

ZAKELIJKE BELANGEN VAN ZIEKENHUIS EN SPECIALISTEN BLIJVEN VERSCHILLEN

Zorg niet gebaat bij ‘medisch-specialistisch bedrijf’

Door zich in een apart ‘medisch-specialistisch bedrijf’ te organiseren, proberen vrijgevestigden een dienstverband met het ziekenhuis te ontlopen. Maar deze organisatievorm bedreigt de kwaliteit en de continuïteit van de ziekenhuiszorg.

Nu de invoering van de integrale bekostiging van de medisch-specialistische zorg een feit is en de effecten hiervan zich steeds duidelijker aftekenen, wordt de vraag met de dag actueler welk specifiek doel de overheid met deze maatregel heeft gehad.¹ Het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II was hierover eigenlijk niet duidelijk: ‘Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015 als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget’. Het zou duidelijk zijn geweest als de tekst had geluid: Met ingang van 2015 gaat het specialistenhonorarium een integraal onderdeel vormen van het ziekenhuisbudget.²

De commissie-Meurs verwoordt wat velen op dat moment als een logisch proces zien: ‘Verwacht mag worden dat een grote groep

specialisten zal overstappen naar een loondienstverband.’³ Nu, twee jaar later, waait er echter een geheel andere wind. Dat de Federatie Medisch Specialisten (FMS) alles in het werk heeft gesteld om een vrije keuze tussen vrij beroep en dienstverband veilig te stellen, heeft niemand verbaasd. Verrassend is wel dat dit streven zowel vanuit het kabinet de nodige steun heeft gekregen als vanuit de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Onder hoge tijdsdruk zijn nieuwe modellen voor de relatie tussen ziekenhuis en vrijgevestigde medisch specialisten ontwikkeld, waarvan de beide hoofdvormen ietwat verhullend ‘Samenwerkingsmodel’ en ‘Participatiemodel’ zijn genoemd. De belangrijkste eis aan deze modellen was dat ze het behoud van het fiscale ondernemerschap en daarmee van het vrije beroep moeten waarborgen.

Inmiddels is gebleken dat de meeste vrijgevestigde medisch specialisten niet voor het dienstverband kiezen, maar de overstap maken naar een eigenstandig ‘medisch-specialistisch bedrijf’. Blijft staan dat er geen aparte tariefregulering voor de honoraria van medisch specialisten meer bestaat en de macrokaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigde medisch specialisten zijn samengevoegd. Daarmee heeft de overheid opnieuw een complex besturingsvraagstuk bij de ziekenhuisbesturen op tafel gelegd zonder te voorzien in het benodigde bestuurlijke instrumentarium.⁴

De tijd zal leren welke prijs de samenleving gaat betalen voor dit uitblijven van fundamentele hervormingen in de ziekenhuissector?

Integrale bekostiging

De integrale bekostiging van het ziekenhuis is twintig jaar geleden door de commissie-Biesheuvel gepresenteerd als het sluitstuk van de voorgestane integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis: het ‘geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijf’ (GMSB).⁵ Vertrekpunt voor de vormgeving van dit bedrijf was dat ‘de ziekenhuisorganisatie en de daarin werkzame artsen, verpleegkundigen en het andere personeel gezamenlijk staan voor het verlenen van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg’. De honorering van de specialisten is in dit GMSB niet meer gerelateerd aan de hoeveelheid verrichtingen, maar aan de geleverde inzet. Passend bij het specifieke karakter

De overheid legt opnieuw een complex besturingsvraagstuk bij de ziekenhuisbesturen



GETTY IMAGES

van een professionele organisatie wordt het GMSB verregaand decentraal georganiseerd. Daarbij kent het GMSB een eenduidige leiding in de vorm van een raad van bestuur die 'de eindverantwoordelijkheid draagt, zowel intern als naar derden'. Twee decennia later is de realisatie van het GMSB echter verder weg dan ooit. Als de coalitiepartijen VVD en PvdA met de invoering van de integrale bekostiging van de medisch-specialistische zorg hebben beoogd om de integrale ziekenhuiszorg dichterbij te brengen, dan is het tegengestelde effect inmiddels vrijwel een feit.

Duurzame ziekenhuiszorg

In dezelfde tijdperiode heeft de Kwaliteitswet zorginstellingen bewezen een duurzaam karakter te hebben. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat deze 'verantwoorde zorg' biedt: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt'. Verantwoorde zorg is dus meer dan de optelsom van declarabele zorgproducten. In het visiedocument 'De Medisch Specialist 2015' laten de medisch specialisten zelf zien dat er in dit opzicht vernieuwingen wenselijk zijn.⁶ Zo kan de samenhang in de zorg worden bevorderd door een betere samenwerking met de eerste lijn, het samenwerken in netwerken en het herschikken van taken. Verder behoeft de zorg voor chronische patiënten met multimorbiditeit een betere regie, moeten patiënten zelf kunnen meebepalen wat in hun geval zinnig medisch handelen is en is er meer aandacht nodig voor de keuzes rond het levenseinde. Allemaal voorbeelden die meer tijd vragen van de medisch specialisten, zowel voor de communicatie met hun patiënten, als voor de afstemming met de andere disciplines die

belangrijke bijdragen leveren aan de betreffende zorgprocessen. Ik betwijfel of het traditionele verdienmodel van de vrijgevestigde medisch specialisten deze ontwikkeling ondersteunt. Het is waarschijnlijk geen toeval dat de medisch specialisten die veel tijd investeren in patiëntencontacten en interdisciplinaire samenwerking, zoals kinderartsen, klinisch geriaters en psychiaters, ook in de algemene ziekenhuizen meestal in dienstverband werkzaam zijn.

Traditioneel verdienmodel

De essentie van het traditionele verdienmodel van de vrijgevestigde medisch specialisten wordt treffend geïllustreerd door de manier waarop de FMS het begrip 'goodwill' heeft gedefinieerd: 'Het bedrag dat bij overname of toetreding wordt betaald voor de verwerving van een verwacht inkomensniveau'.

De commissie-Meurs heeft vastgesteld dat dit niveau (gemiddeld ruim 210.000 euro bruto in 2009) tot de Europese top behoort en anderhalf maal zo hoog ligt als dat van de specialisten in dienstverband (gemiddeld 140.000 euro bruto in 2009). Om het verwachte hoge inkomensniveau te realiseren zal de specialist-ondernemer het aantal declarabele zorgproducten willen maximaliseren en de kosten minimaliseren. Dit vereist allereerst dat er doelmatig wordt gewerkt: niet meer tijd aan een patiënt besteden dan strikt nodig is en zoveel mogelijk werk doorschuiven naar medewerkers die door het ziekenhuis worden bekostigd, waaronder de medisch specialisten in dienstverband. De kosten kunnen binnen de perken worden gehouden door deze zoveel mogelijk voor rekening van het ziekenhuis te laten komen. Het gelijkrichten van de zakelijke belangen van ziekenhuis en ondernemende specialisten

heeft dus zijn beperkingen. Vanuit de primaire doelstelling van het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming ligt het meer voor de hand om het gezamenlijke ondernemerschap te richten op het maximaliseren van de gezondheidswinst van degenen die op ziekenhuiszorg zijn aangewezen.⁴

Dit alles neemt niet weg dat de weerstand tegen het dienstverband op dit moment wel invoelbaar is. Dit alles neemt niet weg dat de weerstand tegen het dienstverband op dit moment wel invoelbaar is. Zo heeft de minister van binnenlandse zaken onlangs tegen alle adviezen in en ondanks het tegenstemmen van de coalitiepartner de tweede fase van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) door de Eerste Kamer gelooft en wordt met enig recht betwijfeld of het mogelijk is om de medisch specialisten definitief buiten de reikwijdte van deze wet te houden. Ten tweede zijn er geen garanties dat de middelen die geleidelijk zouden vrijkomen bij een korting op de inkomens van de vrijgevestigde medisch specialisten ook daadwerkelijk worden aangewend voor de instroom van extra specialistische menskracht en het moderniseren van de medisch-specialistische beroepsuitoefening. Dit is echter nog geen reden om nu vergaande onomkeerbare ingrepen in de ziekenhuisorganisaties te doen die een regelrechte bedreiging vormen voor de kwaliteit en continuïteit van de ziekenhuiszorg.

Samenwerkingsmodel

Kern van het 'Samenwerkingsmodel' is dat de vrijgevestigde medisch specialisten hun individuele toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis beëindigen en toetreden tot een collectief, het 'medisch-specialistisch bedrijf' (MSB), waaraan het ziekenhuis (een belangrijk deel van) de medisch-specialistische zorg uitbesteedt. Hieraan ligt een gedetailleerde overeenkomst ten grondslag waarin het accent ligt op de fiscale problemen. Binnen dit juridische raamwerk wordt het zorgaanbod tussen MSB en ziekenhuis afgestemd en worden jaarlijks productie- en prijs-

De specialist-ondernemer wil het aantal declarabele zorgproducten maximaliseren

POLYFARMACIE

In het kader van het zogenaamde polyfarmacieproject bespreek ik met de apotheker patiënten die meer dan zes geneesmiddelen gebruiken. Van de week bekeek ik de medicijnlijst van een fragiele 61-jarige vrouw met chronisch alcoholmisbruik en een rugzak vol onverwerkt verleden. Na veertig pakjesjaren heeft ze forse COPD ontwikkeld, waarvoor de longarts lang geleden drie puffjes en prednison voorschreef. Voor haar inoperabele, zeer pijnlijke etalagebenen kreeg ze van de vaatchirurg diclofenac en morfine. Haar TIA's leverden via de neuroloog protocollair ascal, dipyridamol en simvastatine op. De alcoholgeïnduceerde chronische pancreatitis is goed voor een scala aan medicijnen. Haar verdriet wordt door de psychiater bestreden met een slaapmiddel en antidepressiva. Vanwege de obstipatie door de morfine krijgt ze movicolon. De prednisongeïnduceerde lumbale fracturen zijn beantwoord met alendroninezuur, vitamine D en calciumtabletten. De diabetes door prednisongebruik genereert een tweemaaldaagsje en de omeprazol moet maagbloedingen voorkomen. De helft van haar 'geneesmiddelen' gebruikt ze om de bijwerkingen van de andere helft te bestrijden.

Wat te doen? Eerst de psychofarmaca en pijnmedicatie maar aanpakken? En dan de prednison, of ascal? Als mevrouw dat tenminste aandurft, en als de voorschrijvende specialisten niet boos worden omdat ik me met hun beleid bemoei. Specialist die, volstrekt te goeder trouw, elke klacht met een nieuw medicijn beantwoordt. Terwijl de huisarts, evenzeer te goeder trouw, de polyfarmacie aanpakt, omdat minder vaak beter is. En de farmaceutische industrie lacht. Wie werpt de eerste steen?

Jos van Bommel

Een ondergeschikte positie is voor medisch specialisten in dienstverband vanzelfsprekend geen optie

afspraken gemaakt. Het samenwerkingsmodel voorziet er verder in dat het MSB investeringen kan doen en medewerkers in dienst kan nemen, waaronder medisch specialisten in dienstverband. Ook hierover moeten afspraken met het ziekenhuisbestuur worden gemaakt. Uitgangspunt hierbij is dat het bestuur van het MSB voldoende mandaat heeft om al deze afspraken namens het collectief te maken.

Een belangrijk bezwaar tegen dit model is dat niet het gewenste integrale karakter van de patiëntenzorg bepalend is voor de organisatievorm, maar het behoud van het traditionele verdien-model van de vrijgevestigde specialisten. Daardoor ligt het accent vooral op de afstemming op bestuursniveau en niet op de decentrale samenwerking in de directe patiëntenzorg. Daarbij hebben de zorgprofessionals die voor het MSB werken andere informatiebronnen dan de zorgprofessionals die in dienst zijn van het ziekenhuis. Een ander bezwaar betreft de complexiteit en bewerkelijkheid van de gemaakte procedurele afspraken. Deze staan haaks op de noodzaak om slagvaardig, wendbaar en innovatief te zijn als ziekenhuis. Het grootste gevaar is echter dat het MSB stelselmatig een zodanig groot deel van de beschikbare financiële middelen opeist dat het functioneren van het ziekenhuis als geheel daaronder te lijden heeft en uiteindelijk de continuïteit van de organisatie in het geding is. Meer in het algemeen mag worden betwijfeld of het 'Samenwerkingsmodel' de zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om 'de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien, en zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidsverdeling, dat een en ander leidt of

redelijkerwijs moet leiden tot verantwoordende zorg', zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen voorschrijft.

In dienstverband

Een onbegrijpelijke weeffout in het samenwerkingsmodel is dat dit volstrekt voorbijgaat aan de plaats die de medisch specialisten in dienstverband zich inmiddels in de algemene ziekenhuizen hebben verworven. Een ondergeschikte positie binnen het MSB is voor deze groep vanzelfsprekend geen optie. Van een vrije keuzemogelijkheid voor het dienstverband is in de afgelopen maanden echter totaal geen sprake gebleken. Hierbij speelt een belangrijke rol dat veelal wordt vastgehouden aan de stelregel dat binnen eenzelfde specialisme geen vrijgevestigde specialisten en specialisten in dienstverband werkzaam kunnen zijn. De bekostiging van de medisch-specialistische zorg vormt daarvoor echter al langere tijd geen beletsel meer. Met het oog op de voorkeuren van jongere en toekomstige medisch specialisten is het van groot belang dat de keuze voor het dienstverband niet afhankelijk blijft van de keuzes van anderen. Alles overziende is er alle reden om met een wat bredere blik naar de bestuursvraagstukken en de toekomstige organisatievorm van het algemeen ziekenhuis te kijken. ■

contact

jhschaaf@home.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het Medisch Contact themanummer Medisch Specialist 2015, eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de referenties vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.