

Verantwoordelijkheid voor de zorg beter regelen

Laatste kans voor de toelating

mr. dr. Ph.S. Kahn,
secretaris raad van bestuur,
HagaZiekenhuis Den Haag

Correspondentieadres:
p.kahn@hagaziekenhuis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Marktwerving en concurrentie stellen nieuwe eisen aan de relatie tussen ziekenhuis en specialisten. Hoe moet de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis worden geregeld?

De NVZ en de Orde onderhandelen over een nieuwe model toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en specialist. De afgelopen jaren hebben marktwerving, concurrentie en de aanscherping van de verantwoordelijkheid van ziekenhuisbesturen voor de kwaliteit van de zorg de relatie tussen ziekenhuis en specialist sterk beïnvloed. Recentelijk zijn daar plannen van de minister van volksgezondheid aan toegevoegd waarbij de specialist zijn honorarium declareert aan het ziekenhuis in plaats van via het ziekenhuis aan de patiënt of de zorgverzekeraar. De huidige toelating wankelt en is over zijn houdbaarheidsdatum heen. De huidige modelovereenkomst regelt de rechten en plichten van

ziekenhuis en medisch specialist. Verschillende wetten hadden invloed op dit modelcontract, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet en de Integratiewet. Daarnaast waren er collectieve afspraken nodig tussen ziekenhuisbestuur en medische staf – vastgelegd in het Document Medische Staf – die doorwerkten in de individuele relatie tussen ziekenhuis en specialist.¹ Deze structuur van staffbrede regelingen via het Document Medische

Staf bleek geen succes, want er is nauwelijks invulling aan gegeven.

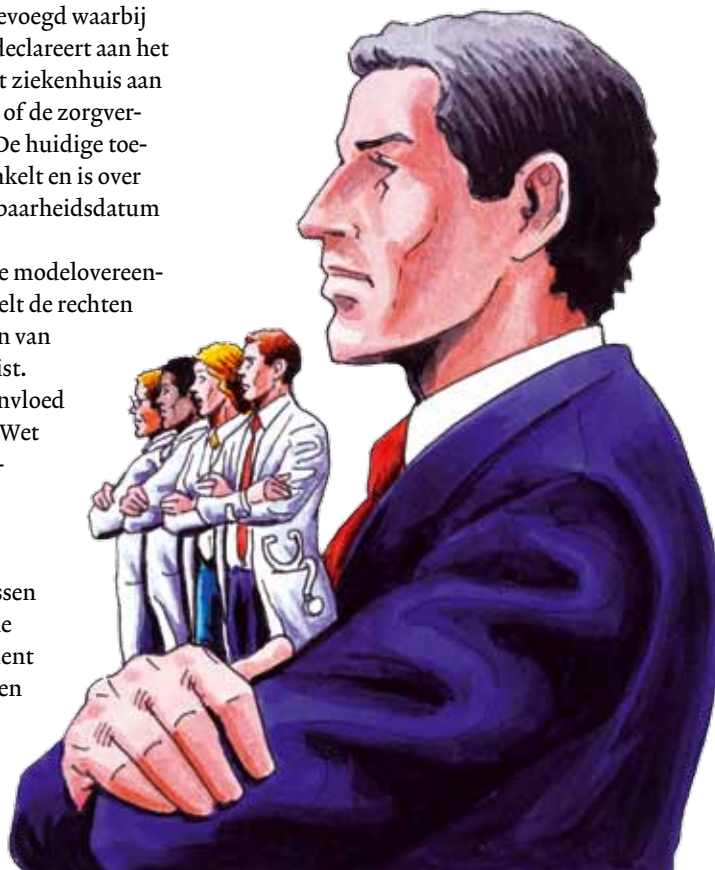
Vrije prijzen

Het afgelopen decennium hebben verschillende ontwikkelingen invloed gehad op ziekenhuizen, specialisten en hun onderlinge relatie. De

Een concurrentiebeding tussen ziekenhuis en medisch specialist zou terecht zijn

Elke specialist moet instemmen met een medisch manager en diens aanwijzingen opvolgen.

beeld: images.com



marktwerking (B-segment) deed zijn intrede waardoor specifieke vormen van medisch-specialistische hulp tegen 'vrije' prijzen ook buiten het ziekenhuis mochten worden aangeboden, bijvoorbeeld door privéklinieken. Het werd voor specialisten aantrekkelijk om specifieke onderdelen van zorg buiten het ziekenhuis te leveren. Hierdoor kwam meer spanning te staan op de volgens de huidige toelatingsovereenkomst vereiste toestemming die, ook part-time werkende, specialisten moeten krijgen van het ziekenhuisbestuur om elders te mogen werken. Er zijn serieuze bedrijfseconomische risico's voor ziekenhuizen om met relatief dure zorg achter te blijven. Ziekenhuizen die voor deze B-segment-zorg in apparatuur en infrastructuur investeren, moeten voorkomen dat specialisten, of zelfs een heel specialisme, vertrekt waardoor patiënten deze zorg elders betrekken en het ziekenhuis met grote desinvesteringen achterblijft. Een concurrentiebeding in de overeenkomst tussen ziekenhuis en medisch specialist, of ten minste financiële afspraken hierover, zou terecht zijn. Maar in de

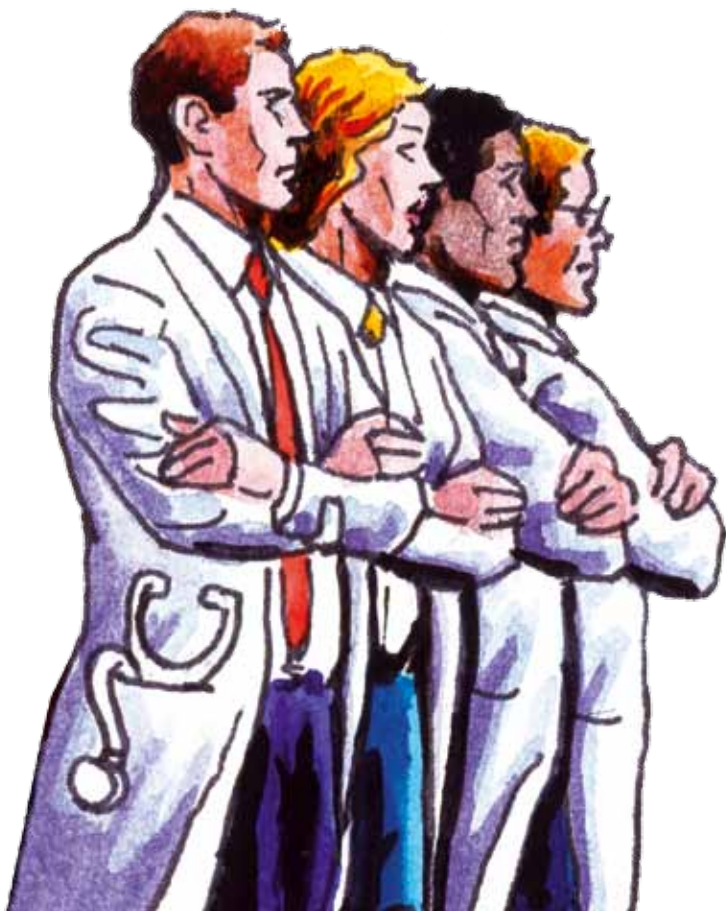
huidige toelatingsrelatie ontbreken deze volledig. Nu staat er soms alleen een concurrentiebepaling in de maatschapovereenkomst, maar het ziekenhuis is hierin geen partij. Bovendien voorziet dit niet in de situatie dat een maatschap collectief uit het ziekenhuis vertrekt. Vanwege dit bedrijfsrisico kunnen banken bij de financiering van grootschalige bouwprojecten een verklaring van de vakgroepen vragen waarin staat dat zij intramuraal blijven werken en dus continuïteit van zorg en van bedrijfsvoering waarborgen.

Vrijheid

Anderzijds voelt de medisch specialist zich beknot in zijn ondernemingsvrijheid als hij ook buiten het ziekenhuis wil werken, maar hiervoor toestemming nodig heeft van het ziekenhuisbestuur. Hoewel toestemming alleen mag worden geweigerd als dit schadelijk is voor het ziekenhuis en/of de patiënten, is de scheidslijn niet altijd duidelijk en leidt dit nogal eens tot juridische geschillen. Een heldere omschrijving wanneer wel en wanneer niet elders mag worden gewerkt, verdient de voorkeur. Het principe zou moeten zijn dat een specialist zich committeert aan één ziekenhuis; daar moet de verbondenheid en loyaliteit mee worden gevoeld. De ondernemingszin en prikkel tot innovatie moeten worden gevonden door meer beleidsvrijheid binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld in resultaatverantwoordelijke eenheden.

Disfunctionerende specialisten

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat ziekenhuisbesturen hun verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de Kwaliteitswet, in onvoldoende mate (kunnen) waarmaken en onvoldoende hebben vormgegeven. De evaluatie van de Kwaliteitswet in 2001 was hier duidelijk over. Maar ook specifieke gevallen zoals de casus hartchirurgie in het Nijmeegse St Radboud ziekenhuis, de neurologiecasus uit het Medisch Spectrum Twente en andere laten zien dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg door vele partijen onvoldoende wordt gevoeld waardoor de patiënt ernstig wordt gedupeerd.²⁻⁵ De raad van bestuur heeft zijn verantwoordelijkheid in deze gevallen laten liggen, maar ook de vakgroep en het medisch stafbestuur waren passief. In zijn brief aan de Tweede Kamer wees de minister op de wenselijkheid de bevoegdheden van ziekenhuisbesturen te versterken door deze een wettelijke aanwijzingsbevoegdheid te geven en de verantwoording van specialisten aan de raden van bestuur over de geleverde kwaliteit van



SAMENVATTING

- De effecten van marktwerking en concurrentie in de zorg moeten hun weerslag krijgen in het nieuwe model toelatingscontract.
- Kabinetsbeleid, maar ook casuïstiek in ziekenhuizen, maken het noodzakelijk de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur voor de kwaliteit beter te regelen in het modelcontract.
- De medisch manager en de resultaatverantwoordelijke eenheid moeten een plaats krijgen in de besturing van het ziekenhuis.
- De nieuwe plannen van de minister zullen de toelating hoe dan ook onder druk zetten en de relatie ziekenhuis-specialist in een geheel ander licht plaatsen.

In principe zou een specialist zich moeten committeren aan één ziekenhuis.

zorg aan te scherpen.⁶ Deze wettelijke aanwijzingsbevoegdheid was overigens overbodig, aangezien in toelatingscontracten de raad van bestuur al over zo'n bevoegdheid beschikt. De minister handelde vooral vanuit een politiek gevoelde noodzaak om de besturen van instellingen juridische middelen te geven om goede kwaliteit te kunnen afdwingen. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft zorgen geuit over de nauwelijks (door de raden van bestuur) afdwingbare kwaliteit van zorgverlening.⁷ ⁸ Aanleiding vormde de gevallen van disfunctionerende specialisten die in de media en in de politiek voor de nodige onrust zorgden. De RVZ plaatste kritische kanttekeningen bij het door specialisten zelf houden van evaluatiegesprekken in het systeem van Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) en de vrijblijvendheid waarmee rapportages van kwaliteitsvisitaties aan raden van bestuur kunnen worden toegestuurd.

Medisch manager

De RVZ heeft gepleit voor een medisch manager in ziekenhuizen, een functie die met de nodige bevoegdheden moet worden opgetuigd. Eerder pleitte de commissie-Lemstra ook al voor een medisch manager.⁹ De platte organisatiestructuur bij maatschappen/vakgroepen waardoor het elkaar ter verantwoording roepen wordt bemoeilijkt, wordt doorbroken door de functie van medisch manager die, met goedvinden van zijn collega's, zorg draagt voor het monitoren van de kwaliteit binnen de vakgroep, hier zijn vakgroepgenoten op kan aanspreken en die eerst aanspreekbare is voor de raad van bestuur. Anderzijds heeft hij ook gedelegeerde bevoegdheden vanuit de raad van bestuur richting zijn vakgroep. Aangezien de raad van bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg, is het essentieel dat inzicht bestaat in de individueel geleverde kwaliteit en dat daarover verantwoording wordt afgelegd. Dit moet getrappt geschieden. Geeft de informatie die de medisch manager verstrekt aanleiding tot vragen, dan kan in tweede instantie de individuele beroepsbeoefenaar om nadere uitleg worden gevraagd. In de model toelatingsovereenkomst moet worden verankerd dat elke specialist instemt met het feit dat er een medisch manager is en dat hij deze inzicht verschaft in de door hem geleverde zorg, aanwijzingen van deze medisch manager opvolgt, enzovoort.

Waarover verantwoording moet worden afgelegd en welke gegevens daartoe moeten worden overgelegd, zou in de nieuwe toelatingsovereenkomst expliciet moeten worden bepaald. Dat de visitatierapporten daarvan deel moeten uitmaken, hebben velen al bepleit.¹⁰

Dienstverband

Het is nog maar de vraag of de toelating überhaupt blijft bestaan. In een brief aan de Tweede Kamer (van april 2010) acht de minister het 'gezien de demissionaire status van het huidige kabinet (...) niet opportuun naar aanleiding van het onderzoek van SEO een besluit te nemen over het instellen van een verplichting tot het in dienst nemen van medisch specialisten.' De minister wil 'voor dit moment' de status quo handhaven.¹¹ Een volgend kabinet moet hierover beslissen. Verder wil de minister, met het oog op de beheersing van de medisch-specialistische kosten, de ziekenhuisbesturen verantwoordelijk maken voor de financiering van de medisch-specialistische zorg. Het ziekenhuis wordt budgethouder en onderhandelt met zijn specialisten over hun honoraria. De specialist declareert aan het ziekenhuis en het ziekenhuis declareert de integrale prestatie en de daarmee verband houdende kosten (inclusief medisch-specialistisch honorarium) bij de zorgverzekeraar.¹² Nog meer dan nu, wordt daarmee het vrij ondernemerschap van de specialist onder druk gezet; feitelijk leidt dit tot een dienstverbandachtige constructie. De instelling moet zijn specialisten hun honoraria betalen, waardoor de specialist nog maar één debiteur heeft. Juridisch en fiscaal zal dit nog de nodige haken en ogen hebben.

Prikkels

Als de toelating deze ontwikkelingen al overleeft, dan zal een nieuwe overeenkomst fundamenteel anders moeten worden. Enerzijds moet de toelating de specialist voldoende prikkels (blijven) geven om de kwaliteit en innovatie van zorg op een steeds hoger plan te tillen, anderzijds moet de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur zodanig worden aangescherpt dat het deze verantwoordelijkheid kan waarmaken. In lijn met de gepropageerde functie van medisch manager kan een grote mate van autonomie worden gegeven aan resultaatverantwoordelijke eenheden binnen het ziekenhuis. Verwezen kan worden naar het SEO-rapport over de relatie tussen specialist en ziekenhuis.¹³ Dat er structureel wat moet en gaat veranderen in deze relatie is wel duidelijk.¹⁴ 



De lijst met referenties vindt u onder dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Kahn PhS, Ziekenhuis en specialist herzien hun relatie; nieuwe model toelatingsovereenkomst is een compromis. Medisch Contact 2000; 26: 983-5.
2. Casparie AF e.a., Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, Den Haag, ZonMw 2001.
3. Kahn PhS, Verantwoordelijk voor de black box van kwaliteit, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht september 2008: 424-31.
4. Commissie-Lemstra, 'En waar was de patiënt...? Rapport van de externe onderzoekscommissie MST over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving'. September 2009.
5. Chirurg Scheperziekenhuis Emmen; verloskunde/gynaecologie Hoorn.
6. Brief minister VWS aan TK van 9 juli 2009 'Ruimte en reenschap voor zorg en ondersteuning'.
7. 'Governance en kwaliteit van zorg'.RVZ, Den Haag, maart 2009.
8. 'De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van kwaliteit van zorg'. RVZ, Den Haag, maart 2010.
9. Zie noot 4, aanbeveling 4.
10. Zie onder meer voetnoot 3; aanbeveling 2 van de Onderzoeksraad voor veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud, Den Haag: Onderzoeksraad voor veiligheid 2008; zie verder prof.mr. J. Legemaate in zijn jaarrede voor de VGR, J. Legemaate, 'Low trust' in de gezondheidszorg, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, augustus 2009: 351-9 en RVZ maart 2010: 16.
11. 'Aanbieden rapporten medisch specialisten' Brief minister VWS aan TK van 26 april 2010.
12. 'Voorhang beheersingsmodel medisch specialisten' Brief minister VWS aan TK van 26 april 2010.
13. 'De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis' SEO economisch onderzoek, Amsterdam maart 2010.
14. Ook de voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht Legemaate heeft er in zijn jaarrede op gewezen dat er 'zowel in de feitelijke als in de juridische verhoudingen tussen medisch specialisten en ziekenhuisbesturen verdergaande veranderingen (zullen) moeten optreden.', zie noot 10.