. Moran, B. Wood, 1993.
12. F.G. Castles, 1989, 11.
13. Voor de Verenigde Staten is dit proces beschreven door onder andere:
B.H. Gray, 1991.
M.A. Rodwin, 1993.

Noten bij hoofdstuk 1

1. M. Moran, B. Wood, 1993, 17.
2. Th.W.P.M. van der Krogt, 1981, 170.
3. H. Eckstein, 1976, 184.
4. J.Th.A. Bressers, 1984, 53.
5. A.B. Ringeling, 1989, 107.
6. H. Eckstein, 1976, 183.
7. Ibidem, 184.
8. Ph. Hall, H. Land, R. Parker, A. Webb, 1975, 51-52.
9. Dit blijkt onder meer uit het carrièrepatroon van deze ambtenaren. Ambtenaren van financieel-economische ministeries komen vaker op hoge posities in andere ministeries terecht dan andersom. Deze ambtenaren vervullen daarnaast een soort 'vijfde colonne' rol binnen ministeries voor sociale aangelegenheden ten bate van de financiële en economische departementen. Ph. Hall e.a., 1975, 83.
10. J.W. Hurst, 1991, Fall, 8-9.
11. G.R.M. Scholten, 1994.
12. H. Eckstein, 1976, 184.
13. Ibidem, 178-201.
14. J.A.M. Maarse, 1984, 76-94.
15. G.R.M. Scholten, 1994, 167-199.
16. R.M.J. Schepers, 1989, 4.
17. E. Freidson, 1970, xvii.
18. E. Freidson, 1970, 78.
19. R.M.J. Schepers, 1989, 9-10.
20. Ibidem, 25.
21. M.A. Elston, 1991, 58-59.
22. E. Freidson, 1970, 82-83.
23. M.S. Larson, 1977, 38.
24. F.D. Wolinsky, 1988, 33.
F.D. Wolinsky, 1993, 11-24.
25. M.R. Haug, 1973, 195-211.
26. R.M.J. Schepers, N.S. Klazinga, 1994, 282-295.

27. M.A. Elston, 1991, 64.
28. F.D. Wolinsky, 1993, 11-24.
29. M. Dölher, 1988, 178-197.
30. In 1990 betaalden de Amerikanen gemiddeld 2051, Nederlanders 1041, en Engelsen slechts 758 dollar aan gezondheidszorg. De tevredenheid van de Amerikanen met hun gezondheidszorg, slechts 10%, staat in schril contrast met de daarvoor getrooste uitgaven. In Engeland en Nederland bedragen deze percentages respectievelijk 27% en 47%. R.J. Blendon, R. Leitman, I. Morrison, K. Donelan, 1990, 188.
31. J.B. McKinlay, J. Arches, 1985, 161-195.
32. F.D. Wolinsky, 1993, 17.
33. E. Freidson, 1984, 1-10. Op citaat: F.D. Wolinsky, 1988, 40.
34. M.A. Rodwin, 1993.
35. M. Moran, B. Wood, 1993, 103-104.
36. D.M.J. Delnoy, 1994.
37. E. Freidson, 1970, 92.
38. G.V. Larkin, 1988, 118.
39. A.B. Ringeling, 1989, 106.
40. J. Legemaate, 1996, 65.
41. P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1992, 288-292.
42. J. Boevé, 1992, 1224-1225.
43. E. Felsenthal, Doctors own guidelines hurt them in court. In: *Wall Street Journal* 1994, 19, B1-16. Op citaat: G. Feder, 1994, 1457-1458.
44. M. McKee, A. Clarke, 1995, 101-104.
45. VNZ-directeur P. Swenker in: *Inzet* 4 maart 1993, 5.
46. H. Jamous, B. Peloille, 1970, 112.
47. P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1991, 84-88.
48. T.C.G.M. Vissers, 1983, 687.
49. J.H. Stegeman, 1997, 47-51.
50. D.J.B. Vermeij, 1991, 39.
51. R.M.J. Schepers, A.C. Nievaard, 1990, 65-85.
52. D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson, 1996, 72.
53. D.M. Eddy, J. Billings, 1988, 19-32.
54. K. Lohr, 1994, 840-842.
55. Office of Technology Assessment of the Congress of the United States, *The impact of randomised clinical trials on health policy and medical practice*, Washington, 1983.
M. Dubinsky, J.H. Ferguson, *Analyses of the national institutes of health medicare coverage assessment*. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1990, 6, 480-488.
Beide bronnen geciteerd in: T. Greenhalgh, 1996, 957-958.
56. J. Ellis, I. Mulligan, J. Rowe, D.L. Sackett, 1995, 407-410.
57. C. Spreeuwenberg, 1996, 41.
58. J. Kleijnen, H.C.W. de Vet, G.J.E. Rinkel, M.J.N.C. Kierse, 1995, 1478-1482.
59. J.P. Vandenbroucke, 1995, 1476-1477.
60. E. Freidson, 1970, 164.
61. H. Jamous, B. Peloille, 1970, 116-117.
62. M. Dent, 1996, 109.
63. G.R.M. Scholten, 1994, 182.
64. Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning), 1991.
65. B. New, 1996, 1593-1601.
66. N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, 1996, 27.

Noten bij hoofdstuk 2

1. D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson, 1996, 71-72.

2. D. Blumenthal, 1996, 891-894.
R.H. Brook, E.A. McGlynn, P.D. Clearly, 1996, 966-969.
3. International Organization for Standardization, ISO 8402, Geneva, 1986. Zie voor de beperkingen van deze ISO-definitie: N.S. Klazinga, 1996, 25.
4. A. Donabedian, The definition of quality and approaches to its management. Vol I: Explorations in quality assessment and monitoring, Michigan, 1980. Geciteerd in: A.F. Casparie, 1989, 477-478.
5. J.W. Williamson in een persoonlijke mededeling aan A.F. Casparie. In: A.F. Casparie, 1989, 478.
6. P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1991, 36.
7. E.J. Breedveld, L.C.M. Boonekamp, T.E.D. van der Grinten, 1993, 136.
8. A.F. Casparie, 1989, 478.
9. Impliciete criteria zijn niet uitgesproken of opgeschreven richtlijnen. Wanneer de evaluatie wordt verricht met criteria die door een niet-medicus uit de medische status kunnen worden afgelezen, voor de beoordeling of de medische zorg aan deze maatstaven voldoet, dan worden de gehanteerde richtlijnen expliciete criteria genoemd. P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1991, 97.
10. A.F. Casparie, 1995, 853-856.
11. N.S. Klazinga, A.F. Casparie, 1993, 211-221.
Zie ook: Landelijk Specialisten Vereniging, 1995.
12. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986.
13. Het hiernavolgende is hoofdzakelijk ontleend aan: P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1991, 131-171.
14. A. Pasumaran, V.A. Zeithaml, L.L. Berry, 1985, 41-50.
15. J.K. Iglehart, 1996, 995-999.
16. N.S. Klazinga, A.F. Casparie, 1993, 214.
17. R.M.J. Schepers, 1989, 7.
18. L.R. Kooij, 1995, 1251-1253.
19. J. Bigall, 1995, 1494.
S. Hilton, 1993, 315-318.
20. T.S. Jost, 1990.
21. D.L. Sacket, et al, 1996, 71-72.
22. J.D. Querido, 1996, 361-364.
23. S. Thomas, R. Grol, 1995, 166-175.
24. B. Stocking, B. Jennet, J. Spilby, 1991, 5.
25. A. Donabedian, 1988. Op citaat: P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1991, 95.
26. J.J.E. van Everdingen, P.P.J. Touw, N.S. Klazinga, A.F. Casparie, 1985, 1911-1913.
27. J.J.E. van Everdingen, 1988, 9.
28. B. Stocking, et. al., 1991, 8.
29. K. Lohr, 1994, 5-15.
30. P. Skrabanek, 1990, 1446-1447.
31. B. Devlin, 1988, 299-324.
32. Landelijke Specialisten Vereniging en geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen, 1976.
33. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, 1994.
34. T.S. Jost, 1990, 47-50.
35. Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, 1987.
36. B. van Bruggenhout, 1995, 75-78.
37. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993, 1.
38. J. Kraus, 1991.
39. A.F. Casparie, A.W. Kessener, M.A.G. Frissen, 1995, 1525-1526.
40. C.D. Shaw, 1995, 103.
41. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, 1993.
42. C.D. Shaw, 1980, 1256-1258.

43. C.D. Shaw, 1980, 1443-1446.
44. C. Pollitt, 1993, 24-34.
M. Dent, 1993, 257.
45. A. Hopkins, 1990, 25.
46. N.S. Klazinga, A.F. Casparie, 1990, 286.
47. A. Hopkins, 1990, 27.
48. D. Mechanic, 1995, 1656.
49. B.H. Gray, 1991, 323.
50. C.J. Salisbury, 1989, 608-610.
51. N.S. Klazinga, A.F. Casparie, 1990, 282-284.
52. J.H. Hubben, 1996, 1238-1239.

Noten bij hoofdstuk 3

1. M. Moran, B. Wood, 1993, 7.
2. C. Ham, 1994a, 4.
3. C. Webster (ed), 1993, 130-134.
4. Ibidem, 132.
5. J.W. Hurst, 1991, 13.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992.
7. D. Wilkin, C. Whitehouse, General practice in 5 European countries, Copenhagen: WHO, 1991. Op citaat: A.M. Briels, 1994, 14-17.
8. J. Strobbe, J. de Maeseneer, R. Ceenameane, 1995, 18.
9. M. Moran, B. Wood, 1993, 8.
10. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 87-94.
11. Department of Health, 1989a, 39.
12. Ibidem, 43.
13. M. Stacey, 1992, 18.
14. P. Day, R. Klein, 1992, 462-478.
15. R. Klein, 1983, 82-83.
16. M. Moran, B. Wood, 1993, 82-83, 105.
17. R. Levitt, A. Wall, 1984², 166.
18. A. Hopkins, 1993.
19. S. Brearley, 1992, 32-33.
20. P. Sykes, 1996, 949-950.
21. The Times, 9 januari 1996.
22. General Medical Council, 1989, 2.
23. M. Stacey, 1992, 151.
24. T.S. Jost, 1990, 26-29.
25. M. Stacey, 1992, 111-112.
26. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 44-46.
27. P. Day, R. Klein, 1991, 43-44.
28. C. Webster (ed), 1993, 128.
29. M. Thatcher, 1993, 7.
30. Ibidem, 571.
31. C. Ham, 1994a, 3.
32. A. Maynard, 1994, 1436.
33. A. McSmith, 1994, 148.
34. Ibidem, 1994, 148.
35. D.J. Hunter, 1994, 2.
36. H. Glennester, J. Le Grand, 1995, 203-218.
37. C. Ham, 1994a, 7.
38. Department of Health, 1989a, 39.
39. P. Day, R. Klein, 1992, 471-472.

40. A. McSmith, 1994, 153.
41. The Independent, 5 juli 1989. Op citaat: M.A. Elston, 1991, 58-88.
42. A. McSmith, 1994, 154.
43. C. Ham, 1994a, 36.
44. Anonymus, Stephen Dorrell's healing touch. In: The Economist, 12 augustus 1995, 34.
45. A. Maynard, 1994, 1439-1440.
46. R. Robinson, 1996, 339.
47. Ibidem, 339-340.
48. J. Shapiro, 1996, 652-653.
49. R. Robinson, 1996, 339-340.
50. C. Ham, 1994a, 26.
51. C. Ham, 1996, 288.
52. C. Ham, 1994a, 27.
53. N. Freemantle, I. Watt, J. Mason, 1993, 535-548.
D. Mechanic, 1995, 1655-1659.
54. C. Webster (ed), 1993, 136.
55. A. Maynard, 1994, 1438-1440.
56. N. Freemantle, I. Watt, J. Mason, 1993, 542.
57. The Times, 9 januari 1996.
58. P. Day, R. Klein, 1983, 1813.
59. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 46.
60. E. Scrivens, 1988, 24-34.
61. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 76.
62. Griffiths geciteerd in: S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 81.
63. Het hiernavolgende is grotendeels ontleend aan: S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 51-60.
64. Ibidem, 85.
65. E. Scrivens, 1988, 24-34.
66. S. Harrison, D.J. Hunter, C. Pollitt, 1989, 38-45.
67. D. Cox, 1991, 105.
68. Ibidem, 104.
69. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 84.
70. D.J. Hunter, 1994, 9-10.
71. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 90-94.
72. Ibidem, 93-94.
73. N. Freemantle, I. Watt, J. Mason, 1993, 544.
74. N. Craft, 1994, 1640-1641.
75. D.J. Hunter, 1994, 2.
76. B.N. Ong, M. Boaden, S. Cropper, (forthcoming).
77. L. Beecham, 1995, 1142.
The Times, 4 juli 1995.
78. The Sunday Times, 3 oktober 1993.
79. The Independent, 30 september 1993.
80. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 113.
81. The Sunday Times, 30 juni 1996.
82. C.D. Shaw, C.D. Collins, 1995, 781-784.
83. De tekst in de alinea is ontleend aan: J. Ovretveit, 1994, 46-54.
84. Ibidem, 52.
85. Ibidem, 136.
86. A. Maynard, K. Bloor, 1995, 172.
87. R.M.J. Schepers, 1987, 119.
88. D. Irvine, 1990, 80-81.
89. P. Day, R. Klein, 1992, 462-78.
90. Ibidem, 462-78.
91. A. McSmith, 1994, 154-155.

92. Royal College of General Practitioners, 1987, 196.
93. C. Ham, M. Brommels, 1994, 114.
94. B. Leese, N. Bosanquet, 1995, 705-708.
95. M. Calnan, S. Williams, 1995, 219-241.
96. V.H.M. van Schaik, 1996, 2581-2582.
97. M. Calnan, S. Williams, 1995, 219-241.
S. Macara, 1995, 1142.
98. The Independent, 2 augustus 1994.
The Independent, 2 juni 1995.
99. Anonymus, Medicopolitical Digest. In: British Medical Journal 1995, vol. 311, 130.
100. A. Maynard, 1994, 1438.
101. B. Leese, N. Bosanquet, 1995, 705-8.
102. British Medical Journal, 1993, 131.
103. C. Ham, 1996, 282.
104. C. Ham, 1994a, 20.
105. Audit Commission, 1996.
106. S. Steward-Brown, S. Gilliam, T. Jewell, 1996, 1311-1312.
107. R. Robinson, 1996, 338-339.
108. C. Ham, 1994a, 48-49.
109. C. Ham, 1994b, 3.
110. A. Maynard, 1994, 1433-1445.
111. Department of Health, 1991.
112. J. Legemaate, 1996a, 65.
113. Het hiernavolgende is ontleend aan: T.S. Jost, 1990, 35-37.
114. C. Ham, 1994a, 36.
115. Department of Health, 1991, 4.
116. Ibidem, 10.
117. C. Ham, 1996, 287.
118. V.H.M. van Schaik, 1996, 2581-2582.
119. R. Dingwall, 1994, 46-64.
120. C. Ham, et al, 1988.
121. R. Dingwall, 1994, 46-64.
122. V.H.M. van Schaik, 1996, 2481.
123. M. Stacey, 1992, 29-44.
124. Ibidem, 111-112.
125. R. Klein, 1983, 89.
126. R. Levitt, A. Wall, 1984³, 166.
127. M. Stacey, 1992, 29-43.
128. Ibidem, 71.
129. M. Moran, B. Wood, 1993, 56.
130. T.S. Jost, 1990, 38-39.
131. M. Dent, 1993, 257.
132. T.S. Jost, 1990, 27-28.
133. The Independent, 3 november 1993.
134. M.M. Rosenthal, 1995, 129.
135. T.S. Jost, 1990, 35-37.
136. R. Smith, 1993, 954. Zie ook:
J.H. Gilliard, T.H.S. Dent, E.J. Aarons, P.J. Smyth-Pigott, M.W.N. Nicolls, 1993, 1176-1179.
J.H. Gilliard, T.H.S. Dent, E.J. Aarons, P.J. Smyth-Pigott, M.W.N. Nicolls, 1993, 1180-1184.
137. Department of Health, 1993.
138. S. Kingman, 1993, 581.
139. The Independent, 24 maart 1994.

140. J. Warden, 1995, 1430.
141. R. Smith, 1993, 954.
142. Anonymous, GP elected as GMC president. In: *British Medical Journal* 1995, vol. 310, 1427.
143. A. Hopkins, *Persoonlijke mededeling*, 1 mei 1995.
144. M. Dent, 1993, 258-259.
145. *Ibidem*, 258.
146. Royal Commission on the NHS, London, 1979. Op citaat: C.D. Shaw, 1980b, 1443-1446.
147. Royal Commission on the NHS, London, 1979. Op citaat: M. Dent, 1993, 245-273.
148. Royal College of Physicians, 1981, 422.
149. British Medical Association, 1980, 325.
150. C.D. Shaw, 1980a, 1256-1258.
151. British Medical Association, 1981, 253.
152. H.P. Pledger, 1986, 698.
153. M. Robinson, M. McKee, 1993, 160.
154. N. Buck, B. Devlin, J.L. Lunn, 1987.
155. T. Warden, 1988, 1569.
156. Department of Health, 1989a, 39.
157. C.D. Shaw, D.W. Costain, 1989, 498.
158. Department of Health, 1989a, 40.
159. Department of Health, 1989b, 7-9.
160. C. Pollitt, 1993, 26.
161. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 102.
162. D.J. Hunter, 1995, 9.
163. N. Freemantle, 1995, 1365-1370.
164. M. Robinson, M. McKee, 1993, 157-173.
165. Y. Buttery, K. Walshe, J. Coles, J. Bennet, 1994.
166. M.B. Robinson, *Persoonlijke mededeling*, 13 april 1995.
167. M.M. Rosenthal, 1995, 137.
168. Department of Health, 1993b.
169. A. Kitson, 1993, 143-164.
A. Kitson, G. Harvey, S. Hyndman, P. Yerrell, 1994, 155-167.
170. National Audit Office, 1994.
171. Committee of Public Accounts, 1994.
172. *Ibidem*, 1994, 3.
173. S. Kerrison, T. Packwood, M. Buxton, 1994, 169.
174. Op citaat: B. Page, *Voordracht op conferentie "Evaluating clinical audit: past lessons, future directions"*, London, 27 April 1995.
175. National Audit Office, 1994, 13.
N. Black, E. Thompson, 1993, 849-856.
M.M. Rosenthal, 1995, 136-140.
176. Y. Buttery, K. Walshe, J. Coles, J. Bennet, 1994, 85.
177. N. Black, E. Thompson, 1993, 849-856.
178. Y. Buttery, K. Walshe, J. Coles, J. Bennet, 1994, 101-107.
179. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 103.
180. P. Anand, 1995, 47-53.
181. M.M. Rosenthal, 1995, 143.
182. M. Dent, 1996, 109.
183. National Audit Office, 1994, 13.
184. P.P.M. Harteloh, A.F. Casparie, 1992, 288-292.
185. The King's Fund, 1992, 2.
186. B. Stocking, B. Jennet, J. Spiby, 1991, 11.
187. *Ibidem*, 10.
188. *Ibidem*, 7.

189. Ibidem, 32.
190. Op citaat: M. McKee. In: B. Stocking, B. Jennet, J. Spiby, 1991, 18.
191. P. Skrabanek, 1990, 1446-1447.
192. B. Stocking, B. Jennet, J. Spiby, 1991, 17.
193. S. Kerrison, T. Packwood, M. Buxton, 1994, 163.
194. M. Robinson, M. McKee, 1993, 157-173.
195. N. Buck, et al, 1987.
196. Royal College of Surgeons, 1989.
J.D. Gray, R.G. Thompson, R. Madhok, A. Mordue, A.D. Mendelow, 1993, 429-437.
R. Madhok, R.G. Thompson, A. Mordue, A.D. Mendolow, J. Barker, 1993, 27-30.
197. T. Delamothe, 1993, 218.
198. Anonymus, JCC will set up clinical guidelines groep. In: British Medical Journal 1994, vol. 308, 724.
199. M. McKee, A. Clarke, 1995, 101-104.
200. G. Feder, 1994, 1457-1478.
201. J.M. Grimshaw, I.T. Russell, 1993, 1317-1322.
202. T. Delamothe, 1993, 218.
203. Y. Buttery, K. Walshe, J. Coles, J. Bennet, 1994, 107.
204. N. Freemantle, 1996, 71-81.
205. A.S. Dixon, 1990, 201-220.
206. D. Mechanic, 1995, 1657.
207. P. Day, R. Klein, 1992, 469.
208. M. Calnan, 1988, 94-104.
209. M. Calnan, J. Gabe, 1991, 145-146.
210. M. Stacey, 1992, 29.
211. D.P. Gray, 1992, 29-35.
212. Royal College of General Practitioners, Working party. The future general practitioner: learning and teaching, London, 1972. Op citaat: N. Stott, 1994, 2-3.
213. D. Irvine, 1990, 60.
214. R. van Herk, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1996, 1049-1052.
215. D. Irvine, 1990.
216. R. van Herk, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1994b, 279-293.
217. H. van der Voort, 1980, 150-157.
218. M. Dent, 1993, 244-73.
219. H.W.K. Acheson, 1975, 511-513.
220. Royal Commission on te NHS, 1979.
221. General Medical Service Committee/Royal College General Practitioners, 1980, 1440.
222. British Medical Association, 1981, 253.
223. Acheson-report, London, 1981. Op citaat: R.M.J. Schepers, 1987, 114-121.
224. S.J. Savage, 1983, 767.
225. Royal College of General Practitioners, 1985a, 1981-1982.
226. British Medical Journal, 1985, 987-988.
227. Royal College of General Practitioners, 1985b, 1430.
228. Royal College of General Practitioners, 1987, 196.
229. Department of Health, 1989a, 39.
230. Department of Health, 1990.
231. E.G. Buckley, 1989, 87-90.
232. National Audit Office, 1994, 12.
233. Committee of Public Accounts, 1994.
234. Bury Medical Audit Advisory Group, 1994.
235. M. Calnan, S. Williams, 1995, 219-241.
236. Bury Medical Audit Advisory Group, 1994.
National Audit Office, 1994.

237. Bury Medical Audit Advisory Group, 1994.
S. Teasdale, 1993, 455-457.
P. Anand, 1995, 47-53.
238. J. Horder, N. Bosanquet, B. Stocking, 'Influencing GPs', unpublished paper. London, 1992. Geciteerd in: M.M. Rosenthal, 1995.
239. R. Baker, 1996, 413.
240. R. Baker, 1991, 32-34.

Noten bij hoofdstuk 4

1. T.E.D. van der Grinten, 1993, 245.
2. R. van Meurs, 1992, 32-36.
3. F.T. Schut, 1996b, 278-284.
4. F.T. Schut, J.G.A. Hoek, 1993, 303.
5. J.W. Hurst, 1991, 13.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992.
7. Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg, 1995, 1411-1412.
8. H.C. van der Hoeven, E.W. van der Hoeven, 1993, 386.
9. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994, 27.
10. R.M.J. Schepers, 1991, 44.
11. P. Juffermans, 1982, 116-117.
12. E.S. Houwaart, 1991, 18.
13. *ibidem*, 245.
14. Op citaat: W.B. van der Mij, 1982², 10.
15. H. van der Velden, 1993, 59-72.
16. *ibidem*, 61.
17. B. de Jong, R.M.J. Schepers, 1993, 409.
18. C.L.C. van Nieuwenhuizen, 1971, 1201-1209.
19. N.S. Klazinga, 1996a, B.20-4-5.
20. E.S. Houwaart, 1991, 18.
21. E.L. Vrijland, 1983, 16.
22. N.S. Klazinga, 1996a, B.20-2-2.
23. R. van Herk, E. Runia, 1991, 117-123.
24. Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie, 1994, 1055-1063
25. W.B. van der Mij, 1982², 201.
26. J.J. Brutel de la Rivière, 1978, 639-642.
27. F.H. Veldhuijzen van Zanten, 1974, 809-811.
28. W.B. van der Mij, 1982², 195-196.
29. P. Bol, A.F. Tempelaar, 1993, 31.
J.A. van Oorschot, Fr.C.A. Jaspers, J.H. Schaaf, F. Linnebak, C.A.G. Oostveen, J.T. Braaksma, 1995, 38-39.
30. P. Meurs, 1982, 104-107.
31. J.B. Scholten, 1996, 520-521.
32. R. van Herk, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1995, 683.
33. J.H. Pannekoek, 1958, 444.
34. *ibidem*, 447.
35. F.T. Schut, 1996b, 278-284.
36. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1996, 1293-1295.
37. NRC Handelsblad, 2 november 1996.
38. Th.M.G. van Berkestijn, 1997, 87-89.
N. de Jong, 1997, 93-95.
A.T.J. Krol, 1997, 90-92.
39. J.A.M. Maarse, A. van der Horst, E.J.E. Molin, 1992a, 1247-1251.

40. J.A.M. Maarse, A. van der Horst, E.J.E. Molin, 1992b, 1281-1285.
41. A.F. Casparie, 1984, 623-626.
42. J.A.M. Maarse, A. van der Horst, E.J.E. Molin, 1992b, 1281-1285.
43. F.J.M. Croonen, 1993, 203-205.
J. Moen, 1996.
44. G.R.M. Scholten, 1994, 21-23.
45. F.A. Bol, 1982, 883.
46. G.R.M. Scholten, 1994, 182.
47. Landelijke Specialisten Vereniging, Specialistenbrief, 1989, 3.
48. F.T. Schut, 1996a, 44-50.
49. F.T. Schut, 1995, 69.
50. H.F. Aarts, 1993, 8-9.
51. E. van Hall, Voorzitter NSG in interview met J. Tromp. In: De Volkskrant, 30 april 1994.
52. P. Bol, A.F. Tempelaar, 1993, 31.
53. Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994.
54. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1994, 369-375.
55. A. Ankone, 1995, 1185-1186.
56. NRC Handelsblad, 15 november 1995.
57. A. Ankone, 1996, 211-214.
58. W.G.J.M. van der Ham, R. van Nieuwenhuizen, 1995, 919-920.
59. NRC Handelsblad, 16 februari 1996.
60. J.A. van Oorschot, et al, 1995, 65.
61. L.K.J. van Romunde, J. Passchier, 1992, 1592-1593.
62. H.C. van der Hoeven, E.W. van der Hoeven, 1993, 257.
63. Landelijke Specialisten Vereniging, 1976b, 859.
64. H.C. van der Hoeven, E.W. van der Hoeven, 1993, 299-300.
65. F.T. Schut, 1995, 130.
66. O.F.C. van der Leer, 1994, 93-101.
67. A.F. Casparie, 1994, 10.
68. R. Bering, P. de Vries, 1994, 8-10.
69. P. Visch, 1993, 1180.
70. R. Bering, P. de Vries, 1994, 4, 8-9.
71. J.M. Boot, M.H.J.M. Knapen, 1990, 131.
72. J.P. van der Reijden, 1987, 119-132.
73. A.H.J. van de Rijdt-Van de Ven, 1994, 5-8.
74. J. Legemaate, 1996a, 65.
75. W.B. van der Mijn, 1996, 1306-1307.
76. Ibidem, 1307.
77. W. van der Werf, 1996, 167.
78. P.C.H.M. Holland, 1994, 707-708.
79. A.F. Casparie, 1992b, 527-530.
80. J.J.A.M. Bloem, S.M. Maas, 1993, 1889-1892.
81. J. Legemaate, 1994b, 845-847.
82. R. Teijssen, J. Legemaate, 1996, 24-35.
83. Deze alinea is grotendeels ontleend aan: W.R. Kastelein, 1996b, 1310-1311.
84. J. Legemaate, 1996a, 66.
85. J. Legemaate, 1996b, 1308-1309.
86. A.F. Casparie, 1996, 1316-1317.
87. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1980, 1624-1636.
88. L.G. Angenent, J.H. Hubben, 1992.
89. H. Moll, M. Poll, 1996.
90. B. Sluyters, 1996, 1312-1313.

91. L. Quam et al, Medical malpractice claims in obstetrics/gynaecology: comparisons between the United States and Great Britain. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1988, 95, 454-461. Geciteerd in: J.W.G. Kistemaker, 1994, 711-712.
92. M.J.M.H. Lombarts, J.J.E van Everdingen, P.J. Theuvenet, A.F. Casparie (red), 1996, 78-79.
93. A.F. Casparie, 1996, 1316-1317.
94. J.H. Hubben, 1996, 1238-1239.
95. A.T. Bolt, 1996, 158-161.
96. J. Legemaate, 1994a.
97. C. Lameer, 1994, 423-424.
98. A.F. Casparie, 1996, 1316-1317.
99. F.H. Reddering, 1995, 162-164.
100. W.P. Rijksen, 1996, 1318-1319.
101. J.A.A. van Doorn, 1996, 16.
S.W. Couwenberg, 1996.
102. A.F. Casparie, 1992b, 527-530.
J. Legemaate, 1992, 2380-2384.
W.R. Kastelein, 1992, 191.
J. Legemaate, 1993, 392-406.
103. W.B. van der Mijn, 1973, 10-12.
104. Anonymus, Een persconferentie inzake het medisch tuchtrecht. In: *Medisch Contact* 1971, 26, 501.
105. Anonymus, Centraal medisch tuchtcollege kampt met grote achterstand. In: *Medisch Contact* 1983, 38, 227-228.
106. J.H. Hubben, P. Jongerius, M.E.F. Heineman, 1995, 1506-1509.
107. G. van der Wal, 1996, 2640-2644.
108. J.H. Hubben, M.E.F. Heineman, 1996.
109. G. van der Wal, 1996, 2643.
110. B.J. Asscher, 1996.
111. M. Poll, 1996.
112. J.H. Hubben, et al, 1995, 1506-1509.
113. J.H. Hubben, M.E.F. Heineman, 1996.
114. B. Sluyters, 1996, 1312-1313.
115. W.R. Kastelein, 1996a, 525-526.
116. W.B. van der Mijn, 1982².
W.B. van der Mijn, 1992, 361-363.
117. H.W.A. Sanders, 1991, 78-97.
118. Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg. In: *Wetgeving Gezondheidszorg-Suppl.* 132 (februari 1994), 2.2-1 - 2.2-150, (januari 1996), 2.2-151 - 2.2-154.
119. W.B. van der Mijn, 1995, 981-982.
120. W.B. van der Mijn, 1995, 981-982.
H.W.A. Sanders, 1995, 696-696.
121. I.J.H.C. van den Boomen, 1996, 49-50.
122. Mondelinge mededeling, J. Legemaate, 3 juli 1996.
123. W.R. Kastelein, 1993, 1731-1735.
124. Ibidem, 1731-1735.
125. G. van der Wal, 1994, 525.
126. A.F. Casparie, 1992b, 528.
127. C. Spreeuwenberg, 1995, 1245.
128. H. Plokker, 1991, 807-810.
129. Anonymus, Intentieverklaring betreffende een te ontwikkelen kwaliteitsbeleid. In: *Medisch Contact* 1989, 44, 605.
130. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990.
131. Ibidem, 11.

-
132. N.S. Klazinga, 1996b, 347.
 133. J. Kraus, 1991.
 134. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993, 16.
P. Visch, S. Wildevuur, 1994, 7-8.
J.M. Blinkhof, J.C.F. van Oijen, 1995, 26.
N.S. Klazinga, 1996, 340-344.
 135. T.O. Haalstra, N.S. Klazinga, 1990, 731-732.
 136. A.F. Casparie, 1994, 9.
 137. Anonymus, Afspraken over kwaliteitsbeleid. Opgesteld tijdens de vervolgconferentie 'Kwaliteit van zorg' op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam. In: Medisch Contact 1990, 45, 872-875.
 138. R. Bering, 1992, 241-244.
 139. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993, 14-17.
 140. E.M. Sluijs, D.H. Bakker, 1995, 193-200.
 141. A.F. Casparie, 1995, 853-856.
 142. A.F. Casparie, 1994, 9-10.
 143. Zie bijvoorbeeld: D.J. Ruiter, A.H. Mulder, 1996, 747.
 144. R. van Herk, et al, 1995, 683.
 145. J.H. Pannekoek, 1958, 444-448.
 146. J.C.J. Bürkens, 1962, 733-737.
 147. P.J. Kuijjer, J.F. Rhede van der Kloot, J. Logeman, 1963, 1268-1270.
 148. P.J. Kuijjer, 1997, 21.
 149. O. Fokkens, 1971, 223-227.
 150. R. van Herk, E. Runia, 1991, 121.
 151. O. Fokkens, 1971, 223-227.
 152. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1972, 402-412.
 153. B. Smalhout, 1972, 1312.
 154. E. Freidson, 1970.
 155. R.M. Versteeg, 1973, 1205-1210.
 156. F.A. Bol, 1972, 1277-1278.
 157. A.F. Casparie, 1975, 507-509.
 158. J.C.J. Bürkens, 1975, 401-404.
 159. Interimrapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing, 1974, 948-951.
 160. Uit het jaarverslag 1972 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. In: Medisch Contact 1974, 29, 131-136.
 161. J.C. Terlouw, J. ten Brink, 1974, 434.
 162. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1975, 1164-1182.
 163. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1975, 1076.
 164. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1976b, 1494-1497.
 165. H.C. van der Hoeven, E.W. van der Hoeven, 1993.
 166. Landelijke Specialisten Vereniging, 1976a, 51-52.
 167. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1976a, 454-456.
 168. Landelijke Specialisten Vereniging, Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen, 1976.
 169. A.J. Simons, 1976, 833-834.
 170. Zie bijvoorbeeld: A.F. Casparie, 1975, 667-671.
 171. G.J. Hamilton-van Hest, 1986, 197-200.
 172. P.J. Theuvenet, 1994, 11.
 173. M.B. Robinson, 1994, 435-440.
M. Dent, 1995, 86-102.
 174. A.F. Casparie, E. Reerink, 1977, 666-670.

175. J.J.E. van Everdingen, 1988, 10.
176. Ibidem, 1988, 9.
177. Anonymus, Richtlijnen voor het bloedtransfusiebeleid in ziekenhuizen. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1983, 127, 1803-1807.
178. J.J.E. van Everdingen, 1988, 20-21.
179. A.F. Casparie, J.J.E. van Everdingen, 1985, 906-907.
180. A.F. Casparie, 1983b, 1816.
181. N.S. Klazinga, 1996b, 285.
182. Ibidem, 267-330.
183. J.J.E. van Everdingen, 1988, 219.
184. N.S. Klazinga, 1996b, 287.
185. Ibidem, 287.
186. Ibidem, 287.
187. A.J.A. Kaasenbrood, N.S. Klazinga, 1994, 1562.
188. J.J.E. van Everdingen, 1988, 217.
189. A.J.A. Kaasenbrood, N.S. Klazinga, 1994, 1561.
190. N.S. Klazinga, 1996b, 303.
191. Ibidem, 305.
192. Ibidem, 285.
193. M.J.M.H. Lombarts, et al, 1996, 78-79.
194. J. Roos, 1983, 653.
195. T.C.G.M. Vissers, 1983, 687.
196. A. Kastelein, N. Willems, 1980, 304.
J.M. Greep, M.N. van der Heyde, 1980, 551-552.
197. A.F. Casparie, 1983a, 350.
198. F. Schwarz, 1985, 1491.
199. Landelijke Specialisten Vereniging, 1995, 36.
200. A.F. Casparie, D. Post, J.W. Gubbels, 1993, 192-195.
201. M.B. Lagaai, 1989, 929.
202. N.S. Klazinga, 1994, 61.
203. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 1993, 35.
204. D.J. Ruiter, A.H. Mulder, 1996, 744-747.
G.O.N. Oosterhof, A.F.G.V.M. Ypma, 1996, 1358-1359.
205. P. Swenker, 1993, 4-5.
206. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1996, 1294.
207. A.J.A. Kaasenbrood, N.S. Klazinga, 1994, 1561.
208. E.H. Hulst, I. Tiems, 1996, 879-881.
209. E.J.C. de Jong, J. van Daal-Sanders, 1996, 1127-1128.
210. M.J.M.H. Lombarts, et al, 1996, 78-79.
211. W. Weststrate, P. Portegies, H. van Crevel, 1994, 1779-1582.
212. W.H. Harten, H.J. Altena, G.J. Westert, J.J. Zuurbier, 1994, 840.
213. A.J.A. Kaasenbrood, N.S. Klazinga, 1994, 1564.
214. R.W.M. Giard, 1994, 1559.
215. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1993, 8.
216. S.E. Wildevuur, 1996, 1217.
217. R. van Herk, E. Runia, 1991, 117.
218. Ibidem, 117-123.
219. N. de Graaff, 1991, 152.
220. Zie bijvoorbeeld: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975b, 184-187.
221. E. Schadé, 1987, 399-400.
V.C.L. Tielens, 1992, 319-322.
222. R. van Herk, 1990.
R. van Herk, E. Runia, 1991, 117-123.
R. van Herk, 1994a, 60-67.

223. Tj. Wiersma, 1993, 219-222.
Y. Winants, 1993, 300-301.
224. R. van Herk, et al, 1995, 682-686.
225. H. van der Voort, 1980, 150-157.
226. R. van Herk, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, 1994b, 279-293.
227. J.J. Bergsma, 1966, 83-87.
228. Th.J. van Stockum, 1976, 288-291.
229. R. van Herk, et al, 1995, 682-686.
230. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1974b, 317.
231. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1974a, 225.
232. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975a, 55.
233. Landelijke Huisartsen Vereniging, 1975a, 1142-1143.
234. Bijvoorbeeld: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1975b, 1608-1609.
235. Bijvoorbeeld: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1977, 1401-1402.
236. J. van Eijk, J. Gubbels, A. de Koningh, K. van der Meer, J. van Noort, 1977.
237. M.J.A. de Jonge, 1991, 126.
238. F.A. Bol, 1978, 167.
239. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1980, 127-140.
240. A.F. Casparie, 1980, 141-142.
241. P.V.M. Cromme, 1981, 212-213.
242. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1983, 314-318.
243. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975b, 184-187.
244. A.W. Kessener, 1982, 243-244.
245. V.C.L. Tielens, 1992, 321.
246. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1983, 314-318.
247. N. de Graaff, 1991, 132.
248. Ibidem, 158.
249. H.J.F. Crebolder, J.A.E. Feen, 1985, 997-998.
250. Nederlands Huisartsen Instituut, 1983, 474-475.
251. R.P.T.M. Grol, 1987.
252. V.C.L. Tielens, 1991, 240-241.
253. M.J.A. de Jonge, 1991, 127.
254. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990a.
255. G.E.H.M. Rutten, 1990, 338-339.
256. H.G.L.M. Grundmeyer, 1987, 30.
257. J.J. Rethans, 1988, 105-106.
258. V.C.L. Tielens, 1988, 106.
259. J.D. Querido, 1996, 361-364.
260. S. Thomas, R. Grol, 1995, 166-175.
261. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990b, 85.
262. Brief van Staatssecretaris Dees. Geciteerd in: J.P.M. van der Voort, 1989, 402-403.
263. J.M. Boot, M.H.J.M. Knapen, 1990, 132.
264. S. Thomas, 1994a, 2638-2640.
265. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995, 43.
266. P.F. van Akkerveeken, 1996, 758-759.
J.R. van der Laan, S. Thomas, 1996, 769-771.
G.K. van Wijngaarden, 1996, 757-758.
267. Z. Pelikan, 1995, 1776-1777.
268. C.A.F. Jansveld, 1993, 133.
G.G.M. Essed, 1996, 1939-1940.
269. S. Thomas, 1991, 1357.
270. Tj. Wiersma, 1994, 1049-1052.
M. Hugenholtz, M. Smulders, 1994, 7-9.
S. Flikweert, 1996, 1935-1939.

- M.A.H. Fleuren, S. Engelsbel, D. Wijkkel, M. de Haan, 1996, 1956-1959.
271. S. Thomas, 1994b, 2638-2640.
 272. R. Grol, A. Zwaard, 1989, 498-500.
J. Dalhuijzen, A.M. Zwaard, R.P.T.M. Grol, H.M. Mokkink, 1993, 2139-2144.
M.A.H. Fleuren, M. de Haan, R.T.P.M. Grol, A.J.B.I. Sips, 1993, 370-374.
G.P.J.M. Konings, G.E.H.M. Rutten, D. Wijkkel, 1995, 602-607.
 273. G.P.J.M. Konings, et al, 1995, 602-607.
M.A.H. Fleuren, et al, 1996, 1956-1959.
 274. R. Grol, A. Zwaard, 1989, 498.
J. Dalhuijzen, et al, 1993, 2142.
 275. R. Grol, 1993, 108.
 276. H.D.C. Roscam Abbing, 1991, 141-144.
 277. R. Grol, 1996, 123-128.
 278. S. Thomas, 1994a, 14.
 279. Landelijke Huisartsen Vereniging, 1990.
 280. Ibidem, 7-8.
 281. College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 1996, 233-235.
 282. Nederlands Huisartsen Genootschap/Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995, 6.
 283. L.R. Kooij, 1995, 1251-1253.
 284. A. van Kessel, H. Vlak, J. Muris, H. van Dam, 1994, 531-532.
A.H.J. van de Rijdt-van de Ven, 1994, 200-201.
 285. A.H.J. van de Rijdt-Van de Ven, 1994, 212-213.

Noten bij hoofdstuk 5

1. G. van Istendael, 1993(10), 233-243.
2. C. van Wanseele, 1985, 5-20.
3. E. Rohaert, 1990, 13.
4. G. van Istendael, 1993(10), 234.
5. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1483-1485.
6. R.M.J. Schepers, 1993a, 160.
7. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1483-1485.
8. H. Meulemans, 1994, 14.
9. J. Hurst, 1991, 13-14.
10. R. Wouters, H. Spinnewijn, J. Pacolet, 1988. Op citaat: W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1488.
11. H. Spinnewijn, J. Pacolet, 1993. Op citaat: W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1488.
12. A. Lammens, 1993.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992.
14. Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid. Op citaat: De Morgen, 20 maart 1996.
15. Anonymus, Parlementaire vragen. Samenstelling van de top van het ministerie van Volksgezondheid. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1993, 10, 4-5.
16. J. Strobbe, J. de Maeseneer, R. Ceenaeme, 1995, 18.
17. A.M. Briels, 1994, 14-17.
18. R. Rutsaert, 1995a, 14.
19. T.S. Jost, 1990, 16-17.
20. R.M.J. Schepers, 1989, 50.
21. R.M.J. Schepers, 1991, 44.
22. R.M.J. Schepers, 1993b, 161.
23. Ibidem, 386-387.
24. R.M.J. Schepers, 1993a, 160-166.
25. J. Dejardin, 1991, 80.
26. R.M.J. Schepers, 1993c, 156-157.
27. A. Lacquet, 1994, 14.

28. T.S. Jost, 1990, 18-19, 22.
29. A. Lacquet, 1994, 14.
30. Ibidem, 12-13.
31. R.M.J. Schepers, 1993b, 375-392.
32. T.S. Jost, 1990, 22-24.
33. H. Nys, 1991, 64-65.
34. Ibidem, 66.
35. Ibidem, 63.
36. T.S. Jost, 1990, 22-24.
37. Ibidem, 22-24.
38. J. Rasking, 1996.
39. E. van Doorslaer, 1995, 12.
40. De Standaard, 27 maart 1996.
41. J. Rasking, 1996.
42. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996, 20.
43. De Standaard, 13 september 1996.
44. De Morgen, 3 december 1996.
45. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994.
46. H. Meulemans, 1994, 2-5.
47. H. Meulemans, 1994, 2.
48. H.C. van der Hoeven, E.W. van der Hoeven, 1993, 386.
49. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1487.
50. Op citaat: J. de Maeseneer In: *Kultuurleven* 1996, 2, 8.
51. De Standaard, 15 oktober 1993.
52. H. Meulemans, 1994, 11.
53. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1486.
54. P. Zweifel, R. Eichenberger, 1992, 98.
55. Anonymus, *Artseninkomens* 1990. In: *Gezondheidszorg Beleid en Organisatie* 1993, 10, 6-7.
56. H. Meulemans, 1994, 2.
57. R.I. Roemer, R.J. Roemer, 1981, 152.
58. J. Peers, 1994, 19.
59. H. Nys, 1994, 176.
60. J. Peers, 1994, 21.
61. H. Meulemans, 1994, 7.
62. Ibidem, 5.
63. J. Peers, 1994, 22.
64. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1487.
65. Ibidem, 1486.
66. J. Kesenne, 1995, 52.
67. E. van Doorslaer, 1995, 15.
68. W. Nonneman, E. van Doorslaer, 1994, 1485.
69. Anonymus, *Financiering van ziekenhuizen* 1995. In: *Gezondheidszorg, beleid en organisatie* 1995, 12, 9-19.
70. S. Harrison, C. Pollitt, 1994, 77-80.
71. *Fraude en gesjoemel*. In: *Trends*, 23 januari 1997, 36.
72. R. Rutsaert, 1995a, 5.
73. R. Rutsaert, 1995, 11.
74. P. Waterbley, 1996, 68-72.
75. De Standaard, 12 januari 1996.
76. De Standaard, 9 maart 1996.
77. R. Rutsaert, 1995, 17.
78. J. Hermesse, R. van den Oever, 1991, 249.
79. Art. 120-128, KB 10 augustus 1987. In: H. Nys, 1991, 542.

80. Anonymus, Artsen en management. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1993, 10, 17-28.
81. R. Rutsaert, 1995a, 11-18.
82. J. Hermesse, D. Sauer, 1991, 119.
83. J. Hermesse, R. van den Oever, 1991, 256.
84. S. Callens, 1995, 10-20.
85. Anonymus, Raad van State vernietigt MKG-besluit. In: Gezondheidszorg Beleid en Organisatie 1994, 11, nr. 4, 2-4.
86. R. de Smet, 1983, 1092.
87. D.M.J. Delnoy, 1994, 117.
88. C. Spreeuwenberg, 1995, 1183.
89. Ministerie van Volksgezondheid. Geciteerd in: H. Meulemans, 1994, 2.
90. J. van der Zee, P.P. Groenewegen, R. van Haaften, 1991, 808-813.
91. R. de Smet, 1983, 1089-1092.
92. J. de Maeseneer, 1994b, 7.
93. R. Grol, M. Whitfield, J. de Maeseneer, 1990, 134-136.
J.M. de Maeseneer, L.F. Prins, J.P. Heyerick, F. Mambourg, 1994, 2649-2654.
94. R. de Smet, 1983, 1090.
J. de Maeseneer, 1994b, 7.
95. S. de Foer. In: De Standaard, DS Magazine, 1 december 1995, 2-4.
96. H. Meulemans, 1994, 10.
97. J. de Maeseneer, 1994b, 7.
98. J. de Maeseneer, 1995, 262-266.
99. Ibidem, 262.
100. Ibidem, 263.
101. A. Malfiet, 1992. Op citaat: J. de Maeseneer, 1995, 263.
102. De Standaard, 15 december 1994.
103. R. Rutsaert, 1995, 10.
104. Anonymus, Visie van minister De Galan: samenwerking tussen huisarts en specialist. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1996, 13, nr. 9, 9-10.
105. De Standaard, 22 oktober 1996.
106. De Standaard, 26 oktober 1996.
107. J. Legemaate, 1996a, 65.
108. R.M.J. Schepers, 1995, 171.
109. H. Nys, 1991, 117-165.
110. Ibidem, 160.
111. Ibidem, 162.
112. Anonymus, Rechtspraak: opname in eenpersoonskamer en verhoogde honoraria. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1993, 10, 1-2.
113. Anonymus, Rechtspraak: begroting van ereloon van niet-geconventioneerde arts. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1994, 11, 2.
114. Anonymus, Medische aansprakelijkheidsverzekeringen. In: Gezondheidszorg, beleid en organisatie 1996, 13, nr. 9, 5-6.
115. Anonymus, Enquête naar ziekenhuistarieven. In: Test Aankoop Magazine 1996, 39, 19-28.
116. Gepubliceerd onderzoek in de 'Artsenkrant'. Geciteerd in: De Morgen, 13 maart 1996.
117. J. de Maeseneer, 1995, 265.
118. De Standaard, 11 en 12 oktober 1995.
119. De Standaard, 29 november 1996.
120. Interview R. Haché, Brussel, 22-11-1995.
121. T.S. Jost, 1990, 24.
122. R.M.J. Schepers, H. Nys, 1985, 64-65.
123. De Standaard, 8 juli 1995.
124. Interview R. Haché, Brussel, 22-11-1995.

125. J. de Maeseneer, 1993, 12-14.
126. De Standaard, 17 september 1995.
127. Landsbond de Christelijke Mutualiteiten, 1994, 2.
128. Ibidem, 2-3.
129. J. de Maeseneer geïnterviewd door P. Knapen. In: *Kultuurleven* 1996, 2, 5-15.
130. Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering, Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Accreditatiestuurgroep, Document AS 95/1. Bijlage 1.01.02.95. In: J. de Maeseneer, 1995, 265.
131. De Standaard, 12 december 1995.
132. Interview J. De Maeseneer, Gent, 10-10-1995.
133. Landsbond de Christelijke Mutualiteiten, 1994, 8.
134. J. de Maeseneer, 1994a, 11.
135. J. de Maeseneer, 1994c.
136. T.S. Jost, 1990, 64-65.
137. Op citaat: B. van Bruggenhout, 1995, 78.
138. T.S. Jost, 1990, 64-65.
139. Interview P. Quaethoven, Leuven, 3-10-1995.
140. B. van Bruggenhout, 1995, 75-78.
141. R. Rutsaert, 1995a, 11-18.
142. Interview P. Quaethoven, Leuven, 3-10-1995.
143. P. Jacques, 1991, 7-10.
144. Ibidem, 7.
145. Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, 1994, 2.
146. R. van den Oever geïnterviewd door L. Annemans. In: *De Huisarts*, 29 november 1995.
147. Interview L. Schillemans, Antwerpen, 4-10, 1995.
148. J. de Maeseneer, 1994a, 15.
149. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, 1994, 7.
150. Anonymus, Accreditering. Reglementering LOK's. In: *Gezondheidszorg beleid en organisatie* 1996, 13, nr. 9, 2.
151. Ibidem, 2-3.
152. Anonymus, Kwaliteit, kwaliteitscriteria, normen inzake medische praktijk en beheersing van het medisch aanbod. In: *Gezondheidszorg beleid en organisatie* 1996, 13, nr. 9, 1-2.
153. Anonymus, Accreditering. In: *De Geneesheer-Specialist*, December 1996, 12-14.
154. J.B. Meijer van Putten, 1994, 2680.
155. J. de Maeseneer, 1995, 262.
156. B. de Jong, R.M.J. Schepers, 1993, 409-410.
157. A. Lacquet, 1994, 14.
158. M. Kuyvenhoven, 1978, 186.
159. R. de Smet, A. van Orshoven, 1994, 3-9.
160. B. de Jong, R.M.J. Schepers, 1993, 411.
161. A. Vrij, 1979, 171.
162. B. de Jong, R.M.J. Schepers, 1993, 411.
163. A. Vrij, 1979, 170-171.
164. Interview L. Schillemans, Antwerpen, 4-10-1995.
165. B. de Jong, R.M.J. Schepers, 1993, 411-412.
166. R. de Smet, A. van Orshoven, 1994, 7.
167. J. Heyrman, F. Buntinx, geciteerd in: *De Morgen*, 21 oktober 1995.
168. De Standaard, 6 oktober 1994.
169. L. Schillemans, R. Remmen, R. Maes, R. Grol, 1993, 393-398.
170. Interview L. Schillemans, Antwerpen, 4-10-1995.
171. J. de Maeseneer, 1995, 264.
172. De Standaard, 15 december 1994.

Bijlagen

- I Literatuur
- II Lijst van geïnterviewden
- III Lijst van gebruikte afkortingen

I Literatuur

- Acheson H.W.K., Medical audit in general practice. *Lancet* 1975, *i*, 511-513.
- Akkerveeken P.F. van, De standaard 'Lage rugpijn' van het NHG; reactie vanuit een centrum voor rugklachten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, *140*, 758-759.
- Anand P., Objectives, information and incentives in the NHS internal market. *Health Services Management Research* 1995, *vol. 8*, 47-53.
- Angenent L.G., J.H. Hubben, *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*, Nijmegen, 1992.
- Ankone A., Het NSG ziet wel iets in een specialistenfederatie. *Medisch Contact* 1995, *50*, 1185-1186.
- Ankone A., Rond de tafel over de lokale en regionale initiatieven: "minister, laat ons nu even met rust, we zijn verder dan U denkt." *Medisch Contact* 1996, *51*, 211-214.
- Asscher B.J., Het tuchtrecht schiet tekort. Tuchtrecht is geen klachtrecht. Tuchtrecht is strafrecht. Klachtrecht is burgerlijk recht. *NRC Handelsblad*, 10 april 1996.
- Audit Commission, *What the doctor ordered*, London, 1996.
- Baker R., Audit and standards in new general practice. *British Medical Journal* 1991, *vol. 303*, 32-34.
- Baker R., Clinical audit in primary health care: towards quality assurance. Let 100 flowers blossom seems to be the message of the Clinical Outcomes Group. *British Medical Journal* 1996, *vol. 310*, 413.
- Berg M., *Rationalizing medical work: a study of decision report techniques and medical practices*, Dissertatie, Maastricht, 1995.
- Bergsma J.J., Onderlinge observatie door huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1966, *9*, 83-87.
- Bering R., Kwaliteitsbeleid. Wat er van Leidschendam terecht kwam. *Medisch Contact* 1992, *47*, 241-244.
- Bering R., P. de Vries, Particuliere ziektekostenverzekeraars: meer informatie - haalbare kaart? *Kwaliteit in Beeld* 1994, *4*, 8-10.
- Bering R., A.C. de Die, M.A.G. Frissen, A.F. Casparie, Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector: Leidschendam III. *Medisch Contact* 1995, *50*, 1113-1118.
- Berkestijn Th.M.G. van, Twee jaar paars: kabinet-paars en KNMG-groen, complementaire kleuren? *Medisch Contact* 1997, *52*, 87-89.
- Bigall J., More UK consultants face certification. *British Medical Journal* 1995, *vol. 343*, 1494.
- Bins J.W., Adviseren aan advocaten; een medisch-juridische les. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, *140*, 1371-1374.
- Black N., E. Thompson, Obstacles to medical audit: British doctors speak. *Social Science of Medicine* 1993, *vol. 36*, 849-856.
- Blendon R.J., R. Leitman, I. Morrison, K. Donelan, Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 1990, *Summer*, 185-192.
- Blinkhof J.M., J.C.F. van Oijen, Kwaliteitszorg en PACE in de praktijk: aanpak en ervaringen in het Westeinde ziekenhuis in Den Haag. *Kwaliteit in Beeld* 1995, *december*, 6-9, 26.
- Bloem J.J.A.M., S.M. Maas, Patiënteninformatie: overwegingen, aangepaste werkwijze, evaluatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1993, *127*, 1889-1892.
- Blumenthal D., Quality in health care part 1: Quality of health care - What is it? *New England Journal of Medicine* 1996, *vol. 12*, 891-894.
- Boevé J., Herregistratie van medisch specialisten. *Medisch Contact* 1992, *47*, 1224-1225.
- Bol F.A., De specialist in het ziekenhuis: vrij beroep of dienstverband? *Medisch Contact* 1972, *27*, 1277-1278.
- Bol F.A., Een schaap met vijf of drie poten? *Medisch Contact* 1978, *33*, 167.
- Bol F.A., Werkloze specialisten. *Medisch Contact* 1982, *37*, 883.
- Bol P., A.F. Tempelaar, Fout verleden. De geschiedenis van de medische fout. In: J.J.E. van

- Everdingen (red), *Smetten op de witte jas*, Amsterdam, 1993, 17-34.
- Bolt A.T., Medische aansprakelijkheid en te vergoeden schade: geen Amerikaanse toestanden in Nederland. *Medisch Contact* 1996, 51, 158-161.
- Boomen I.J.H.C. van den, De meerwaarde van artikel 39 Wet BIG voor de praktijk: voorwaarden waaronder voorbehouden handelingen mogen worden verricht. *Medisch Contact* 1996, 51, 49-50.
- Boot J.M., M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht, 1990.
- Brearley S., Medical education. In: T. Richards (ed), *Medicine in Europe*, London, 1992, 30-39.
- Breedveld E.J., L.C.M. Boonekamp, T.E.D. van der Grinten, *Kwaliteit in contracten tussen zorginstellingen en verzekeraars: naar een nieuwe relatie in de gezondheidszorg*, Rotterdam, 1993.
- Bressers J.Th.A., Analyse en evaluatie van de beleidsinhoud. In: *Handboek beleidsevaluatie*, H.J. Blommestein, J.Th.A. Bressers, A. Hoogerwerf (red), Alphen aan den Rijn/Brussel, 1984, 53-75.
- Briels A.M., Associaties in Vlaanderen: aantal, soort en verspreiding. *Huisarts Nu* 1994, 23, 14-17.
- British Medical Association, From the Annual Representative Meeting 1980: no "imposed" medical audit. *British Medical Journal* 1980, vol. 281, 325.
- British Medical Association, From the Annual Representative Meeting 1981: Medical audit, Voluntary, confidential, unconditional, and non-directive. *British Medical Journal* 1981, vol. 283, 253.
- British Medical Journal, Towards quality in general practice: GMS discuss RCGP's paper. *British Medical Journal* 1985, vol. 291, 987-988.
- British Medical Journal, Commentary, BMA accepts reality of fundholding. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 131.
- Brook R.H., E.A. McGlynn, P.D. Cleary, Quality of health care part 2: Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine* 1996, vol. 13, 966-969.
- Bruggenhout B. van, Is er plaats voor managed care in de Vlaamse gezondheidszorg? *Acta Hospitalia* 1995, 35, 75-78.
- Buck N., B. Devlin, J.L. Lunn, *The report of a confidential enquiry into perioperative deaths*, London, 1987.
- Buckley E.G., Working for patients - a journey into the unknown. *Journal Royal College of General Practitioners* 1989, 39, 87-90.
- Buttery Y., K. Walshe, J. Coles, J. Bennet, *Evaluating medical audit: findings of a national survey of healthcare provider units in England*, London, 1994.
- Bürkens J.C.J., Intercollegiale toetsing medische ziekenhuisarbeid. *Medisch Contact* 1962, 17, 733-737.
- Bürkens J.C.J., Medical audit: extern of intern? *Medisch Contact* 1975, 30, 401-404.
- Bury Medical Audit Advisory Group, *Annual Report 1993/1994*, Bury, 1994.
- Callens S., Wet Verwerking van Persoonsgegevens en gezondheidszorg. Een goede afweging? Het gebruik van medische gegevens voor onderzoek als invalshoek. *Gezondheidszorg, beleid en organisatie* 1995, 12, 10-20.
- Calnan M., Variations in the range of services provided by GPs. *Journal of Family Practice* 1988, 5, 94-104.
- Calnan M, J. Gabe, Recent developments in general practice: a sociological analysis. In: analysis. In: J. Gabe, M. Calnan, M. Bury (eds), *The sociology of the health service*, London/New York, 1991, 141-161.
- Calnan M., S. Williams, Challenges to professional autonomy in the United Kingdom? The perceptions of general practitioners. *International Journal of Health Services* 1995, vol. 25, 219-241.
- Casparie A.F., Medical audit, een nationale zaak. *Medisch Contact* 1975a, 28, 507-509.
- Casparie A.F., Praktische toepassing van medical audit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1975b, 119, 667-671.

- Casparie A.F., E. Reerink, Intercollegiale toetsing in een ziekenhuis: het selectieve gebruik van "packed cells" voor transfusies als onderwerp van prospectieve kwaliteitsbewaking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1977, 121, 666-670.
- Casparie A.F., Visie op toetsing in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1980, 23, 141-142.
- Casparie A.F., Maatstaven van goede zorg: complicaties voor de medische praktijk van alledag. *Medisch Contact* 1983a, 38, 349-350.
- Casparie A.F., Bereiken van consensus in de geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1983b, 127, 1816-1818.
- Casparie A.F., Interne budgettering: taak en plaats van de medische staf in de organisatie van het ziekenhuis. *Medisch Contact* 1984, 39, 623-626.
- Casparie A.F., J.J.E. van Everdingen, Consensusdevelopment in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1985, 906-907.
- Casparie A.F., Kwaliteit in de gezondheidszorg: huidige inzichten en toekomstige ontwikkelingen. *Medisch Contact* 1989, 44, 477-482.
- Casparie A.F., Is de toekomstige kwaliteit van zorg door juridisering van het medisch beroep nog wel gegarandeerd: de mogelijke invloed van de Wet-BIG. In: J.M. Bruggeman e.a. (red.), *Lex Medicorum. Liber Amicorum Prof. dr. W.B. van der Mijn*, Deventer, 1991, 67-77.
- Casparie A.F., Kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg: kanttekeningen bij de ISO-normen. *Medisch Contact* 1992a, 47, 238-244.
- Casparie A.F., Kwaliteitswet Zorginstellingen, WBGO en BIG: onderlinge relatie. *Medisch Contact* 1992b, 47, 527-530.
- Casparie A.F., D. Post, J.W. Gubbels, Differences in production between medical specialists. *European Journal of Public Health* 1993, 3, 192-195.
- Casparie A.F., Vier jaar na de kwaliteitsconferenties: waar staan we nu. *Medisch Contact* 1994, 49, 9-10.
- Casparie A.F., Landelijk kwaliteitsbeleid anno 1995: stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. *Medisch Contact* 1995, 50, 853-856.
- Casparie A.F., A.W. Kessener, M.A.G. Frissen, De harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. *Medisch Contact* 1995, 50, 1525-1526.
- Casparie A.F., Preventie van aansprakelijkheid: de betekenis van kwaliteitsbeleid en riskmanagement. *Medisch Contact* 1996, 51, 1316-1317.
- Castles F.G., Puzzles of political economy. In: F.G. Castles (ed), *The comparative history of public history*, Cambridge/Oxford, 1989, 1-16.
- College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Eisen voor herregistratie van huisartsen, Besluit CHVG no. 3 - 1995. *Medisch Contact* 1996, 51, 233-235.
- Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning), *Kiezen en delen: advies in hoofdzaken*, 's-Gravenhage, 1991.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg, *Gedeelde zorg: betere zorg*, Zoetermeer, 1994.
- Committee of Public Accounts, *Auditing clinical care in Scotland*, London, 1994.
- Cox D., Health service management - a sociological view: Griffiths and the non-negotiated order of the hospital. In: J. Gabe, M. Calnan, M. Bury, (eds), *The sociology of the health service*, Buckingham/Philadelphia, 1991, 89-112.
- Couwenberg S.W., Beste strafpleiter of een advocaat van gore zaken? *NRC-Handelsblad*, 5 oktober 1996.
- Craft N., Secrecy in the NHS. *British Medical Journal* 1994, vol. 309, 1640-1641.
- Crebolder H.J.F., J.A.E. Feen, Nascholing en toetsing van huisartsen: scheiding of integratie. *Medisch Contact* 1985, 33, 997-998.
- Cromme P.V.M., Naar een duidelijker inhoud van het NHG-lidmaatschap. *Huisarts en Wetenschap* 1981, 24, 212-213.
- Croonen F.J.M., Van medicus tot ziekenhuisdirecteur. Boeiend maar niet zonder risico's. *Medisch Contact* 1993, 48, 203-205.
- Dalhuijzen J., A.M. Zwaard, R.P.T.M. Grol, H.M. Mookink, Het handelen van huisartsen volgens

- de standaard Otitis media acuta van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1993, 137, 2139-2144.
- Day P., R. Klein, The mobilisation of consent versus the management of conflict: decoding the Griffiths Report. *British Medical Journal* 1983, vol. 287, 1813.
- Day P., R. Klein, Constitutional and distributional conflict in British medical politics: the case of general practice, 1911-1991. *Political Studies*, 1992, XL, 462-478.
- Day P., R. Klein, Britain's health care experiment. *Health Affairs*, Fall 1991, 39-59.
- Dejardin J., De rol van de ziekenfondsen in de onderhandelingen met de zorgverstrekkers. In: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *De mutualiteit vandaag en morgen: wettelijk kader, opdrachten en uitdagingen*, Antwerpen, 1991, 71-87.
- Delamothe T., Wanted: guidelines that doctors will follow. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 218.
- Delnoy D.M.J., *Physician payment systems and cost control*, Dissertatie, Utrecht, 1994.
- Dent M., Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerialism. *The Sociological Review*, 1993, 41, 244-273.
- Dent M., Doctors, peer review and quality assurance. In: T. Johnson, G. Larkin, M. Saks (eds), *Health professions and the state in Europe*, London/New York, 1995, 86-102.
- Dent M., *Professions, information technology and management in hospitals*, Aldershot, 1996.
- Department of Health, *Working for Patients*, London, 1989a.
- Department of Health, *Working for Patients, Working paper no. 6*, London, 1989b.
- Department of Health, *Medical audit in the family practitioner services*. Health circulair London, 1990.
- Department of Health, *The Patient's Charter: raising the standard*, London, 1991.
- Department of Health, *Hospital doctors: training for the future*, London, 1993a.
- Department of Health, *Clinical audit: meeting and improving standards in healthcare*, London, 1993b.
- Devlin B., Audit and the quality of clinical care. *Clinical Anaesthesiology* 1988, 2, 299-324.
- Dingwall R., Litigation and the threat to medicine. In: J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (eds), *Challenging medicine*, London/New York, 1994, 46-64.
- Dixon A.S., The evolution of clinical policies. *Medical Care* 1990, 28, 201-220.
- Dölher M., Physicians professional autonomy in the welfare state: endangered or preserved? In: F. Björkman, *Controlling medical professionals: the comparative politics of health governance*, London, 1988, 178-197.
- Doorn J.A.A. van, Advocaat van gore zaken: strafpleiters die alleen maar willen scoren, tasten de rechtsorde aan die zij hebben beloofd te verdedigen. *HP/De Tijd*, 20 september 1996, 16.
- Doorslaer E. van, Van ziekenfondsen naar gezond-houd-organisaties? *Acta Hospitalia* 1995, 35, 7-18.
- Eckstein H., The determinants of pressure group politics. In: F.G. Castles, D.J. Murray, C.J. Pollitt, D.C. Potter (eds), *Decisions, organizations and society*, Middlesex, 1976.
- Eddy D.M., J. Billings, The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Affairs* 1988, Spring, 19-32.
- Eijk J. van, J. Gubbels, A. de Koningh, K. van der Meer, J. van Noort, *De weekenddienst in Nederland*, Utrecht, 1977.
- Ellis J., I. Mulligan, J. Rowe, D.L. Sackett, Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995, vol. 346, 407-410.
- Elston M.A., The politics of professional power: medicine in a changing health service. In: J. Gabe, C. Calnan, M. Bury (eds), *The sociology of the health service*, Buckingham/Philadelphia, 1991, 58-88.
- Essed G.G.M., De standaard '(dreigende) miskraam' van het NHG; te weinig navolging. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 1939-1940.
- Everdingen J.J.E. van, P.P.J. Touw, N.S. Klazinga, A.F. Casparie, Het belang van consensus in de geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1985, 129, 1911-1913.
- Everdingen J.J.E. van, *Consensusontwikkeling in de geneeskunde*, Dissertatie, Utrecht/Ant

- werpen, 1988.
- Everdingen J.J.E. van (red), *Smetten op de witte jas*, Amsterdam, 1993.
- Feder G., Clinical guidelines in 1994: let's be careful out there. *British Medical Journal* 1994, vol. 309, 1457-1478.
- Fleuren M.A.H., M. de Haan, R.T.P.M. Grol, A.J.B.I. Sips, Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd? *Huisarts en Wetenschap* 1993, 11, 370-374.
- Fleuren M.A.H., S. Engelsbel, D. Wijkkel, M. de Haan, Verwijsredenen van huisartsen en verloskundigen in Amsterdam bij (dreigende) miskraam gespiegeld aan de standaard '(Dreigende) miskraam' van het NHG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 39, 1956-1959.
- Flikweert S., De standaard 'Dreigende miskraam' van het NHG; te weinig navolging. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 1935-1939.
- Fokkens O., Vormgeving van de 'medical audit'. *Medisch Contact* 1971, 26, 223-227.
- Freemantle N., I. Watt, J. Mason, Developments in the purchasing process in the NHS: towards an explicit politics of rationing? *Public Administration* 1993, Winter, vol. 74, 535-548.
- Freemantle N., Dealing with uncertainty: will science solve the problems of resource allocation in the UK NHS? *Social Science of Medicine* 1995, vol. 40, 1365-1370.
- Freemantle N., Are decisions taken by health care professionals rational? A non systematic review of experimental and quasi experimental literature. *Health Policy* 1996, 38, 71-81.
- Freidson E., *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, New York, 1970.
- Freidson E., The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology* 1984, 10, 1-20.
- Gabe J., Kelleher D., Williams G. (eds), *Challenging medicine*, London/New York, 1994.
- Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, *Inzicht en toezicht: beknopte uitgave*, Rijswijk, 1987.
- General Medical Council, *Professional conduct and discipline: fitness to practice*, London, 1989.
- General Medical Service Committee/Royal College General Practitioners, GMSC and RCGP hold joint conference. *British Medical Journal* 1980, vol. 281, 1440.
- Giard R.W.M., Wat te verwachten van protocollaire geneeskunde? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 138, 1557-1560.
- Gilliard J.H., T.H.S. Dent, E.J. Aarons, P.J. Smyth-Pigott, M.W.N. Nicolls, Preregistration house officers in the Thames Regions: changes in quality of training after four years. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 1176-1179.
- Gilliard J.H., T.H.S. Dent, E.J. Aarons, P.J. Smyth-Pigott, M.W.N. Nicolls, Preregistration house officers in eight English regions: survey of quality training. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 1180-1184.
- Glennester H., J. Le Grand, The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services* 1995, vol. 25, 203-218.
- Graaff N. de, *Veertig jaar en volgende, ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging*, Utrecht, 1991.
- Gray B.H., *The profit motive and patient care: the changing accountability of doctors and hospitals*, Cambridge/London, 1991.
- Gray D.P., History of the Royal College of General Practitioners - the first 40 years. *British Journal of General Practice* 1992, 43, 29-35.
- Gray J.D., R.G. Thompson, R. Madhok, A. Mordue, A.D. Mendelow, Evaluating clinical guidelines. In: J.F.L. Chan (ed), *Quality and its implications*, Newcastle Upon Tyne, 1993, 429-437.
- Greenhalgh T., Is my practice evidence based? Should be answered in qualitative, as well as quantitative terms. *British Medical Journal* 1996, vol. 313, 957-958.
- Greep J.M., M.N. van der Heyde, Op weg naar protocollaire geneeskunde? *Medisch Contact* 1980, 35, 551-552.
- Grimshaw J.M., I.T. Russell, Effect of clinical guidelines on medical practice: a system review

- of rigorous evaluations. *Lancet* 1993, vol. 342, 1317-1322.
- Grinten T.E.D. van der, Veranderingen in het maatschappelijk middenveld: over het nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg. *Gezondheid, Theorie en Praktijk* 1993, 1, 245-263.
- Grol R.P.T.M., *Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde*, Dissertatie, Nijmegen, 1987.
- Grol R., A. Zwaard, Problemen bij de invoering van de NHG-standaard orale anticonceptie. *Huisarts en Wetenschap* 1989, 32, 498-500.
- Grol R., M. Whitfield, J. de Maeseneer, Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *British Journal of General Practice* 1990, 40, 134-136.
- Grol R., Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? Oratie. *Huisarts en Wetenschap* 1993, 36, 106-112.
- Grol R., Standaarden en tuchtrecht: een onmogelijke relatie? *Huisarts en Wetenschap* 1996, 39, 123-128.
- Grundmeyer H.G.L.M., Huisarts en patiënt: duel of duet. *Huisarts en Wetenschap* 1987, 30, 30.
- Haalstra T.O., N.S. Klazinga, Kwaliteitsborging door herregistratie van medische beroepsbeoefenaars. *Medisch Contact* 1990, 45, 731-732.
- Hafferty F.D., J.B. McKinlay, *The changing medical profession: an international perspective*, Oxford/New York, 1993.
- Hall Ph., H. Land, R. Parker, A. Webb, *Change, choice and conflict in social policy*, London, 1975.
- Ham C., et al, *Malpractice negligence in compensation and accountability*, London, 1988.
- Ham C., *Management and competition in the new NHS*, Oxford/New York, 1994a.
- Ham C., *Health care reforms, the unfinished agenda*. Congres paper 58th EMPF Meeting, Leuven, 8-9 december 1994b.
- Ham C., M. Brommels, Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs* 1994, Winter, 106-119.
- Ham C., Managed markets in health care: the UK experiment. *Health Policy* 1996, 35, 279-292.
- Ham W.G.J.M. van der, R. van Nieuwenhuizen, Convent van Wetenschappelijke Verenigingen wil vorming van één specialistenvereniging (ingezonden brief). In: *Medisch Contact* 1995, 50, 919-920.
- Hamilton-van Hest G.J., Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen. *Medisch Contact* 1986, 41, 197-200.
- Harteloh P.P.M., A.F. Casparie, *Kwaliteit van zorg*, 's-Gravenhage, 1991.
- Harteloh P.P.M., A.F. Casparie, Medische technology assessment en kwaliteitsborging. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1992, 288-292.
- Harten W.H., H.J. Altena, G.J. Westert, J.J. Zuurbier, Protocolen in de gezondheidszorg. *Praktijk. Medisch Contact* 1994, 49, 839-840.
- Harrison S., D.J. Hunter, C. Pollitt, General management and medical autonomy in the National Health Service. *Health Services Management Research* 1989, vol. 2, 38-45.
- Harrison S., C. Pollitt, *Controlling health professionals: the future of work and organization in the NHS*, Buckingham-Philadelphia, 1994.
- Haug M.R., Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. *Sociological Review Monograph* 1973, 20, 195-211.
- Herk R. van, *De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1993*, Rotterdam: RUHI, 1990.
- Herk R. van, E. Runia, De kunst van het haalbare: de verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1973. *Huisarts en Wetenschap* 1991, 34, 117-123.
- Herk R. van, Strijden voor een huisartsenopleiding. Hoe een vooruitstrevende groep huisartsen een eigen beroepsopleiding bewerkstelligde, 1956-1973. *Opossum* 1994a, 4, 60-67.
- Herk R. van, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, Huisartsen en zelfregulering: de ontwikkeling van

- intercollegiale toetsing en standaarden voor huisartsen tussen 1970 en 1990. *Gezondheid 1994b*, 2, 279-293.
- Herk R. van, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, De ontwikkeling van intercollegiale toetsing onder medisch specialisten in de Nederlandse ziekenhuizen: zelfregulering onder druk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1995*, 139, 682-686.
- Herk R. van, N.S. Klazinga, R.M.J. Schepers, A.F. Casparie, Intercollegiale toetsing onder huisartsen. Medical audit in splendid isolation? *Medisch Contact 1996*, 51, 33/34, 1049-1052.
- Hermesse J., R. van den Oever, Gezondheidsbeleid: trends en uitdagingen. In: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *De mutualiteit vandaag en morgen, wettelijk kader*, Antwerpen, 1991, 237-261.
- Hermesse J., D. Sauer, Plaats en functie van het ziekenfonds in de verplichte ziekteverzekering. In: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *De mutualiteit vandaag en morgen: wettelijk kader*, opdrachten en uitdagingen, Antwerpen, 1991, 111-128.
- Hilton S., Reaccreditation for General Practice. *British Journal of General Practice 1993*, 44, 315-318.
- Hoeven H.C. van der, E.W. van der Hoeven, *Om welzijn of winst, 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid*, Deventer, 1993.
- Holland P.C.H.M., De kwaliteitswet: een wet met kwaliteit? *Medisch Contact 1994*, 49, 707-708.
- Hopkins A., *Measuring the quality of medical care*, London, 1990
- Hopkins A., *Medical audit activities of the Royal Colleges and their faculties in the United Kingdom*, London, 1993.
- Horder J., N. Bosanquet, B. Stocking, 'Influencing GPs', London, 1992 (Unpublished paper).
- Houwaart E.S., *De hygiënisten: artsen, staat & volksgezondheid in Nederland*, Dissertatie, Groningen, 1991.
- Hubben J.H., P. Jongerius, M.E.F. Heineman, Tuchtrechtelijke jurisprudentie over huisartsen 1982-1992. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1995*, 139, 1506-1509.
- Hubben J.H., Geschillencommissie Ziekenhuizen van start. Een experiment in dertig ziekenhuizen. *Medisch Contact 1996*, 51, 1238-1239.
- Hubben J.H., M.E.F. Heineman, *De tuchtrechtspraak over chirurgen in de periode 1986-1995*, Nijmegen, 1996.
- Hugenholtz M., M. Smulders, Drie CARA-standaarden nader bekeken. Wat hebben zij de huisarts te bieden? (Commentaar). *Huisarts en Wetenschap 1994*, 37, 7-9.
- Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie, Jaarverslag 1993. *Medisch Contact 1994*, 49, 1055-1063.
- Hulst E.H., I. Tiems, Het professionele domein van de arts in dienstverband. Een uitspraak van de kantonrechter. *Medisch Contact 1996*, 51, 879-881.
- Hunter D.J., From tribalism to corporatism. The managerial challenge to medical dominance. In: J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (eds), *Challenging medicine*, London/New York, 1994, 1-22.
- Hurst J., Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs 1991*, Fall, 7-21.
- Iglehart J.K., The National Committee for Quality Assurance. *New England Journal of Medicine 1996*, vol. 335, 995-999.
- Interimrapport van de Taakgroep Intercollegiale Toetsing. *Medisch Contact 1974*, 29, 948-951.
- Irvine D., *Managing for quality in general practice*, London, 1990.
- Istendael G. van, *Het Belgisch labyrint: wakker worden in een ander land*. Geheel herziene uitgave, Arbeiderspers, Amsterdam/Antwerpen, 1993¹⁰⁾.
- Jacques P., Inleiding. In: *Gezondheidszorg en kwaliteitsborging in de jaren negentig*, Leuven/ Apeldoorn, 1991, 7-10.
- Jamoss H., B. Peloille, Changes in the French university-hospital system. In: J.A. Jackson (ed), *Professions and professionalization*, London, 1970, 111-152.
- Jansveld C.A.F., CARA-standaarden. Ingezonden brief. *Huisarts en Wetenschap 1993*, 36, 133.

- Jong B. de, R.M.J. Schepers, Huisartsen in België en huisartsen in Nederland. *Huisarts Nu* 1993, 22, 407-417.
- Jong E.J.C. de, J. van Daal-Sanders, Het professionele domein van de arts in dienstverband. *Medisch Contact* 1995, 51, 1127-1128.
- Jong N. de, Twee jaar paars: kleine stapjes in de gezondheidszorg, de visie van Zorgverzekeraars Nederland. *Medisch Contact* 1997, 52, 93-95.
- Jonge M.J.A. de, Normeren van het huisartsgeneeskundig handelen: straks een gewone zaak. *Huisarts en Wetenschap* 1991, 34, 126.
- Jost T.S., *Assuring the quality of medical practice: an international comparative study*, Kings Edward's Hospital Fund for London, London, 1990.
- Juffermans P., *Staat en Gezondheidszorg: een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945-1970*, Dissertatie, Nijmegen, 1982.
- Kaasenbrood A.J.A., N.S. Klazinga, Ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen; samenhang tussen doel, methode en effect. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 128, 1560-1564.
- Kastelein A., N. Willems, Diagnostische verrichtingen en algoritmen, een kostenbesparing? *Medisch Contact* 1980, 35, 304.
- Kastelein W.R., Kwaliteitswet: afstemming en rechtsbescherming. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1992, 16, 191.
- Kastelein W.R., Het klachtrecht van de patiënt bij de geneeskundige inspectie en het Tuchtcollege: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1993, 137, 1731-1735.
- Kastelein W.R., Arts en recht: van wetgeving naar praktijk. *Medisch Contact* 1996a, 51, 525-526.
- Kastelein W.R., Klachtenbehandeling klachtencommissie en samenloop met andere procedures. *Medisch Contact* 1996b, 51, 1310-1311.
- Keesing R.M., *Cultural anthropology: a contemporary perspective*, New York, 1981.
- Kerrison S., T. Packwood, M. Buxton, Monitoring medical audit. In: R. Robinson, J. Le Grand (eds), *Evaluating the NHS reforms*, London, 1994, 155-177.
- Kesenne J., Meer managed care in de Belgische gezondheidszorg via meer financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. *Acta Hospitalia* 1995, 35, 35-52.
- Kessel A. van, H. Viak, J. Muris, H. van Dam, Gezondheidscentrum en kwaliteit: van overleg naar toetsing. *Medisch Contact* 1994, 49, 531-532.
- Kessener A.W., De NHG-er, een nieuwe professional. *Huisarts en Wetenschap* 1982, 25, 243-244.
- Kingman S., Birmingham pathologist criticised for misdiagnoses. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 581.
- Kitson A., Quality assurance in nursing practice. In: *Proceedings of the Royal Society of Edinburgh*, Edinburgh 1993, 101, 143-164.
- Kitson A., G. Harvey, S. Hyndman, P. Yerrrell, Criteria formulation and application: an evaluative framework. *International Journal of Nursing Studies* 1994, 2, 155-167.
- Kistemaker J.W.G., Aansprakelijkheid in de gezondheidszorg: het 'niet pluis'-gevoel. *Medisch Contact* 1994, 49, 711-712.
- Klazinga N.S., Compliance with practice guidelines: clinical autonomie revisited. *Health Policy* 1994, 28, 51-66.
- Klazinga N.S., (Vervolg)opleidingen in de geneeskunde: beleid rond opleidingsstructuur en opleidingscapaciteit in het medisch-onderwijscontinuüm. In: *Structuur en financiering van de gezondheidszorg*, 1996a, B.20-2-2.
- Klazinga N.S., *Quality management of medical specialist care in the Netherlands: an explorative study of its nature and development*, Dissertatie, Amersfoort, 1996b.
- Klazinga N.S., A.F. Casparie, Kwaliteit in de gezondheidszorg. In: J.A.M. Maarse, I.M. Murveeman (red), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen/Maastricht, 1990, 261-289.

- Klazinga N.S., A.F. Casparie, Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren: over symbiose van het bedrijfsleven en post-Dekkeriaanse professionaliseringstendenzen. *Gezondheid* 1993, 2, 211-221.
- Klazinga N.S., R.M.J. Schepers, Tussen eenheid en verdeeldheid: medisch specialisten in Nederland sedert de jaren tachtig. *Gezondheid* 1996, 4, 17-29.
- Kleijnen J., H.C.W. de Vet, G.J.E. Rinkel, M.J.N.C. Kierse. De Cochrane Collaboration: systematische overzichten van kennis uit gerandomiseerd onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995, 139, 1478-1482.
- Klein R., *The politics of the NHS*, London/New York, 1983.
- Konings G.P.J.M., G.E.H.M. Rutten, D. Wijkel, Waarom werken huisartsen niet volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts en Wetenschap* 1995, 38, 602-607.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst: jaarverslag der Maatschappij 1971. In: *Medisch Contact* 1972, 27, 402-412.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG-verklaring over wetsontwerp volksverzekering. *Medisch Contact* 1975, 28, 1076.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 167ste ledenvergadering. *Medisch Contact* 1976a, 31, 454-456.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Beleidsvoornemens inzake kostenbeheersing in de gezondheidszorg: brief van de KNMG aan de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten Generaal. *Medisch Contact* 1976b, 31, 1494-1497.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, De Kwaliteit van de beroepsuitoefening. *Medisch Contact* 1980, 35, 1624-1636.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Jaarverslag 1993. *Bijlage Medisch Contact* 1993, 48, nr. 22.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG-commentaar naar aanleiding van het rapport-Biesheuvel en het kabinetstandpunt. *Medisch Contact* 1994, 49, 369-375.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG-reactie op het Jaaroverzicht Zorg 1997. *Medisch Contact* 1996, 51, 1293-1295.
- Kooij L.R., Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie: nieuwe uitvoeringsregeling volgend jaar van kracht. *Medisch Contact* 1995, 50, 1251-1253.
- Kraus J., *TNO-rapport proefproject PACE: aanvraag voortzetting tweede fase van de eerste tien conceptnormen*, Leiden, 1991.
- Krogt Th.W.P.M. van der, *Professionalisering en collectieve macht*, Dissertatie, 's-Gravenhage, 1981.
- Krol A.T.J., Twee jaar paars: kleur bekennen, de visie van de Nederlandse zorgfederatie. *Medisch Contact* 1997, 52, 90-92.
- Kuijjer P.J., J.F. Rhede van der Kloot, J. Logeman, Sterfte, medische tekortkomingen en foutenbronnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1963, 107, 1268-1270.
- Kuijjer P.J., De heekunde in de laatste 40 jaar; omzien in verwondering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, 141, 17-26.
- Kuyvenhoven M., Tien jaren universitaire huisartsgeneeskunde in Utrecht. *Huisarts en Wetenschap* 1978, 21, 185-189.
- Laan J.R. van der, S. Thomas, Samenvatting van de standaard 'Lage rugpijn' van het NHG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 769-771.
- Lacquet A., Vijftig jaar specialisatiegeneeskunde 1944-1994. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 50, 10-16.
- Lagaai M.B., Eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteitsniveau: opvattingen bij de Nederlandse Vereniging voor Heekunde ten aanzien van kwaliteitsbewaking. *Medisch Contact* 1989, 44, 928-929.
- Lameer C., Goed recht en de hulpverlener: aan juridisering van de arts-patiëntrelatie valt niet te ontkomen. *Medisch Contact* 1994, 49, 423-424.

- Lammens A., *Het bankroet van België: het verhaal van een staatsschuld van 10 000 000 000 BEF*, Antwerpen, 1993.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Regionale bijeenkomsten over blauwdruk beleid LHV. *Medisch Contact 1975a*, 30, 1142-1143.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Ledenvergadering der LHV. *Medisch Contact 1975b*, 30, 1608-1609.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Ledenvergadering der LHV buigt zich over 'takenpakket' en 'blauwdruk': besluitvorming uitgesteld. *Medisch Contact 1977*, 32, 1401-1402.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, *Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering*, Utrecht: LHV, 1990.
- Landelijke Specialisten Vereniging, Brief aan Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten Generaal. *Medisch Contact 1976a*, 31, 51-52.
- Landelijke Specialisten Vereniging, Intentieverklaring inzake opzet van een gestructureerd plaatselijk overleg tussen de ziekenfondsen enerzijds en directies van ziekenhuizen en medische staven anderzijds. *Medisch Contact 1976b*, 31, 859.
- Landelijke Specialisten Vereniging, Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen, *Rapport Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen*, Utrecht, 1976.
- Landelijke Specialisten Vereniging, *Specialistenbrief*, 1989, 15, nr. 7.
- Landelijke Specialisten Vereniging, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten*, Utrecht, 1995.
- Landsbond de Christelijke Mutualiteiten, *Accreditering: een model voor meer kwaliteit in de gezondheidszorg*, Brussel, 1994.
- Larkin G.V., Medical dominance in Britain. *The Milbank Quarterly 1988*, Vol. 66, Suppl. 2, 117-132.
- Larson M.S., *The rise of professionalism*, Berkely, 1977.
- Leer O.F.C. van der, Gegevensbescherming in Nederland: waarborgen voor privacybescherming en vertrouwelijkheid van medische gegevens als onderdeel van zelfregulering. *Acta Hospitalia 1994*, 34, 93-101.
- Leese B., N. Bosanquet, Family doctors and change in practice strategy since 1986. *British Medical Journal 1995*, vol. 310, 705-708.
- Legemaate J., Kwaliteit van beroepsuitoefening: het ontwerp Kwaliteitswet Zorginstellingen en het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg in onderling verband. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1992*, 136, 2380-2384.
- Legemaate J., Patiëntenrechten in bijzondere situaties: over rechtsbescherming en wetgevingsbeleid. In: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1993*, 17, 392-406.
- Legemaate J., *Recht en Realiteit: juridische normering en het therapeutisch proces*. Oratie, Houten/Zaventem, 1994a.
- Legemaate J., De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen: rechtsbescherming of ongewenste juridisering? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1994b*, 138, 845-847.
- Legemaate J. De juridisering van het therapeutisch proces. *Gezondheid 1996a*, 4, 66-68.
- Legemaate J., Afhandeling van klachten en fouten: verschillende mogelijkheden, verschillende mogelijkheden. *Medisch Contact 1996b*, 51, 1308-1309.
- Levitt R., A. Wall, *The reorganised National Health Service*, London, 1984³.
- Lohr K., Guidelines for clinical practice: applications for primary care. *International Journal of Quality in Health Care 1994*, 6, 5-15.
- Lombarts M.J.M.H., J.J.E van Everdingen, P.J. Theuvenet, A.F. Casparie (red), *Consensus over medisch-specialistische richtlijnen*, Utrecht, 1996.
- Maarse J.A.M., Analyse en evaluatie van beleidsprocessen. In: H.J. Blommestein, J.Th.A. Bressers, A. Hoogerwerf (red), *Handboek beleidsevaluatie*, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1984, 76-94.
- Maarse J.A.M., A. van der Horst, E.J.E. Molin, Budgettering in algemene ziekenhuizen: effecten op zorgverlening. *Medisch Contact 1992a*, 47, 1247-1251.
- Maarse J.A.M., A. van der Horst, E.J.E. Molin, Budgettering in algemene ziekenhuizen: effecten

- op organisatie en management. *Medisch Contact* 1992b, 47, 1281-1285.
- Madhok R., R.G. Thompson, A. Mordue, A.D. Mendolow, J. Barker, An audit of ditribution and use of guidelines for management of head injury. *Quality in Health Care* 1993, 2, 27-30.
- Maeseneer J. de, *De kwaliteitszorg in de huisartsgeneeskunde in België: tussen macht en wetenschap*, Gent, 1993. (Niet gepubliceerd)
- Maeseneer J. de, *De kwaliteit in de huisartsgeneeskunde in België: tussen macht en wetenschap*, 1994a. (Niet gepubliceerd)
- Maeseneer J. de, *Haalt de huisartsgeneeskunde het jaar 2000? Een uitnodiging tot discussie*, Gent, 1994b.
- Maeseneer J. de, *Een structuur voor de kwaliteitszorg binnen de gezondheidszorg: Een alternatief voorstel van de Vlaamse Medische Faculiteiten*, 1994c. (Niet gepubliceerd.)
- Maeseneer J.M. de, L.F. Prins, J.P. Heyerick, F. Mambourg, De trouw van Belgische patiënten aan hun huisarts. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 138, 2649-2654.
- Maeseneer J. de, De eerstelijnsgezondheidszorg in België. *Huisarts Nu* 1995, 24, 262-266.
- Maynard A., Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK National Health Service. *Social Science of Medicine* 1994, vol. 39, 1433-1445.
- Maynard A., K. Bloor, Primary care and health care reform: the need to reflect reforming. *Health Policy* 1995, 31, 171-181.
- McKee M., A. Clarke, Guidelines, enthusiasms, uncertainty, and the limits of purchasing. *British Medical Journal* 1995, vol. 310, 101-104.
- McKinlay J.B., J. Arches, Towards proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services* 1985, 15, 161-195.
- McSmith A., Kenneth Clarke, *A political biography*, London/New York, 1994.
- Mechanic D., Dilemmas in rationing health care services: the past for implicit rationing. *British Medical Journal* 1995, vol. 310, 1655-1659.
- Meijer van Putten J.B., Vlaamse huisartsen protesteren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 138, 2680.
- Meulemans H., *Gezondheidsbeleid*, 1994. (Niet gepubliceerd)
- Meurs P., *Zeggenschap in het ziekenhuis: een onderzoek naar zeggenschapsverhoudingen in kleine en middelgrote algemene ziekenhuizen in Nederland*, Dissertatie, 's-Gravenhage, 1982.
- Meurs R. van, Simons voorgangers over de tergende tegenwerking in de gezondheidszorg. *Vrij Nederland*, 4 januari 1992, 32-36.
- Mijn W.B. van der, Het tuchtrecht op de tocht. *Medisch Contact* 1973, 28, 10-12.
- Mijn W.B. van der, Voorgeschiedenis medische rechtspraak. *Medisch Contact* 1978, 33, 639-642.
- Mijn W.B. van der, *Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg*, Deventer, 1982².
- Mijn W.B. van der, De lange geschiedenis van de Wet BIG. *Medisch Contact* 1992, 47, 361-363.
- Mijn W.B. van der, De positie van verpleegkundigen in de Wet BIG: van bevoegdheid naar bekwaamheid. *Medisch Contact* 1995, 50, 981-982.
- Mijn W.B. van der, Waarom toch al die wetten? *Medisch Contact* 1996, 51, 1306-1307.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Algemene wet gezondheidszorgverzekering, Memorie van toelichting, Hoofdstuk IX, Toezicht en controle. *Medisch Contact* 1975, 30, 1164-1182.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Financieel Overzicht Zorg* 1996, Tweede Kamer 1995/1996. 24404, nr. 2, 20.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Zorg in getal* 1994, Rijswijk, 1994.
- Mintzberg H., *Mintzberg over management*, Amsterdam, 1991.
- Moen J., *Koördinansen zonder vangnet, managementopgaven in de gezondheidszorg*, Oratie, Tilburg, 1996.
- Moll H., M. Poll, LGN zwicht voor ziekenhuizen. Schadereregelaar ziet af van rechtsbijstand bij medische fouten. *NRC Handelsblad*, 15 november 1996.
- Moran M., B. Wood, *States, regulation and the medical profession*, Buckingham/Bristol, 1993.

- National Audit Office, *Evaluating clinical care in Scotland*, London, 1994.
- Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 13 december 1993. *Uittreksel Staatsblad 5 januari 1994*.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening*, Zoetermeer, 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport Certificatie van instellingen*, Zoetermeer, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Certificatie van kwaliteitssystemen: advies over de harmonisatie op het gebied van certificatie in de zorgsector*, Zoetermeer, 1993.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector*. Kwaliteitsconferentie 7 juni 1995, Zoetermeer, 1995.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Onderzoek naar het functioneren van weekenddiensten. *Huisarts en Wetenschap 1974a*, 18, 225.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Jaarverslag 1973 van het NHG. *Huisarts en Wetenschap 1974b*, 17, 317-319.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Toetsing huisartsen. *Huisarts en Wetenschap 1975a*, 19, 55.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Jaarverslag 1974 van het NHG. *Huisarts en Wetenschap 1975b*, 15, 184-187.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Toetsing in de huisartsgeneeskunde: rapport van de werkgroep toetsing van het NHG. *Huisarts en Wetenschap 1980*, 23, 127-140.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Jaarverslag 1982 van het NHG. *Huisarts en Wetenschap 1983*, 26, 314-318.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, *Werkboek standaarden ontwikkeling*, Utrecht, 1990a.
- Nederlands Huisartsen Genootschap, Verslag van de ledenvergadering van het NHG d.d. donderdag 14 december 1989. *Huisarts en Wetenschap 1990b*, 33, 85-86.
- Nederlands Huisartsen Genootschap/Landelijke Huisartsen Vereniging, *Intercollegiale toetsing, Cahier voor deskundigheidsbevordering*, Utrecht, 1995.
- Nederlands Huisartsen Instituut, Eindverslag experimentele fase NHI-Toetsingsproject. *Huisarts en Wetenschap 1983*, 26, 474-475.
- Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg, Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg. *Medisch Contact 1995*, 50, 1411-1412.
- Nederlandse Vereniging voor Heekunde, *Van goed naar beter*, Utrecht, 1993, 35.
- New B., The rationing agenda in the NHS: Bill New, on behalf of the Rationing Agenda Group. *British Medical Journal 1996*, vol. 312, 1593-1601.
- Nieuwenhuizen C.L.C. van, Bij het 25-jarig bestaan van de LSV. *Medisch Contact 1971*, 26, 1201-1209.
- Nonneman W., Doorslaer E. van, The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Social Science and Medicine 1994*, vol. 39, 1483-1495.
- Nys H., *Geneeskunde - Recht en medisch handelen: algemene praktische rechtsverzameling*, Brussel, 1991.
- Nys H., De ziekenhuizen. in: H. Nys, M. Foets, J. Mertens (red), *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, Antwerpen, 1994, 169-207.
- Ong B.N., M. Boaden, S. Cropper, Analysing the medicine-management interface in acute trusts. *Journal of Management in Medicine (forthcoming)*.
- Oorschot J.A. van, Fr.C.A. Jaspers, J.H. Scaf, F. Linnebak, C.A.G. Oostveen, J.T. Braaksma, *Professionele autonomie van de medisch specialist*, Assen, 1995.
- Oosterhof G.O.N., A.F.G.V.M. Ypma, Kwaliteitsbeleid in de urologie. *Medisch Contact 1996*, 51, 1358-1359.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, *The reform of health care: A comparative Analysis of seven OECD countries*, Paris, 1992.
- Ovretveit J., A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA & Sweden

- and of the use of organizational audit frameworks. *European Journal of Public Health* 1994, 4, 46-54.
- Pannekoek J.H., De betekenis van stafvorming in het ziekenhuis. *Medisch Contact* 1958, 13, 444-448.
- Pasumaran A., V.A. Zeithaml, L.L. Berry, A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985, 49, 41-50.
- Peers J., Vijftig jaar ziekenhuiswezen in België. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 50, 17-24.
- Pelikan Z., De standaard 'Allergische en hyperreactieve rinitis' van het NHG; reactie vanuit de allergologie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995, 139, 1776-1777.
- Pledger H.P., Medical accountability and peer review. *British Medical Journal* 1986, vol. 292, 698.
- Plokker H., De verantwoordelijkheid ligt bij de beroepsgroepen, daar moet ook kwaliteitsontwikkeling plaatsvinden. *Medisch Contact* 1991, 46, 26, 807-810.
- Poll M., Een psychiater die niet meer zonder zijn patiënt kon. *NRC Handelsblad*, 17 februari 1996.
- Pollitt C., The politics of medical quality: auditing doctors in the UK and the USA. *Health Services Management Research* 1993, vol. 6, 24-34.
- Querido J.D., Waarover NHG-standaarden? Zes jaar wikken door de NHG-Adviesraad Standaarden. *Medisch Contact* 1996, 51, 361-364.
- Rasking J., Ziektekostenverzekering heeft 6 miljard over. *De Standaard*, 28 maart 1996.
- Reddering F.H., Aansprakelijkheidsverzekeraar, ziekenhuis en medisch specialist. Een historisch perspectief. *Medisch Contact* 1995, 51, 162-164.
- Reijden J.P. van der, *Onze kostelijke gezondheid*, Amsterdam, 1987.
- Rethans J.J., Standaardenbeleid. *Huisarts en Wetenschap* 1988, 31, 105-106.
- Rijksen W.P., Dossierplicht: terug naar de kern. *Medisch Contact* 1996, 51, 1318-1319.
- Rijdt-Van de Ven A.H.J. van de, *Huisartsengroepen, groei en grenzen*, Dissertatie, Tilburg, 1994.
- Ringeling A.B., De instrumenten van beleid. In: P. Lehning, J.B.D. Simonis (red), *Handboek beleidswetenschap*, Meppel/Amsterdam, 1989, 105-115.
- Ruiter D.J., A.H. Mulder, Kwaliteitsbeleid in de pathologie. *Medisch Contact* 1996, 51, 744-747.
- Robinson M.B., M. McKee, Medical audit in the United Kingdom: the past, present and future. *Medicina nei Secoli arte e scienza* 1993, 2, 157-173.
- Robinson M.B., Evaluation of medical audit. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1994, 48, 435-440.
- Robinson R, The impact of the NHS reforms 1991-1995: a review of research evidence. *Journal of Public Health Medicine* 1996, vol. 18, 337-342.
- Rodwin M.A., *Medicine, money and morals: physicians' conflicts of interest*, New York/Oxford, 1993.
- Roemer R.I., R.J. Roemer, *Health care systems and comparative manpower policies*, New York, 1981.
- Rohaert E., *De zorg om de gezondheid*, Planbureau, Brussel, 1990.
- Romunde L.K.J. van, J. Passchier, Medische registraties: doel, methoden en gebruik. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1992, 136, 1592-1593.
- Roos J., Protocol toeverkol? *Medisch Contact* 1983, 38, 653-654.
- Roscam Abbing H.D.C., Standaard van zorg en consensus; enkele juridische aspecten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1991, 135, 141-144.
- Rosenthal M.M., *The incompetent doctor, behind closed doors*, Buckingham/Philadelphia, 1995.
- Royal College of General Practitioners, Towards quality in general practice. *British Medical Journal* 1985a, 290, 1981-1982.
- Royal College of General Practitioners, Quality in General Practice. *British Medical Journal*

- 1985b, vol. 291, 1430.
- Royal College of General Practitioners, Peer review, but not practice allowance, says RCGP. *British Medical Journal* 1987, vol. 294, 196.
- Royal College of Physicians, Audit: Aiming high. *British Medical Journal* 1981, vol. 282, 422.
- Royal College of Surgeons, *Guidelines to clinical audit in surgical practice*, London, 1989.
- Ruiter D.J., A.H. Mulder, Kwaliteitsbeleid in de pathologie. *Medisch Contact* 1996, 51, 744-747.
- Rutsaert R., Zuiver honorarium of kostenregeling. *Medelingen ASGB 1995a, Infoflash: specialisten, nr. 1, 11-18.*
- Rutsaert R., Echelonnering of Taakafspraken. *Mededelingen ASGB 1995b, Info-Flash: specialisten, Nr. 2, 5-10.*
- Rutten G.E.H.M., Criteria en waarborgen voor de kwaliteit van NHG-Standaarden. *Huisarts en Wetenschap* 1990, 33, 338-339.
- Sackett D.L., W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes, W.S. Richardson, Evidence based medicine: what is it and what it isn't: it's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal* 1996, vol. 312, 71-72.
- Sallsbury C.J., How do people choose their doctor? *British Medical Journal* 1989, vol. 299, 608-610.
- Sanders H.W.A., Wetgeving inzake beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De betekenis van de KNMG en de rol van mr. W.B. van der Mijl bij de voorbereiding en realisering daarvan. In: *Liber Amicorum voor prof. mr. W.B. van der Mijl*, Deventer, 1991, 78-97.
- Sanders H.W.A., Voorbehouden handelingen. Is het formeel toekennen van 'functionele zelfstandigheid' ex artikel 39 Wet BIG nodig en/of nuttig? *Medisch Contact* 1995, 50, 696-696.
- Savage S.J., Why one should not take the MRCGP examination. *British Medical Journal* 1983, vol. 286, 767-768.
- Schadé E., Eén voor allen, allen voor één. *Huisarts en Wetenschap* 1987, 30, 399-400.
- Schaik V.H.M. van, De Britse huisartsenopleiding: GP or not PG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 2581-2582.
- Schepers R.M.J., H. Nys, De beroepen in de gezondheidszorg. In: H. Nys, M. Foets, J. Mertens (red), *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, Antwerpen, 1985, 55-97.
- Schepers R.M.J., De Britse eerstelijnsgezondheidszorg ter discussie. *Huisarts Nu* 1987, 16, 114-121.
- Schepers R.M.J., *De opkomst van het medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw*, Amsterdam, 1989.
- Schepers R.M.J., Het medisch beroep in België en Nederland in de negentiende eeuw: een vergelijking. In: J.M. Bruggeman, A.F. Casparie, H.E.G.M. Hermans, R.M.J. Schepers (red), *Liber Amicorum Prof. mr. W.B. van der Mijl*, Deventer, 1991, 38-49.
- Schepers R.M.J., The Belgian medical profession and the sickness funds: the collectivization of health care (1900-1945). In: H. Binneveld, R. Dekker (eds), *Curing and insuring*, Hilversum, 1993a, 151-68.
- Schepers R.M.J., The Belgian medical profession, the order of physicians and the sickness funds (1900-1940). *Sociology of Health & Illness* 1993b, vol. 15, 375-392.
- Schepers R.M.J., Om de eenheid van het medisch beroep: het debat over de specialisatie in België (1900-1940). *Gewina* 1993c, 16, 155-170.
- Schepers R.M.J., N.S. Klazinga, Professionele autonomie in een veranderende gezondheidszorg. *Gezondheid* 1993, 1, 282-295.
- Schepers R.M.J., The Belgian medical profession since the 1980s. In: T. Johnson, G. Larkin, M. Saks (eds), *Health professions and the state in Europe*, London/New York, 1995, 162-177.
- Schillemans L., R. Remmen, R. Maes, R. Grol, Quality circles in primary health care: possibilities and applications. In: J.F.L. Chan (ed), *Quality and its applications*, Newcastle upon Tyne, 1993, 393-398.
- Scholten G.R.M., *De omsingeling van medisch specialisten*, Dissertatie, Ridderkerk, 1994.

- Scholten J.B., In memoriam J.H. Pannekoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 520-521.
- Scrivens E., The management of clinicians in the NHS. *Social Policy & Administration* 1988, vol. 22, 24-34.
- Schut F.T., J.G.A. Hoek, Falende marktordening in de particuliere ziektekostenverzekering. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1993, 71, 303-311.
- Schut F.T., *Competition in the Dutch health care sector*, Dissertatie, Rotterdam, 1995.
- Schut F.T., Macrobudget: van akkoord naar wet. In: Y. van Kemenade, K.C.N.M. Bakx (red), *Medisch specialisten gehonoreerd?* Utrecht, 1996a, 44-50.
- Schut F.T., Health care systems in transition: the Netherlands. Part I: Health care reforms in the Netherlands: miracle or mirage? *Journal of Public Health Medicine* 1996b, vol 18, 278-284.
- Schwarz F., Kwaliteitscontrole en normering van het medisch handelen. *Medisch Contact* 1985, 40, 1489-1491.
- Shapiro J., Global commissioning by general practitioners: affects attitudes and culture more than service delivery. *British Medical Journal* 1996, vol. 312, 652-653.
- Shaw B., *The doctor's dilemma*. A tragedy, London, 1982¹⁵.
- Shaw C.D., Aspects of audit 1: The background. *British Medical Journal* 1980a, vol. 280, 1256-1258.
- Shaw C.D., Aspects of audit 4: Acceptability of audit. *British Medical Journal* 1980b, vol. 280, 1443-1446.
- Shaw C.D., D.W. Costain, Guidelines for medical audit: seven principles. *British Medical Journal* 1989, vol. 299, 498-499.
- Shaw C.D., Hospital accreditation in United Kingdom - dreams and realities. Conference abstract. In: *European Public Health Association Annual Meeting 1995*, Abstracts, Budapest, 1995, 103.
- Simons A.J., Inleiding op LSV-ledenvergadering. *Medisch Contact* 1976, 31, 833-834.
- Skrabanek P., Nonsensus consensus. *Lancet* 1990, vol. 335, 1446-1447.
- Sluijs E.M., D.H. Bakker, Implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg: eerste ervaringen in instellingen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1995, 73, 193-200.
- Sluyters B., Tucht recht en civiel recht: verschillen en mogelijkheden. *Medisch Contact* 1996, 51, 1312-1313.
- Smalhout B., De dood op tafel, Oratie. *Medisch Contact* 1972, 27, 1312.
- Smet R. de, Gezondheidszorg in België. *Medisch Contact* 1983, 38, 1089-1092.
- Smet R. de, A. van Orshoven, Vijftig jaar huisartsgeneeskunde. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 50, 3-9.
- Smith R., The end of the GMC? The government, not the GMC, is looking at underperforming doctors. *British Medical Journal* 1993, vol. 307, 954.
- Spreeuwenberg C., Financieel Overzicht Zorg 1996. *Medisch Contact* 1995a, 50, 1183.
- Spreeuwenberg C., Wet BIG en herregistratie. *Medisch Contact* 1995b, 50, 1245.
- Spreeuwenberg C., 'Evidence-based medicine'. *Medisch Contact* 1996, 51, 41.
- Stacey M., *Regulating British medicine: The General Medical Council*, Chichester, 1992.
- Stegeman J.H., Dokters als connaisseurs en leermeesters in het praktisch klinisch onderwijs: goed voorbeeld doet goed volgen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, 141, 47-51.
- Steward-Brown S., S. Gilliam, T. Jewell, The problems of fundholding. Some benefits to patients but no benefit on how doctors practice. *British Medical Journal* 1996, vol. 312, 1311-1312.
- Stocking B., B. Jennet, J. Spiby, *Criteria for change: the history and impact of consensus development in the UK*, London, 1991.
- Stockum Th.J. van, Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol? *Huisarts en Wetenschap* 1976, 19, 288-291.
- Stott N., The new general practitioner. *British Journal of General Practice*, 1994, 1, 2-3.
- Strobbe J., Maeseneer J. de, Ceenaeme R., A picture of primary health in Europe. In: J. de Maeseneer, L. Beolchi (eds), *Telematics in primary care in Europe*, Amsterdam/Oxford/Tokyo/Washington DC, 1995, 1-30.

- Swenker P., Vrije ondernemers, volgende deur. Interview. *Inzet* 1993, Maart, 4-5.
- Sykes P., Consultant vacancies in the NHS. A short term solution? *British Medical Journal* 1996, vol. 313, 949-950.
- Teasdale S., Medical Audit Advisory Groups. An instrument for change. *Huisarts en Wetenschap* 1993, 36, 455-457.
- Teijssen R., J. Legemaate, Klachten onder de Wet BOPZ: de eerste ervaringen in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1996, 51, 24-35.
- Terlouw J.C., J. ten Brink, Open brief aan de KNMG. *Medisch Contact* 1974, 29, 434.
- Thatcher M., *The Downing street years*, London, 1993.
- The King's Fund, *Annual report 1991*, London, 1992.
- Theuvenet P.J., Kwaliteitsbeleid medisch specialisten: een gezamenlijke activiteit van de LSV en de wetenschappelijke verenigingen. *Medisch Contact* 1994, 49, 11.
- Tielens V.C.L., Naschrift. *Huisarts en Wetenschap* 1988, 31, 106.
- Tielens V.C.L., Somatische fixatie 2. Ingezonden brief. *Huisarts en Wetenschap* 1991, 33, 240-241.
- Tielens V.C.L., Het NHG en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1992, 35, 319-322.
- Thomas S., Afstemming consensusrichtlijnen en standaarden: praktische ervaringen. *Medisch Contact* 1991, 46, 1357-1360.
- Thomas S., Het NHG-Standaardenbeleid: een kwaliteitssysteem voor huisartsen. *Medisch Contact* 1994a, 49, 14-15.
- Thomas S., De positie van standaarden en adviezen van het NHG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994b, 138, 2638-2640.
- Thomas S., R. Grol, Richtlijnen voor huisartsen: een vergelijking tussen Nederland en de Verenigde Staten. *Kwaliteit en Zorg* 1995, 3, 166-175.
- Vandenbroucke J.P., De Cochrane Collaboration en 'evidence based medicine'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995, 139, 1476-1477.
- Velden H. van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*, Dissertatie, Rotterdam, 1993.
- Veldhuijzen van Zanten F.H., Interne rechtspraak van de KNMG - elitair? *Medisch Contact* 1974, 33, 809-811.
- Vermeij D.J.B., Kwaliteitsbewaking en professionaliteit. *Acta Hospitalia* 1991, 31, 35-40.
- Versteeg R.M., Inleiding voor de tweede gewone ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging 20 oktober 1973. *Medisch Contact* 1973, 28, 1205-1210.
- Visch P., Ontslagdiagnosecode strijdig met wet. LSV krijgt toch gelijk. *Medisch Contact* 1993, 48, nr. 39, 1180.
- Visch P., S. Wildevuur, De PACE-norm als bijbel: kwaliteitsborging in ziekenhuizen. *Medisch Contact* 1994, 49, 7-8.
- Vissers T.C.G.M., Protocollaire geneeskunde. *Medisch Contact* 1983, 38, 685-688.
- Voort H. van der, De invoering van toetsing. *Huisarts en Wetenschap* 1980, 23, 150-157.
- Voort J.P.M. van der, Ontwikkelingsfasen van een standaard (2). *Huisarts en Wetenschap* 1989, 32, 402-403.
- Vrij A., Toekomst van de opleiding tot huisarts, Colloquium Ministerie van Nationale opvoeding, Brussel 20-24 november 1978. *Medisch Contact* 1979, 34, 6, 169-172.
- Vrijland E.L., Medische specialisatie en opleiding tot specialist. In: Fr.C.A. Jaspers, E.L. Vrijland (red), *Medische specialisten vraag en aanbod*, Utrecht/Antwerpen, 1983, 15-25.
- Wal G. van der, Tuchtrect in de BIG. *Medisch Contact* 1994, 49, 525-526.
- Wal G. van der, Medische tuchtrechtspraak in Nederland; een 10-jaarsoverzicht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 2640-2644.
- Wanseele C. van, Het beleidskader inzake gezondheidszorg. In: H. Nys, M. Foets, J. Mertens (red), *Organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen*, Antwerpen, 1985, 5-20.

- Warden J., Double standards for doctors and MPs. *British Medical Journal* 1995, vol. 310, 1430.
- Warden T., All for audit now. *British Medical Journal* 1988, vol. 297, 1569.
- Waterbley P., Financiering van ziekenhuizen op het goede spoor? Noodzaak van controle van activiteitsgegevens: standpunt van het ziekenhuis. *Acta Hospitalia* 1996, 36, 68-72.
- Webster C. (ed), *Caring for health: history and diversity*, Norwich, 1993.
- Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg. *Wetgeving Gezondheidszorg-Suppl.* 132 (februari 1994), 2.2-1 - 2.2-150, (januari 1996), 2.2-151 - 2.2-154.
- Werf W. van der, Kwaliteitswet Zorginstellingen. Waarom weer een nieuwe wet? *Medisch Contact* 1996, 51, 167-169.
- Weststrate W., P. Portegies, H. van Crevel, Het gebruik van protocollen op een neurologische afdeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994, 138, 1779-1582.
- Wiersma Tj., Verlenging van de huisartsenopleiding. *Huisarts en Wetenschap* 1993, 36, 219-222.
- Wiersma Tj., CARA is geen CARA. De CARA-standaarden. *Medisch Contact* 1994, 49, 1049-1052.
- Wijngaarden G.K. van, De standaard 'Lage rugpijn' van het NHG; reactie vanuit de neurologie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996, 140, 757-758.
- Wildevuur S.E., Het FOZ 1996: kostenoverschrijding meer dan een miljard, invoering nieuwe budgetdiscipline. *Medisch Contact* 1996, 50, 1215-1217.
- Winants Y., De duur betaalde nonsens van het verlengen van de beroepsopleiding tot huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1993, 36, 300-301.
- Wolinsky F.D., The professional dominance perspective, revisited. *The Milbank Quarterly* 1988, Vol. 66, Suppl. 2, 33-47.
- Wolinsky F.D., The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: an overview and synthesis. In: F.W. Hafferty, J.B. McKinlay (eds), *The changing medical profession: an international perspective*, New York/Oxford, 1993, 11-24.
- Zee J. van der, P.P. Groenewegen, R. van Haften, Huisartseninkomens in West-Europa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1991, 135, 808-813.
- Zweifel P., R. Eichenberger, The political economy of corporatism in medicine: selfregulation or cartel-management? *Journal of Regulatory Economics* 1992, 4, 89-108.

II Lijst van geïnterviewden

N. Black (London School of Hygiene and Tropical Medicine, London)
R. Cuijpers (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen in België, Antwerpen)
J. Dalhuijsen (Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht)
M. Dent (Staffordshire University, Stoke on Trent)
B. Devlin (Royal College of Surgeons, London)
F. Fisher (British Medical Association, London)
N. Freemantle (University of York, York)
H. van Giffen (voormalig voorzitter Landelijke Specialisten Vereniging, Rotterdam)
R.P.T.M. Grof (Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen)
R. Haché (Orde der Geneesheren, Brussel)
J.P.M. Hendriks (voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid, Den Haag)
A. Hopkins (Royal College of Physicians, London)
M. van Lil (Orde der Geneesheren, Brussel)
J. van Londen (voormalig directeur-generaal departement van Volksgezondheid, Zoetermeer)
J. de Maeseneer (hoogleraar huisartsgeneeskunde te Gent, Gent)
T. Mills (Family Health Services Authority, Bury)
G. Mitchel (Kings Fund, London)
H.J. Overbeek (voormalig directeur Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht)
C. Pollitt (Brunel University Uxbridge, London)
E. Reerink (directeur Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing, Utrecht)
H. Roelink (voormalig bestuurder Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Zeist)
M.B. Robinson (Nuffield Institute for Health, Leeds)
J. Smith (British Medical Association, London)
C.D. Shaw (CASPE Research, London)
L. Schillemans (huisarts, Antwerpen)
J. Shlosberg (Family Health Services Authority, Bury)
V.C.L. Tielens (voormalig voorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap, Nijmegen)
P. Quaethoven (Centrum voor ziekenhuiswetenschappen, Leuven)
E. Veder-Smit (voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid, Den Haag)
A. Vleugels (Universitaire Ziekenhuizen Leuven, Leuven)
H.P.M. van der Voort (voormalig directeur Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht)
B. Wood (University of Manchester, Bury)
A.M.C van de Zandt (voormalig voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging, Purmerend)

III Lijst van gebruikte afkortingen

ARM	Annual Representatives Meeting
ASGB	Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België (syndicaat De Brabanter)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWG	Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering
BBC	British Broadcasting Corporation
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BMA	British Medical Association
BMJ	British Medical Journal
BNP	Bruto Nationaal Produkt
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen voor wils onbekwamen
BOTH	Begeleidingscommissie Onderlinge Toetsing in de Huisartsgeneeskunde
BSI	British Standardization Institute
BVAS	Belgische Vereniging van Artsen Syndicaten (syndicaat Wynen)
CBG	Confederatie van Belgische Geneesheren
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CC	Centraal College
CCSC	Central Consultants and Specialist Committee
CEPOD	Confidential enquiry into peri-operative deaths
CHG	College voor Huisartsgeneeskunde
CMA	Continuing Medical Education
COG	Clinical Outcomes Group
COTG	Centraal Orgaan Tarieven in de Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CPA	Committee of Public Accounts
CVP	Christelijke Volks Partij
DGM	District General Manager
DHA	District Health Authority
DHSS	Department of Health and Social Security
DHV	District Huisartsen Verenigingen
DMAAG	District Medical Audit Advisory Committee
DMU	Directly Managed Unit
DRG	Diagnosis Related Group
EG	Europese Gemeenschap
FHSA	Family Health Services Authorities
FMB	Fédération Médicale Belge
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FPC	Family Practitioner Committee
Gen.Ver.	Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen
GMC	General Medical Council
GMSC	General Medical Services Committee
GP	General Practitioner
HAGRO	Huisartsengroep
HAIO	huisartsen in opleiding
HCSA	Hospital Consultants and Specialist Association
HSC	Health Services Commissioner
HSR	Health Services Research
HVRC	Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie
KISG	Informatie Systeem Gezondheidszorg
ISO	International Organization for Standardization
JCC	Joint Consultants Committee
JCPT	Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice
JHDA	Junior Hospital Doctors Association

JOZ	Jaaroverzicht Zorg
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijk Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LGN	Letselschade Groep Nederland
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LISZ	Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen
LMC	Local Medical Committees
LOK	lokale kwaliteitsgroep
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MAAG	Medical Audit Advisory Group
MAC	Medical Advisory Committee
MB	management budgets
MFG	Minimale Financiële Gegevens
MKG	Minimale Klinische Gegevens
MSC	Medical Services Committee
NAO	National Audit Office
NARC	National Audit Response Center
NE	navormingseenheden
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHI	National Health Insurance
NHI	Nederlands Huisartsen Instituut
NIC	Nationaal Intermutualistisch College
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NPRC	Nationale Peer Review Commissie
NHS	National Health Service
NHS	NHS Management Executive
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NSF	Nederlandse Specialisten Federatie
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obsterie en Gynaecologie
NvvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
OCMw	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PACE	proefproject accreditatie van ziekenhuizen
PCC	Professional Conduct Committee
PI	Performance Indicator
PPC	Professional Proceedings Committee
PSC	Preliminary Screening Committee
PRO	Peer Review Organisation
PS	Parti Socialiste
PSRO	Professional Standard Review Organization
RAC	Regional Audit Committees
RCGP	Royal College of General Practitioners
RCS	Royal College of Surgeons
RCP	Royal College of Physicians of London
R&D	NHS Research and Development programme
RHA	Regional Health Authority
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
RM	resource management
RMO	Regional Medical Officer
RVZI	Rijksfonds voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit
SA	Society of Apothecaries
SDH	Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen

SIG	Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg
SMR	Stichting Medische Registratie
SNH	Stichting Nascholing Huisartsen
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STH	Stichting Toetsing Huisartsen
TQM	Total Quality Management
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast-wetenschappelijk Onderzoek
UHAK	Unie van Huisartsenkringen
UHI	Universitaire Huisartsen Instituut
VBO	Verbond der Belgische Omnipracticci
VBS	Verbond der Belgische Beroepsverenigingen geneesheren-Specialisten
VCVOK	Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid
VIK	Vlaams Instituut voor integrale Kwaliteit in de zorgverlening
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VSNU	Vereniging voor Samenwerkende Nederlandse Universiteiten
VUH	Vlaams Universitair Huisartseninstituut
WAO	Wet op ArbeidsOngeschiktheid
WfP	Working for Patients
WGBO	Wet Geneeskundige behandelingsOvereenkomst voor de arts-patiënt relatie
WK CZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WPR	Wet Persoonsregistraties
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WVP	Wet Verwerking van Persoonsgegevens
WVVH	Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland



Summary

In this thesis the changing self-regulation of the medical professions in Great Britain, the Netherlands and Belgium were investigated, with the focus on quality assurance.

In all three countries, developments such as the ageing of the population, the advances in medical science and the growing expectations of the public with respect to health services led to an increasingly government regulation (the activity by which the rules governing the exchange of goods and services are made and implemented) in health care. These developments have one thing in common: they are expensive. Because of budgetary constraints, policy makers are reviewing their health care systems. Round 1990, the British and Dutch governments delegated responsibilities for the regulation in health care to the new British NHS-management and the Dutch sickness funds and private insurers respectively. Belgium followed the Dutch example five years later. Especially the British and Dutch medical professions witnessed the rise of new occupations in health care, like managers employed by the NHS, hospitals or sickness funds, that are not directly involved in the medical treatment of patients. This can possibly affect the form of medical self-regulation takes in these countries. Most Western European medical professions enjoy a government sanctioned self-regulation, in combination with clinical autonomy. The core of clinical autonomy is the freedom of doctors to select diagnostical and therapeutical options. Because of the indetermination (the proportion of the 'means' that escapes rules and, at a given historical moment is attributed to virtualities of producers) of clinical performance in the past, medical professions have emphasized *learning* driven quality instruments. Control of professional standards was taken care of by instruments such as medical education, registration of qualified doctors and disciplinary sanctions. These instruments are focused on the behaviour of professionals or the process of care. In order to preserve self-regulation, the medical profession has to convince the public and politics that the quality of medical treatment is assured.

However, the self-regulation of the medical profession is threatened by the increasing cost of health care through earlier mentioned developments such as ageing and the advancing medical science. Secondly, it is suggested that the perceived failure of self control of the medical profession has contributed to present political and economical failures in the health care systems. Thirdly, it has been questioned whether clinical autonomy, the core of professional autonomy, has been affected by increasing rationalization and standardization of clinical performance.

Due to these external and internal pressures traditional quality instruments were updated or extended. The patients point of view has been incorporated in British and Dutch medical law, while Dutch medical scientific societies started with visitation on training and no-training medical departments, re-registration, continuing-education, etc. But this was not sufficient to re-establish faith in self-regulation. Therefore, British and Dutch medical associations started to develop *standard* driven quality instruments, such as: medical audit, clinical guidelines

and consensus statements. The aim of these instruments was to replace subjective, qualitative and anonymous decisions by individual physicians by allegedly objective quantitative decision procedures supported by advanced information technology. The problem is whether individual medical professionals will cooperate to achieve a more transparent quality assurance, when the achieved transparency in clinical practice threatens their control over the determination of the substance of clinical performance and income.

This study focuses on two questions. The first question is related to the consequences of the increasing budgetary constraints in health care; the rise in government regulation. An answer is sought through studying the level of control that non-medical parties exercised over the clinical work of doctors through new judicial and financial instruments. The second question refers to the contribution to a transparent quality assurance of medical audit, clinical guidelines and consensus statements, and the threat that these instruments impose on the clinical autonomy (freedom of diagnosis and treatment) of the individual doctor. These instruments may contribute to a shift of the individual clinical autonomy of the doctor to his professional organisations. Furthermore, the achieved transparency in medical practice offers non-medical parties the possibility to control the clinical performance of doctors.

The goal of this thesis is to explain the change in the self-regulation of the medical profession by the fact that clinical performance is to a large extent not well determined and the extensive use of power by medical associations. These two elements in self-regulation refer to different notions on professionalism in medical sociology. The functionalistic notion stresses the indetermination of clinical performance and the attachment of civilians to their health. In order to avoid that the patient is exploited by his doctor, it is functional to come to an agreement in which the doctor must be free from outside interference to concentrate his expertise on the wellbeing of his patient. A second notion on professionalism, the power and control approach, argues that doctors use the arguments as mentioned above, to improve their own well-being. In this notion self-regulation is the result of the political influence of the medical associations, created out of a common interest of the professions, the political and economical elites, and the state.

Because the self-regulation of medical professionals between 1970 and 1997 occurred in three different countries with various health care systems, one may be tempted to suggest that self-regulation is more related to the indetermination of clinical performance, than to the relations between the parties in the health care. In this thesis it is argued that these notions do not exclude each other, but are complementary.

The selection of Great Britain, the Netherlands and Belgium as study objects relates to the different health care systems of these countries. The British National Health Service (NHS) is funded mainly by general taxation and offers the whole population comprehensive services. Consultants are salaried and are working in clinical hospital departments within an hierarchical organization

structure. They supplement their income with private practice and eventually distinction awards. The general practitioner functions as a gatekeeper to hospital care.

In the Netherlands the general practitioner is also gatekeeper, but within a compulsory social insurance system (with a small private insurance sector), which insures the entire population for chronic care and about 70 percent of the population for acute care. Up to 1997 specialists were working in hospitals, mainly as private entrepreneurs, organized in partnerships and paid by fee for service. All specialists are organized in a medical staff, representing specialists from different partnerships.

The Belgian compulsory social health insurance covers the entire population for major risks. Almost everybody, except the self-employed, is also compulsorily insured for minor risks. Specialists are mostly working as single entrepreneurs within and outside (25 percent) hospitals and, like general practitioners, are paid by fee for service. Contrary to Great Britain and the Netherlands, Belgian general practitioners do not function as a gatekeeper to hospital care. Neither the government, nor the medical profession, controls the entry to the medical profession through the medical faculties. The weak government regulation in health care correlates with the need of a double consensus (ideological and linguistic).

The first research question refers to the influence that non-medical parties obtained on the clinical practice of doctors through new judicial and financial instruments.

New legislation related to the clinical performance of doctors were mainly introduced in the Netherlands. Some argued that these Acts embodied a breakthrough in comparison with previous legislation. Others wrote that the new laws only formalised the existing norms and values in health care regulation, which were accepted by all the parties involved. Possibly, the decay of the British and Dutch welfare states and the changing (more brutal) ethics of law agents, makes rising patient power in both countries a realistic threat to the clinical autonomy of doctors in the near future. In Belgium litigation is not a real issue. First, through the oversupply of doctors, patients are generally satisfied with accessibility to health care and with the responsiveness of doctors to their patients. Second, the clinical freedom of doctors is laid down in a medical act by the government, which makes litigation claims of patients less fruitful.

The newly implemented financial instruments in health care, which should make a contribution to a more effective and efficient health care delivery, also imposed a threat to the clinical freedom of doctors.

Budgeting was a popular instrument in all three countries, especially in Britain. The experiments with consultants as fundholder for their clinical departments, should stimulate management participation of clinicians in hospitals. Many British general practitioners accepted the voluntary fundholding scheme because the flexible budgets were (financially) well defined. However, its contribution to better efficiency in hospitals and general practice is still a subject of discussion. Moreover, non-medical parties have not gained substantial control over the clinical performance of doctors by the new budgetting instruments to date.

In the Netherlands and Belgium the governments delegated regulatory responsibilities to non-medical parties such as the sickness funds, by giving them a budget for their insured, which should promote competition between the sickness funds and the control of sickness funds over the clinical performance of doctors. However, a workable competition between sickness funds did not ensue until 1997. Not only the establishment of parameters for budgets was a problem, but also the Dutch and Belgian government policy to strengthen their grip on the macrobudget of health care, which constrained the regulatory responsibilities of the sickness funds in both countries.

The introduction of Belgian and Dutch (contemplated) variations of the North American Diagnosis Related Groups (DRGs) are (in Belgium), or become (in the Netherlands), troublesome. Because of privacy legislation in both countries, it was impossible for non-medical parties to gain specific information over the treatments given by doctors to their patients. This made the collaboration of doctors conditional on the working of these instruments.

In 1991 the proposed purchaser-provider split in the British NHS led to the introduction of contracting. The purpose of contracts is to specify the cost, quality and quantity of the care that should be provided. Contracting did not lead to an increase in the influence of non-medical parties on the clinical performance of doctors. First, managers did not have the medical expertise to set specific contracts. Second, the wide range of different contracts led to a growing bureaucracy which resulted in increased transaction costs. Third, the demand of health care was not easily captured in specified contracts. Therefore, long-term blockcontracts became more popular, which are hampered by the same handicaps (the efficiency trap) as the budgeting of clinical services before the creation of the internal market in 1991.

The conclusion that emerges from the results mentioned above is that in all three countries judicial and financial instruments influenced the clinical performance of doctors, but non-medical parties did not gain substantial control over the clinical work of doctors. The efficacy of the new instruments still depend on the availability of relevant medical information. This is controlled by the doctors.

The second research question refers to the contribution to a transparent quality assurance through medical audit, clinical guidelines and consensus statements and the threat that these quality instruments impose on clinical autonomy of the individual doctor.

In the Netherlands, pressure of non-medical parties, who held doctors more and more accountable for their clinical performance, resulted in the introduction of medical audit for specialists (1976) and medical standards for general practitioners (1989). Both medical audit and medical standards were developed and implemented by doctors. In Great Britain external pressure stimulated the development of standard driven quality instruments, but because of internal differences medical audit was not implemented by the doctors, but introduced by the government in 1991. In Belgium internal differences made it almost impossible for doctors to develop standard driven quality instruments. In 1994 the medical associations were forced to accept a proposal from the sickness

funds to conduct peer review; it was a necessary condition for the accreditation of doctors.

The question is whether these standard driven quality instruments made the 'previously' indeterminate clinical performance of doctors more transparent. While medical practice to a larger extent is captured in rules, much medical surveys about similar subjects differ in organization and execution, which is a problem for comparative surveys. Moreover, consensus is absent between medical scientists over many diagnosis and treatments. These factors limit the possibility to capture medical practice in formalized rules by standard driven quality instruments. This is illustrated by preference for consensus meetings by specialists and standards for general practitioners in the Netherlands, where subjects with much inter-doctor variation or discussion between medical scientists were to an increasing extent avoided. In Great Britain medical audits differed so much in organization and execution, that comparative surveys are very difficult to perform. To the extent that medical practice was captured in formalized rules, it was broadly defined on a national basis and more narrowly on a local basis.

Were the doctors forced by their organizations to follow clinical guidelines, formulated through medical audit, peer review, guideline development and consensus statements? Looking at the implemented forms of medical audit in Great Britain and the Netherlands, we can conclude that: (i) only doctors evaluate clinical performance, (ii) topics and criteria are selected and determined locally, (iii) audit data are confidential and only doctors are allowed to take action against colleagues who do not meet the criteria. Moreover, medical associations stressed that medical audit serves in the first place education and scientific development of medicine. The obligation to (in the Netherlands) or the execution of (in Great Britain), audit is rarely controlled by the medical associations and there are no sanctions against doctors who do not participate in audit activities in both countries. According to the implementation of medical guidelines, medical associations emphasize that guidelines are 'the state of the art' and that doctors are free to judge whether the implementation of a guideline makes sense for his patients. British and Dutch medical associations are controlling the implementation of guidelines and consensus statements by doctors. Belgium is the odd man out because of the oversupply of doctors. End 1996 the government, sickness funds and medical associations signed a treaty on peer review, which allowed doctors to execute peer review on the basis of locally developed standards. Peer review is a necessary condition for accreditation, which should contribute to a formalized break between those doctors who can earn an income with doctoring and those who can not, which makes the issue of more transparent quality assurance less important.

Given the evidence shown above, we may conclude that standard driven quality instruments did not contribute to a substantial shift in individual clinical autonomy from the doctor to his professional organisations. Moreover, because non-medical parties did not gain relevant medical information to control the clinical performance of doctors, the implementation of standard driven quality instruments did not threaten the self-regulation of the medical profession in any of the three countries.

The minimal transparency that was achieved by with standard driven quality instruments raises the question whether medical professionals are willing to collaborate to achieve a more transparent quality assurance when transparency in clinical practice threatens their control over the determination of clinical performance and income? In all three countries, doctors limited their collaboration with the mentioned quality instruments. Both internal and external factors exist for this limited collaboration. The external factors were discussed above. Internal factors are that doctors perceive audit activities as boring (GB and NL), that junior doctors experience audit as junior bashing (GB) and that audit imposed an additional burden of work, while doctors are on the same time confronted with long waiting lists (GB and NL). Doctors also fear control of managers as a consequence of the achieved transparency by standard driven quality instruments. Doctors do not follow clinical guidelines when they consider a guideline irrelevant for their specific patients. Moreover, because of the long development time (sometimes more than two years), advances in medical sciences are making some guidelines already outdated when they are published. The criticism on consensus statements is that a compromise between several treatments is more harmful to a patient than a choice for one of the discussed treatments. Lastly, the development of standard driven quality instruments caused much internal upheaval between the medical associations. This was particularly evident in the development of medical audit for general practitioners in the Netherlands (1976) and Great Britain (1980). Because of protests of rank and file doctors, the scientific organizations lost their battles against the 'Landelijke Huisartsen Vereniging' (LHV) and the General medical Service Committee (GMSC), who followed the wishes of the majority of the doctors in both countries. But not only medical associations had to follow the wishes of rank and file doctors, also governments could not ignore the opinions of rank and file doctors either if they wanted to introduce changes in health care with a reasonable chance of success.

In conclusion, in three countries with different health care systems the self-regulation of the medical professions is changing, but not declining. Repeatedly governments, sickness funds, private insurers and managers, had to make compromises with the medical professionals. After more than two decennia of changes in health care known patterns of regulation appear again. In 1997 the NHS still exists, as do the familiar criticisms of patients and medical professionals. The double consensus (ideological and linguistic) in Belgium still frustrates potential government regulation in 1997 as it did in 1970. And in the Netherlands the corporatistic health care system is far from extinct. Doctors successfully influenced change in health care during the past two decades. New standard driven quality, judicial and financial instruments were introduced only after doctors establish conditions for their implementation. Pressure to constrain costs in health care led to more government regulation, and regulation by non-medical parties. However, although hampered by more bureaucracy, the clinical freedom of doctors still exists. Therefore, it can be argued that potential government regulation in health care, and the relations between different actors in health care, is bound to certain limits. On the basis of the evidence of this

thesis, it can be suggested that doctors could constrain or even frustrate unwanted change in three different health care systems, because a substantial part of clinical work is still indetermined. Therefore, the self-regulation of the medical profession can be explained, primarily, through the functionalistic notion of professions. The indetermined character of a substantial part of clinical performance and the attachment of civilians to their health, are still functional for all parties involved to hold to an agreement in which the doctors are free from outside interference, which enables them to concentrate their expertise on the well being of patients. However, the form and organization of self-regulation changes over time following national differences, in which the powerrelations in health care played a crucial role. Therefore, it is argued that the 'functionalistic' and 'the power and control' notions of self-regulation are complementary to each other in a hierarchical order, in explaining the changing self-regulation of the medical profession.

