

# De integratie van (vrijgevestigde) medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie

Een stapsgewijs proces

Guus van Montfort

TWEEDE HERZIENE DRUK



*u i t g e v e r i j*  
**SWP**

**De integratie van (vrijgevestigde) medisch specialisten in de  
ziekenhuisorganisatie**

Een stapsgewijs proces

*Guus van Montfort*

ISBN 978 90 8560 407 5

NUR 882 / THEMA MBNH / BISAC MED043000

Eerste druk 2024 (ISBN 978 90 8560 373 3)

Tweede herziene druk 2025

© 2024, 2025 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Tekst- en datamining niet toegestaan.

# INHOUD

Inleiding en doel	7
Periode I. 1945-1958: Van open naar gesloten ziekenhuizen	9
Periode II. 1958-1983: Formaliseringsstappen relatiespecialisten-ziekenhuisorganisatie	11
Periode III. 1983-2000: Managementparticipatie medisch specialisten	13
Periode IV. 2000-2024: Groei gelijkgerichtheid honoraria en ziekenhuisbudget	19
Algemene conclusie en aanbevelingen. Verbreding/verdieping integratiepad specialisten en ziekenhuisorganisatie	23
Literatuurlijst	31
Bijlage I. Bekostiging medisch specialisten	33
Bijlage II. Reactie op Handreiking Gelijkgerichtheid van NVZ /FMS	37
Bijlage III. Reactie op Dialoogdocument NVZ	45
Bijlage IV. Tienpuntenplan voor de bekostiging (geactualiseerd)	53
Overzicht publicaties Guus van Montfort	61



## INLEIDING EN DOEL

Deze bijdrage beschrijft een tijdlijn van de integratie van de (vrijgevestigde) medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie.

Er is veel discussie over de rol en positie van met name de vrijgevestigde medisch specialisten in of ten opzichte van de ziekenhuisorganisatie.

Ik geef enkele voorbeelden, deels oordelen en vooroordelen:

- De maatschappen zijn allemaal aparte winkeltjes, waar de organisatie zich maar op moet aanpassen.
- Samenwerken met collega's en andere zorgprofessionals is niet vanzelfsprekend (eenmansbedrijfjes).
- Ze misbruiken hun directe verantwoordelijkheid voor de individuele patiëntenzorg (de professionele autonomie).
- Ze laten het eigen inkomensbelang een te grote rol spelen bij de afwegingen van de zorg voor een patiënt.
- men wil alle zorg die tot een bepaald specialisme behoren, zelf blijven doen.

Er zijn veel oordelen en vooroordelen over medisch specialisten en zeker over de vrijgevestigde. De commissie Meurs (2012; pagina 3) merkt op dat 'de discussie over de hoogte van de inkomens soms meer op beeldvorming is gebaseerd dan op feiten'. Het is dan ook van groot belang dat men zich baseert op werkelijkheden en niet op beelden van die werkelijkheden.

In deze publicatie wordt geen standpunt ingenomen over voor of tegen het al of niet vrijgevestigd zijn.

In deze bijdrage ligt het accent vooral op de stapsgewijze en voortgaande integratie van medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. Natuurlijk speelt de honoreringssystematiek van de medisch specialisten hierbij een rol. We schetsen globaal deze ontwikkelingen en veranderingen in de honoreringssystematiek.

Een beetje vooruitlopend op conclusies, kunnen we stellen dat die integratie tussen specialisten en de ziekenhuisorganisatie steeds intensiever wordt.

## **Relatie medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie: eenstapsgewijs proces**

Tamboer, Schepers, Klazinga en Casparie (2002) geven in een artikel een uitvoerige beschrijving van de ontwikkelingen in de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuis na de Tweede Wereldoorlog.

Ik neem de fasering die zij ontwikkeld hebben tot 2002 graag over. Ik voeg daar wat informatie aan toe en benoem ze soms iets anders. En ik trek de analyse van de integratieontwikkelingen door tot nu.



## **PERIODE I**

### **1945-1958: VAN OPEN NAAR GESLOTEN ZIEKENHUIZEN**

Tamboer c.s. noemen deze periode ‘Naar een zorginhoudelijke integratie’. Ik zou deze periode liever noemen van open naar gesloten ziekenhuizen. Er was van echte zorginhoudelijke integratie nog weinig sprake. Het is wel een stap ernaar toe. De bekostiging van ziekenhuizen was gebaseerd op enerzijds kostenrichtlijnen per verrichting (van het ministerie EZ en later het COZ) en aan de andere kant het aantal autonome beslissingen en behandelingen van en door de specialisten. De honoraria waren helemaal apart. Wel was er een stevige discussie over ‘arts-in’-respectievelijk ‘arts-out’-declaratie.

Bij arts-out declareerde de specialist zelf rechtstreeks bij het ziekenfonds c.q. de particuliere zorgverzekeraar. Bij arts-in gebeurde dat door het ziekenhuis, die dit een-op-een naar de individuele specialist doorzette. De LSV was sterk voor arts-out en de ziekenhuisorganisaties voor arts-in.

In de periode na de Tweede Wereldoorlog hadden we nog een vrij strikte scheiding tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. De specialisten hadden vaak thuis een eigen polikliniek met soms bepaalde medische apparatuur en gingen voor klinische behandeling naar een ziekenhuis naar eigen keuze. Een ziekenhuis had dus geen vaste groep specialisten. Voor de LSV waren belangrijke argumenten hierbij de vrije artsenkeuze en de professionele autonomie van de arts.

Dus zowel de ziekenhuisbekostiging als de honoraria waren ‘open-end’-systemen.



## **PERIODE II**

# **1958-1983: FORMALISERINGS- STAPPEN RELATIE SPECIALISTEN- ZIEKENHUISORGANISATIE**

Tamboer c.s. noemen deze periode organisatorische integratie. Ik vind dit een wat vergaande typologie. Want zeker was er sprake van een organisatorisch naar elkaar toegroeien, maar van echte integratie op zorgverleningsniveau met de ziekenhuisorganisatie was nog geen of weinig sprake. Het was meer het onderling naar elkaar toegroeien van de medisch specialisten middels maatschapsvorming en het verder formaliseren van de relatie medische staf middels stafreglementen, modelovereenkomsten en toelatingscontracten. Dat zijn zeker ook stappen in de integratie.

Het aantal open ziekenhuizen was – contrair aan de voorkeuren van de LSV (voorganger van de huidige Federatie Medisch Specialisten, de FMS – afgenomen tot 10 procent. (In 1951 was dit 70 procent en 40 procent in 1957). Er was – passend in de ontwikkeling van open naar gesloten – sprake van een stap van de individueel functionerende specialist naar meer maatschaps- en stafvorming. Er ontstonden commissies op medisch stafniveau (bijvoorbeeld fona-commissies). Ook is een belangrijke factor geweest dat het aantal specialistenopleidingen in algemene ziekenhuizen sterk is toegenomen. Ook dat zijn factoren van een toenemende gemeenschappelijkheid onder specialisten en in zekere zin ook met de ziekenhuisorganisatie.