

VOOR VRIJE PRIJZEN EN EEN VRIJ VOLUME

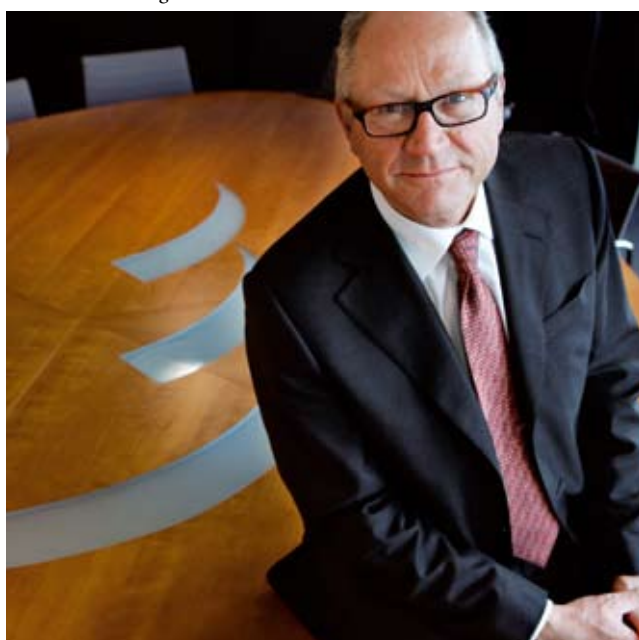
Gesprek met Orde-voorzitter Willem van der Ham

Van der Ham stond bekend als de man met twijfels over het marktdenken. Die zijn er ook wel, maar zijn eindoordeel is zonder meer positief: 'In 2012 moeten we vrij kunnen onderhandelen, zowel over het volume als over de prijzen.'

JOOST VISSER

Vlak voordat de fotograaf hem terzijde neemt voor de fotosessie, zegt hij: 'In die paar maanden ben ik al drie keer door een beroepsfotograaf op de foto gezet. Telkens hetzelfde liedje, maar telkens voor een ander doel. Dat zouden wij dokters niet moeten proberen!' Sinds 1 januari is de Eindhovense anesthesioloog Willem van der Ham (58) voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten. Een nieuwe rol, een nieuwe presentatie, interviews, fotosessies. Zijn toon moest hij 'lichtjes' wijzigen, want - zo schrijft hij in zijn eerste voorzitterscolumn in Medisch Contact (MC 6/2008: 259) - als aanvoerder van de specialistentropen moet hij zich anders uiten dan als de dokter 'die onvervaard ten strijde trekt tegen alles

Willem van der Ham, de nieuwe voorzitter van de Orde: 'Ik ben wat meer ondernemend dan gemiddeld.'



BEELD: DE BEELDRDRAKTJE, EVELYNE JACQ

wat hem ergert of verontrust'. Hoe bevalt het inmiddels? 'Het gaat wel', zegt hij stellig. En dan, iets aarzelender: 'Al is het strogeriger dan ik dacht... en niet zo eenvoudig. De dossiers zijn vrij dik, en je moet veel dossierkennis hebben. Maar dat zal wel komen.'

BOTER BIJ DE VIS

Anders dan zijn voorgangers bij hún aantreden, kende Van der Ham de Domus Medica nauwelijks. Sinds 1979 is hij anesthesioloog en intensivist in het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven. Hij was medisch-organisatorisch hoofd van de IC en gaf vorm aan de ontwikkeling van een IC waarin de patiënt nog de eigen dokter als hoofdbehandelaar had, naar één waarin het beleid wordt bepaald door de intensivist. Maakte als conventvoorzitter tien jaar lang alle stelselveranderingen mee, van de functionele budgettering, via de lumpsum naar de gedeeltelijke marktwerking van nu: 'Ik ben wat meer ondernemend dan gemiddeld. Tien jaar geleden kregen we te maken met het principe van "boter bij de vis". Dat wil zeggen dat je zo veel mogelijk bij de realiteit blijft: je levert wat je afspreekt, en daarvoor beoog je een goed honorarium te krijgen, zowel voor het ziekenhuis als voor de dokters. En daar zijn we wél bij gevangen.'

Die kennis van de markt, van het zelfstandig ondernemerschap komt hem in zijn rol van Orde-voorzitter goed van pas, verwacht hij. Hij ziet het als zijn missie om de collega-specialisten duidelijk te maken dat de marktwerking er écht zal komen en vooral: wat dat voor hen betekent. 'Ze zijn er pas klaar voor als ze begrijpen dat ze transparant moeten zijn over de kwaliteit van de zorg die ze leveren, professionaliteit meer inhoud moeten geven. Je moet als arts laten zien wat je doet en waarin je je onderscheidt van anderen. Dat vraagt een nieuwe manier van denken.'

STROPERIGHEID

Toch was de eerste taak die de nieuwe voorzitter wachtte, iets pragmatischer: een oplossing vinden voor de allesbehalve rooskleurige financiële situatie van de Orde, die had te kampen met een tekort van ongeveer 600.000 euro. Van der Ham wijst op de drie taken van de Orde - kwaliteitsbeleid, belangenbehartiging, dienstverlening - en zegt: 'Onze leden hebben veel hogere verwachtingen van de service die we moeten bieden dan we >>

<< aankunnen. Willen we het goed doen, dan hebben we een groter bureau nodig. De KNMG weet dat. We bekijken dan ook wat we samen kunnen doen of wat de KNMG kan overnemen.' Het was zijn eerste kennismaking met de 'stropigheid' die de besluitvorming in de Domus Medica nogal eens kenmerkt: 'Vorig jaar hebben we dit ook al aan de orde gesteld, nu begin ik er opnieuw mee. Ik heb niet het idee dat het bij de andere partners erg leeft.' En, even later: 'We dragen de KNMG een warm hart toe, maar we moeten ook kijken of de gelden daar net zo efficiënt worden besteed als bij ons. Ik heb het gevoel dat er enig verschil is.'

Om het tekort weg te werken zijn een paar oplossingen denkbaar. Verhogen van de contributie ('Die is al hoog') en snijden in de kosten ('Dat gaat ten koste van de service') liggen niet voor de hand. Over het verminderen van de afdracht aan de KNMG wordt nog nagedacht. Resteert het aantrekken van nieuw leden. Van der Ham: 'Aankomende artsen worden niet zo vanzelfsprekend lid als wij dat deden. We moeten hen daartoe verleiden. En dan niet alleen kijken naar aios, maar ook naar

De Orde wil een plaats voor de patiënt in het kwaliteitsbeleid

artsen die in een ziekenhuis werken maar nog niet in opleiding zijn.' Boos maakt hij zich over de manier waarop de KNMG en de LAD het Basic-lidmaatschap introduceerden, dat juist voor deze interessante groep is bedoeld (MC 10/2008: 437). 'Ik zei: waarom is dat niet met ons overlegd? We hadden die groep artsen graag aan ons gebonden. Maar De Jonge Orde hoorde er pas van toen de plannen al klaar waren. Dat had beter gekund.' Dat deze artsen statutair geen lid mogen worden, vindt hij geen argument: 'We gaan de statuten alsnog aanpassen.'

IMPLEMENTATIE

Terug naar de grote lijn van het voorzitterschap van Van der Ham. Zijn belangrijkste prioriteit: het kwaliteitsbeleid. 'Het maken van richtlijnen en protocollen is belangrijk. Maar er is een discrepantie tussen het geld dat we besteden aan het maken van richtlijnen en het bekijken of die ook werkelijk worden ingevoerd. Die discrepantie moet een beetje worden rechtgetrokken. Er is dus studie nodig naar die implementatie. Hoe doe je dat op een goede manier? Waarom lukt het vaak niet? Daar zullen we samen met de wetenschappelijke verenigingen aan gaan werken.' Ook wil de Orde in het kwaliteitsbeleid meer plaats inruimen voor de patiënt: heeft deze gekregen wat hij verwachtte? 'De zorg moet zo worden ingericht dat de patiënt er tevredener over wordt.'

In het uurtarief van de medisch specialisten (135,50 euro) is inmiddels 50 cent gereserveerd voor het kwaliteitsbeleid: richtlijnen maken en implementeren, visitaties doen, nieuwe zorgpaden ontwerpen. Althans, zo zou het per 1 januari moeten zijn geregeld, maar het geld - 10 miljoen euro - is nog steeds niet beschikbaar, naar verluidt omdat het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland invloed willen op de besteding

ervan. Op papier is dat nog anders geregeld: de wetenschappelijke verenigingen dienen voorstellen in (dát is al gebeurd), die worden beoordeeld door het Platform Kwaliteit van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde. Uiteindelijk beslist de pas opgerichte Stichting Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten (SKMS), waarin specialisten en zorgverzekeraars zitting hebben. En dan worden ze uitgevoerd.

LIESBREUKEN

Prioriteit nummer twee is het verbeteren van de positie van de specialist in het ziekenhuis, juist in tijden van marktwerking. Van der Ham: 'Er komt een nieuwe relatie met de raden van bestuur. Door de marktwerking zullen de medisch specialisten het ziekenhuis verlaten om zelfstandige behandelcentra (ZBC's) op te zetten voor niet-complexe zorg, al dan niet samen met het eigen ziekenhuis. Je ziet dat al gebeuren, want tussen 2005 en 2007 is het aantal ZBC's verdubbeld.'

Onlangs kwamen Vektis en de Boston Consulting Group (BCG) in een gezamenlijk rapport tot de conclusie dat vrije prijsvorming leidt tot hogere kosten, onder meer door een verhoging van het volume (zie ook de voorzitterscolumn op blz. 567). Fout, vindt Van der Ham: 'De echte conclusie moet zijn dat de markt werkt: als er meer aanbieders zijn, gaat de prijs omlaag. Het behandelen van varices en liesbreuken, bijvoorbeeld, is wel degelijk goedkoper geworden. Een varicesoperatie kost in ons ziekenhuis 2000 euro, in een ZBC 1200 euro. Operaties als deze zijn efficiënter en dus goedkoper naarmate je er méér van doet. Bekend is de liesbreukkliniek in Toronto, waar jaarlijks 4800 precies dezelfde liesbreukoperaties worden gedaan, met een recidive van minder dan één procent. Die levert dus goede kwaliteit.'

WACHTLIJSTEN

Artsen komen dus niet in de verleiding om onnodige ingrepen te doen als ze per verrichting worden betaald? 'Ik bestrijd dat. Als ik in een bepaald jaar een DBC open, wil dat niet zeggen dat de behandeling ook in dat jaar heeft plaatsgevonden. Die conclusie is niet te trekken. Ten tweede: de productie mag door de marktwerking dan zijn toegenomen, de wachttijden zijn ook verminderd. Toen minister Borst de lumpsum introduceerde, beloofde zij dat er geen onnodige verrichtingen meer zouden worden gedaan. In werkelijkheid kwamen er wachtlijsten, dus zo onnodig waren die verrichtingen niet. Ten derde: ik geloof niet dat artsen een heup of een knie vervangen zonder medische noodzaak. Ook daarom is het niet terecht om aan te nemen dat de productie onnodig toeneemt.'

Het klinkt enthousiast, en dat is Van der Ham ook. Toch waarschuwde hij in november, toen de leden van de Orde hem tot voorzitter kozen, ook dat 'door de specifieke eigenschappen van de gezondheidszorg' het risico bestaat dat marktwerking meer schaadt dan goeddoet. Inmiddels lijkt hij wat milder te zijn geworden. Naast het gevaar van een toenemende bureaucratie en de neiging tot winstmaximalisatie bij de zorgverzekeraars, noemt hij vooral het risico dat marktwerking ertoe kan leiden dat een ziekenhuis alleen nog makkelijke patiënten behandelt en moeilijke doorschuift naar de buurman. Maar de oplossing ligt voor de hand: 'Je kunt dat risico kleiner maken door ook de lastige patiënten van een goed tarief te voorzien. Dan zullen er ziekenhuizen zijn die juist die complexere zorg op zich zullen nemen.'

Al bij al twijfelt hij niet: 'In 2012 moeten we vrij kunnen onderhandelen, zowel over het volume als over de prijzen. Daar-



Van der Ham: 'Een zekere mate van concurrentie tussen dokters is economisch ook wenselijk.'

voor is nodig dat we zicht hebben op de geleverde kwaliteit: wat krijg ik als ik dit betaal? En ook moet er voldoende onderhandelingsmacht zijn, dus enerzijds meerdere aanbieders en anderzijds verzekeraars met voldoende kennis in huis om concurrerend in te kopen. Tusseloplossingen als maatstafconcurrentie zijn niet nodig. Dat geeft vooral administratieve lasten.'

VERSNELLERS

Gaat eenvoudige zorg de ziekenhuizen uit, op ander vlak ziet Van der Ham juist een tendens tot concentratie van zorg in een klein aantal ziekenhuizen. Desondanks, vertelt hij, gaf een zorgverzekeraar onlangs toestemming om twee lineaire versnellers in één ziekenhuisdependance te plaatsen. Onzin vindt hij dat: 'We weten allemaal dat de radiotherapie gedifferentieerd raakt en de specialisatie toeneemt. Twee apparaten plaatsen in zo'n klein winkeltje is niet economisch, niet doelmatig en van lage kwaliteit. Het argument is vaak dat de patiënt de zorg dicht bij huis wil hebben, maar dat geloof ik niet. Men zegt: die willen de beste zorg om de hoek, maar patiënten zullen best begrijpen dat die beste zorg vaak verder weg ligt. Als je dat goed uitlegt, begrijpen ze het best.'

Valt in een klein land als Nederland met die concentratie nog wel te concurreren? 'Er zijn verschillende aanbieders, er zijn vier of vijf grote verzekeraars. Ook in Nederland is er voldoende volume om concurrentie mogelijk te maken. Neem bijvoorbeeld de laparoscopische operaties bij adipositas. Dat zijn complexe patiënten, het is een risicovolle ingreep. Met 7000 patiënten kan die goed in tien centra worden geconcentreerd. Dan kun je prijs

en kwaliteit vergelijken. Over vijf jaar zijn het misschien 10.000 patiënten. Het zijn kleine aantallen, maar het kan wel.'

RELATIE

In de directe relatie van ziekenhuis en medisch specialist zal de marktwerking zijn intrede doen, voorspelt Van der Ham: 'Het ziekenhuis zal zijn best moeten doen om getalenteerde dokters te behouden om de investeringen in medische apparatuur terug te verdienen. Omgekeerd is die apparatuur van belang om die goede dokters binnen te krijgen en te houden. Het ziekenhuis zal zeggen: "Blijf bij mij!"; de specialist zal antwoorden: "Alleen als ik de goede spullen krijg."

Hij denkt niet dat dat spel alleen kan slagen bij een voldoende aanbod aan artsen: 'Als de concentratie doorzet, is er hoe dan ook meer beweging in de beroepsgroep. Wie goed is, komt wel terecht. Een zekere mate van concurrentie tussen dokters is economisch ook wenselijk. De markt moet ook op dit terrein z'n werk kunnen doen doordat de besten het best worden gehonoreerd.'

'Toen ik begon,' zegt Van der Ham, 'had ik het nog voor het kiezen en kon ik van alles in het ziekenhuis doen. Maar nu moeten artsen al op jongere leeftijd een keuze maken. Ben ik beter in een ZBC? Voel ik me meer thuis in een centrumziekenhuis? Of kies ik voor topreferente zorg? De segmentering zet voort, en iedere arts moet kunnen werken op de plek die het best bij hem of haar past. Noem het persoonlijke talentontwikkeling. Naast vrije prijzen en een vrij volume is dát wat ik als voorzitter voor elkaar wil krijgen.' ■