

Medisch specialisten moeten omzetten verdelen

Maatschap zoekt organisatiemodel

Joost Visser

In september moeten de medische staven in de ziekenhuizen weten op welke manier zij hun budget onderling gaan verdelen. In veel ziekenhuizen zijn de maten nog lang niet zover, maar in Deventer en Arnhem konden ze de knoop snel doorhakken.

Het is even wennen, maar feitelijk is de lumpsum weer terug – tot 2015, wanneer de prijzen worden vrijgelaten. Want wat een specialist per product verdient en hoeveel hij levert, heeft vanaf volgend jaar geen invloed meer op de hoogte van het inkomen. Productie is – in de woorden van een specialist die het weten kan – niet meer dan

een middel om de ‘zak met geld’ te vullen die het ziekenhuis voor zijn medisch specialisten krijgt. Hoe de inhoud daarvan wordt verdeeld, is grotendeels aan die specialisten zelf. Ruwweg kunnen zij kiezen uit twee modellen (zie *kader*). De specialisten van het Deventer Ziekenhuis kozen voor de werklasmeting, hun collega's in Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, Zevenaar en Velp voor de benchmark. Maar de verschillen zijn niet zo groot als ze lijken. ‘We hebben hier geen werklastonderzoek al-léén’, zo valt André Geurts direct met de deur in huis. Geurts is anesthesioloog en penningmeester van de Vrijgevestigde Specialisten Deventer (VSD), de stafmaatschap waarin alle vrijgevestigde specialisten van het Deventer Ziekenhuis zijn verenigd. Groen en geel ergert hij zich aan de spookverhalen die de ronde doen over zijn ziekenhuis. ‘We zouden hier het communisme hebben ingevoerd, een kolchoz-systeem dat uitnodigt tot inefficiëntie en een lage productie. Dat is volstrekte onzin. Wij combineren ons interne werklastonderzoek immers met een externe productiebenchmark, en leggen dus een directe link tussen tijdsbesteding en productie van specialisten.’

Veranderingen per 2012

Voor 2012 hebben de medisch specialisten samen de beschikking over een ‘macrokader’ van 2,02 miljard euro, dat over de ziekenhuizen wordt verdeeld. De raden van bestuur sluiten het grootste deel, zo’n 80 procent, direct door naar het ‘collectief’ van medisch specialisten; over de rest maken zij nog nadere afspraken. Het collectief verdeelt het ontvangen geld vervolgens over de verschillende vakgroepen in het ziekenhuis. De medisch specialisten mogen zelf bepalen hoe zij zo’n collectief vorm willen geven, mits de NZa dit goedkeurt. De Orde van Medisch Specialisten (OMS) geeft de voorkeur aan ofwel een ziekenhuisbrede stafmaatschap ofwel een coöperatieve vereniging. Ook kunnen de medisch specialisten zelf bepalen hoe zij het geld willen verdelen. Vanuit het adagium ‘loon naar werken’ kiest de OMS voor verdeling op basis van een (interne) werklasmeting of op basis van een (externe) benchmark, waarbij de laatste de voorkeur heeft. Ook een combinatie is goed denkbaar.

Het Witte Boek deel 4; beheersmodel medisch specialisten en vorming van een collectief. Orde van Medisch Specialisten, juni 2011.

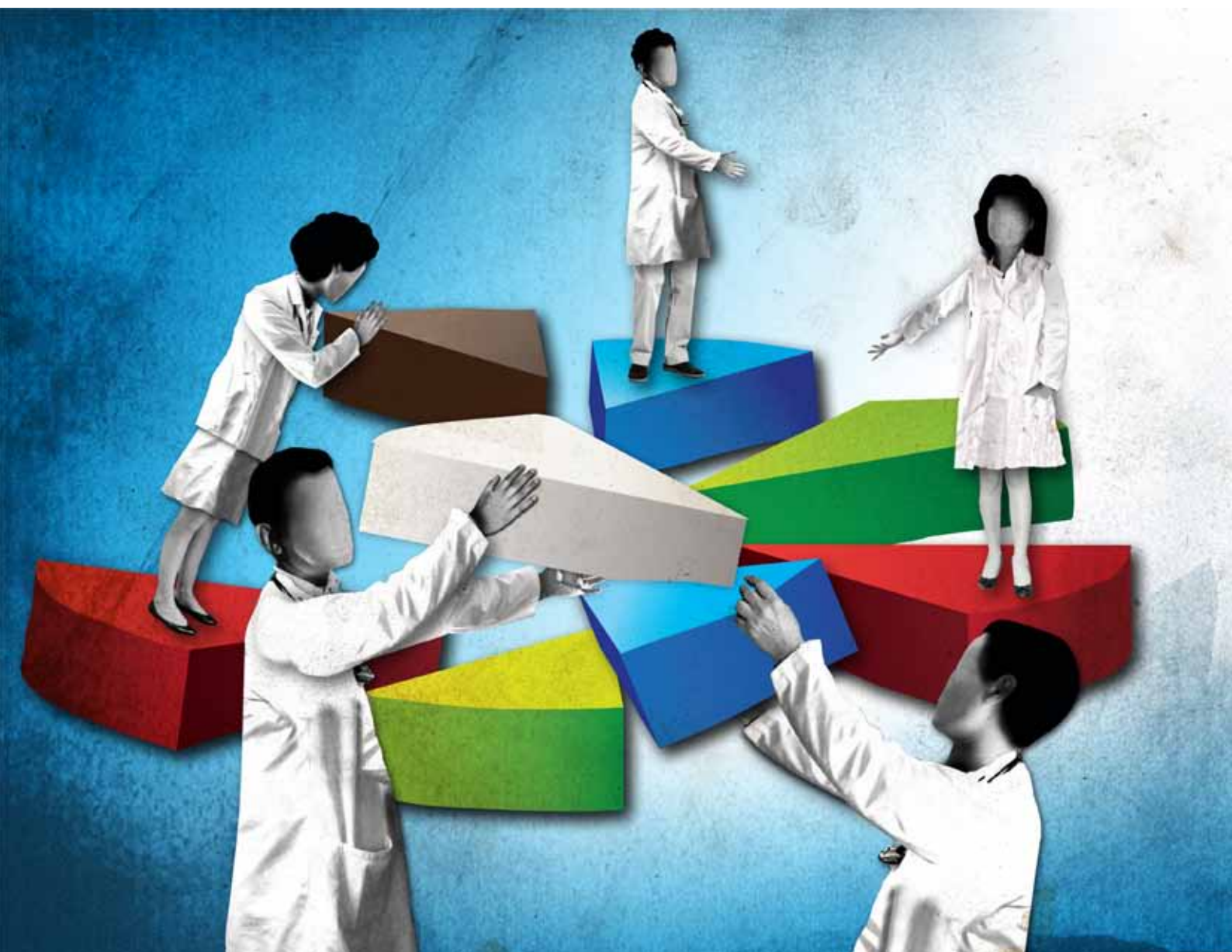


U kunt dit boek downloaden via een link bij dit artikel op www.medischcontact.nl.



Werklasmeting

De Deventenaren zijn volop bezig met de periodieke werklasmeting, voor de derde keer sinds de ziekenhuisbrede stafmaatschap in 1999 werd opgericht. Alle maten hebben individueel formulieren ingevuld met vragen naar hun tijdsbesteding in 2010: uren patiëntgebonden



beeld: Het Wonderlab

Een hoge werkdruk moet tot uiting komen in het grote aantal uren dat men werkt

zorg, niet-patiëntgebonden zorg, diensten, vakantie, enzovoorts. Die cijfers zijn, gebundeld per vakgroep, vergeleken met landelijke cijfers over productie per fte, per specialisme en over datzelfde 2010 verzameld door onderzoeksbureau Kiwa Prismant. Waar interne en externe cijfers niet met elkaar te rijmen vielen, hebben de beide begeleiders van het proces – de ene intern, de andere extern – inmiddels met de betreffende vakgroep gesproken. Nu is het wachten op de rapportage. ‘Soms blijkt gewoon dat zo’n vakgroep de lijsten niet goed heeft ingevuld’,

zegt Geurts. ‘Maar dat is niet altijd het hele verhaal. Bij onze eerste meting, in 2001, bleek de gerapporteerde tijdsbesteding van de vakgroep heerkunde veel hoger te zijn dan verwacht op basis van de benchmark. De conclusie was dat de vakgroep kennelijk weinig efficiënt te werk ging. Waarna ze als de sodemieter hun praktijk zijn gaan reorganiseren.’ Omgekeerd kunnen de uitkomsten van de werklasmeting ook worden gebruikt om te zware lasten te verlichten. Geurts: ‘Een ervaren hoge werkdruk moet tot uiting komen in het grote aantal uren dat men werkt. Als dat er te veel zijn, kan de stafmaatschap zo’n vakgroep toestemming geven om uit te breiden.’ Specifieke kenmerken van ieders specialisme,



zoals veel acute situaties, spelen absoluut geen rol: 'Een dermatoloog moet er om die reden niet aan denken mijn vak te doen. Omgekeerd moet ik er niet aan denken dat ik eindeloos poli's zou moeten draaien, dan was ik na een week opgebrand. Een uur is bij ons een uur, mits het productief is. Als een dermatoloog en een anesthesioloog jaarlijks evenveel productieve uren maken, mogen zij dus bij ons ook precies hetzelfde verdienen.'

Externe benchmark

Veertig kilometer verderop hebben de specialisten in Ziekenhuis Rijnstate unaniem gekozen voor de externe benchmark. Maar heel anders klinken de geluiden er niet. 'We kiezen niet voor harmonisatie, maar onverklaarbare verschillen in inkomen zijn er straks niet meer', zegt Jan-Willem Kallewaard, ook anesthesioloog en voorzitter van het Regionaal Financieel Collectief (RFC), dat deel uitmaakt van de Vereniging Medische Staf (VMS) van Rijnstate en het honorarium van de medisch specialisten beheert.

Net als de collectieven in tientallen andere ziekenhuizen heeft dat collectief inmiddels de gevraagde gegevens doorgegeven

aan het Rotterdamse financieel adviesbureau Logex, dat de landelijke benchmark uitvoert. Ze gaan over het aantal fulltime medisch specialisten (en aiossen, aniossen en nurse practitioners) én over hun output. Uit al deze cijfers destilleert Logex per specialisme een landelijke normpraktijk, waaraan de maten in

ieder deelnemend ziekenhuis zich vervolgens kunnen spiegelen. 'Als hier een maatschap qua productie laag zit ten opzichte van de benchmark, moet het bestuur van het collectief een hartig woordje met hen voeren', zegt Kallewaard. Maar meestal loopt het zo'n vaart niet. De maatschap gynaecologie in Zevenaar, bijvoorbeeld, zou laag uit de vergelijking kunnen komen: 'Die heeft een relatief hogere formatie nodig om aan de beschikbaarheidseisen te kunnen voldoen. Na de fusie met de gynaecologenmaatschap in Arnhem kan dat probleem zijn opgelost.'

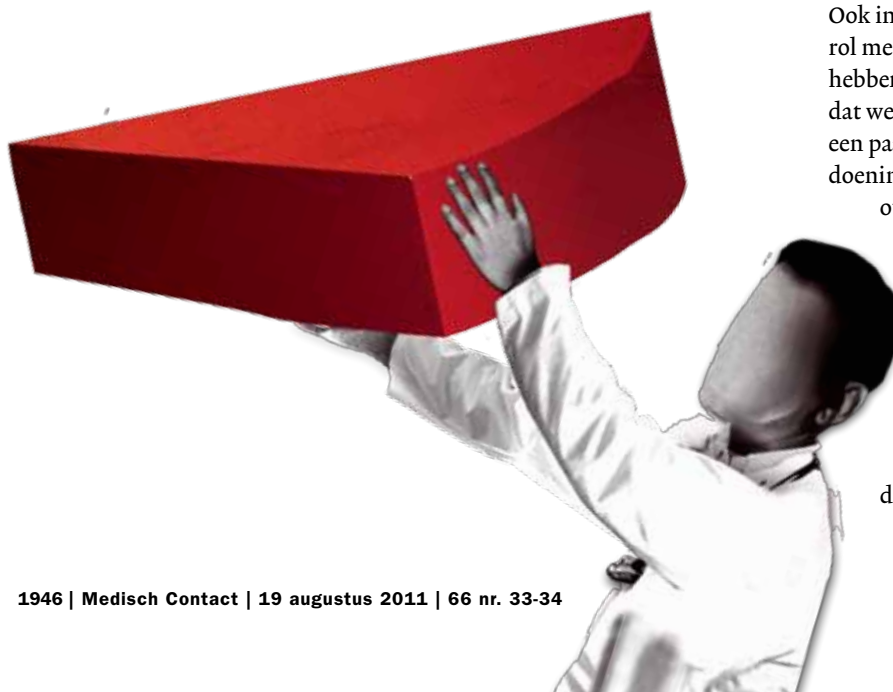
Diensten

In iedere discussie over de werklust vormen de diensten altijd een bijzonder onderwerp. 'Ook wij hebben jarenlang gediscussieerd over *disutility*', zegt André Geurts in Deventer. 'Uiteindelijk hebben we gezegd: een uur is een uur, 's nachts of overdag, dat maakt niets uit. Voor vakgroepen met weinig of juist veel diensten kan dat wel consequenties hebben, erkent hij: 'Na een eerdere meting zijn de chirurgen vier dagen gaan werken. Alleen zo kon hun aantal uren binnen de perken blijven. Omgekeerd kwamen onze oogartsen slecht uit die meting. Dat is logisch, want zij halen zonder diensten natuurlijk nooit de gemiddeld 56 uur per week van de maatschap. Het maatschapbestuur had hen kunnen verplichten om avondsprekuren te gaan draaien, maar we wilden hen niet over de kling jagen. Dus hebben we het verschil geaccepteerd. Ook al omdat onze oogartsen perfect georganiseerd zijn en er over vijf jaar een enorme groei zat in hun productie. Kwalitatief scoren ze heel goed en hun marktaandeel was in een paar jaar enorm gegroeid. We leggen al die dingen bij elkaar, en dan gaat er een lepel politieke jus overheen en komt er een voorstel uit. Zo gaat dat.'

Ook in Rijnstate spelen de diensten geen grote rol meer in de discussies, zegt Kallewaard: 'We hebben het probleem onderzocht en toen bleek dat we vooral over gevoelens praatten en over een paar euro's per maatschap extra als genoegdoening. We maken ons daar niet meer druk

over. Dat kan ook makkelijk met grote vakgroepen van 20, 25 specialisten en dus een lage dienstfrequentie.' Met de nulmeting wordt vastgesteld hoeveel fulltimers er zijn en wat een fulltimer eigenlijk is. In een specialisme met weinig diensten werkt een fulltimer negen patiëntgebonden dagdelen en één niet-patiëntgebonden deel. In de anesthesiologie, chirurgie en

In discussies over de werklust vormen de diensten een bijzonder onderwerp



'Ieder ziekenhuis had al een collectief moeten hebben'

Begin september moeten de medisch specialisten in alle ziekenhuizen de organisatievorm hebben gekozen die het best bij hun collectief past. 'Daar hadden ze allang over moeten nadenken', zegt Janko de Jonge, voorzitter van de Kamer Vrij Beroep van de Orde van Medisch Specialisten. Met de komst van de Zorgverzekeringswet, in 2006, was immers al duidelijk dat verzekeraars én zorgaanbieders met elkaar zouden gaan concurreren, met alle ondernemersrisico's van dien. De Jonge: 'Hopelijk hadden specialisten toen al het besef dat ze moesten gaan kijken naar de organisatie van het eigen ziekenhuis. Dat is alleen maar urgenter geworden. In 2012 is 70 procent van de DBC's vrij onderhandelbaar. Verzekeraars gaan selectief inkopen, ziekenhuizen moeten ervoor zorgen hun aandeel te behouden.'

De vraag hoe de specialisten het hun toevallende budget over 2012 verdelen, vindt De Jonge niet zo interessant. 'Belangrijk is alleen dat je het samen eens bent. Het organisatiemodel dat je kiest, dáár gaat het om. Specialisten moeten samen willen optrekken, ervoor zorgen dat zij sterk komen te staan, inzicht krijgen in de kosten en weten hoe ze die samen kunnen terugdringen.'

Hij dringt aan op haast. 'Als de medisch specialisten niet snel besluiten over het verdeelprincipe, zullen de raden van bestuur dat voor hen doen. Dat is voor henzelf, noch voor de specialisten wenselijk.' Zullen alle staven de zaak op tijd geregeld hebben? De Jonge: 'Zeker niet allemaal.'

gynaecologie, met veel diensten, worden die patiëntgebonden dagdelen teruggebracht van negen naar acht. Andere maatschappen kunnen een verzoek indienen om het ook zo te mogen regelen.

Verdeling

Hoe gaat de verdeling binnen een maatschap in zijn werk? In Deventer is de rekensom simpel.

Iedereen maakt er deel uit van dezelfde stafmaatschap, dus het geld dat het collectief krijgt, wordt verdeeld over de 100 fte's (110 personen) die het ziekenhuis telt. In

Arnhem is dat iets lastiger.

Kallewaard: 'Volgend jaar gaan we alles uitbetalen naar de per specialisme vastgestelde norm-fte, met een nog af te spreken bandbreedte. Een fte heeft waarde 1 en is bijvoorbeeld 250

duizend euro waard. Met een

bandbreedte van 0,8 tot 1,2 kan een

specialist dan tussen de 2 en 3 ton verdienen.

Op grond van mijn productie zet ik misschien wel 6 ton om, maar daar kijken we niet meer

naar.' Binnen een maatschap middelen verschillen zich uit, voegt hij daaraan toe: 'Er zijn altijd maten die minder productie leveren, maar die doen bijvoorbeeld onderzoek of onderwijs en zijn vaak het reclameplaatje voor de afdeling.'

Opvallende verschillen

De modellen in Deventer en Arnhem mogen in de praktijk niet al te zeer van elkaar afwijken, in de gekozen organisatievorm ziet Kallewaard opvallende verschillen: 'Bij ons wil iedere maatschap graag zijn eigen winkeltje blijven runnen. Als een maatschap wil uitbreiden, is de reactie: "Dat is goed, maar je mag geen aanspraak maken op meer productie." Zit men in zo'n maatschap gemiddeld op 1 en er komt een collega bij, dan zakken de maten dus naar 0,9. Daar kiezen ze zelf voor, omdat zij bijvoorbeeld iets meer vrije tijd willen hebben of minder werkdruk. Maar als een vakgroep in Deventer wil uitbreiden, moet dat in de hele stafmaatschap worden besproken.' Hij verwacht ook dat een prikkel per maatschap het ziekenhuis uiteindelijk meer zal opleveren. Collega Geurts gelooft daar niets van: 'Juist omdat we in één maatschap zitten, hebben we er belang bij dat iedereen zijn best doet. Als er eentje maar wat aanklooit, gaat dat ten koste van mijn winst! In één maatschap kun je elkaar op zakelijke dingen keihard aanspreken. Dat doen we hier al elf jaar en het ziekenhuis vaart er wel bij.'

Desondanks geloven Geurts en Kallewaard allebei dat het voor geen enkel ziekenhuis makkelijker zal zijn om op korte termijn hun voorbeeld te volgen. Kallewaard: 'Een voorwaarde is dat je het in het huis goed op orde hebt, dat er een harmonieuze staf is en goede samenwerking met de raad van bestuur. Wij werken al een aantal jaren met deze structuur, er is onderlinge solidariteit, we doen niet aan interne concurrentie en als maatschappen het slecht hebben, regelen we onderling iets.' Geurts deelt zijn mening: 'Heb je het idee dat je allemaal hard wilt werken, een gelijk aantal uren wilt werken en daarnaar beloond wilt worden, dan is de stap naar ons model goed te maken. Maar over die zaken moet je het vooraf al met elkaar eens zijn.' Tegelijk relativeert hij de strengheid van het verdeelmodel: 'Het hoeft niet helemaal zwart op wit tot op de cijfers achter de komma te kloppen. Als er uiteindelijk maar een voorstel ligt waar de hele maatschap zich unaniem in kan herkennen.'

