

Dé les uit failliete ziekenhuizen: begin op tijd met transitie

De ondergang van het MC Slotervaart was onafwendbaar, zegt bestuursadviseur Jan Willem Thissen. Te weinig gevoel voor de veranderende tijdgeest en onenigheid over de benodigde transitie deden zorgverzekeraars afhaken. Als andere ziekenhuizen hieruit geen lessen trekken, dan wacht hun eenzelfde lot.

Als adviseur van het medisch stafbestuur van het MC Slotervaart in de laatste vijf maanden van zijn bestaan, had ik van relatief dichtbij een inkijk in het faillissement en het proces eraan voorafgaand. Hieronder, zonder op specifieke details in te gaan, een aantal observaties die relevant kunnen zijn voor medisch specialisten en hun besturen. Evenals voor actuele transitiecasuïstiek zoals in de Haagse regio en het Noorden.

Medische staf en rvb waren het niet eens over wat voor soort ziekenhuis het moest worden

Diepgeworteld wantrouwen

Begin 2018 wilde de huisbankier van het MC Slotervaart geen krediet meer verlenen en dreigde het ziekenhuis in acute financiële nood te komen. Dit kon tijdelijk worden afgewend doordat de grootste

verzekeraar (Zilveren Kruis) bereid was voorschotbetalingen te doen.

Inkomsten en uitgaven waren al langere tijd niet in balans, maar er bleek meer aan de hand. Medische staf en raad van bestuur waren het niet eens over wat voor soort ziekenhuis het Slotervaart moest worden en er bestond een diepgeworteld wantrouwen tussen beide gremia. Ook beschikten medisch specialisten en afdelingshoofden over onvoldoende sturingsinformatie voor een goede bedrijfsvoering. Tot slot leefde bij de medische staf het beeld dat sommige leden van de raad van bestuur bezig waren met hun eigen belangen en niet voldoende met goede zorg en het oplossen van de bestaande bedrijfsproblemen.

In oktober 2018 verkeerde het ziekenhuis wederom in een acute financiële crisis. De afspraken over bevoorschotting van begin dat jaar liepen af en acute geldnood dreigde. De raad van bestuur kwam met een plan van aanpak, dat drie scenario's bevatte. Scenario 1 voorzag in surseance en ontmanteling van het Slotervaart, waarbij alle zorg verdeeld zou worden over de stadsregio. Scenario 2 ging uit van 'afschalen en herverdelen', waarbij 25 procent van de zorg (polikliniek, etc.) in het Slotervaart zou blijven. De resterende 75 procent zou verdeeld worden over andere ziekenhuizen in de stadsregio. Scenario 3 behelsde een 'netwerkmodel' waarbij het ziekenhuis zich zou beper-



MICHEL UTRECHT / HH

Bij sluiting kan een deel van medisch specialisten moeilijk weer aan het werk komen.

ken tot zorg waar men landelijk koploper in was (bariatrie, neurochirurgie, geriatrie, slaap-waakproblematiek en transgenderzorg). Zorg die niet noodzakelijk was voor deze vijf speerpunten zou het Slotervaart niet meer gaan verzorgen, maar zou door andere ziekenhuizen in het Slotervaart worden uitgevoerd (netwerk). Het stafbestuur stond met de rug tegen de muur en

kon gezien de acute financiële situatie op dat moment niet anders dan kiezen voor het netwerkmodel. Zo bleef relatief het meeste over van het ziekenhuis.

Criteria verzekeraars

In het overleg met Zilveren Kruis en andere verzekeraars over scenario 3 bleek dat zij bij hun beoordeling van de situatie een set van criteria hanteerden. Voor

hen was ‘juiste zorg op de juiste plaats’ hierbij het leidende principe.¹ Dat wil zeggen dat zorg die buiten het ziekenhuis kan plaatsvinden ook buiten het ziekenhuis wordt verleend. MC Slotervaart leverde (naast complexe zorg) vooral basiszorg. Deze zorg wilden de verzekeraars naar een lagere complexe setting verplaatsen, wat betekende dat zij het voorgestelde ‘netwerkmodel’ niet steunden. Ander criterium was het optimaal gebruik van ruimte en schaars zorgpersoneel. In Amsterdam bestond overcapaciteit aan ziekenhuizen en tekort aan personeel. Sluiting kon dus bijdragen aan optimaal gebruik van zowel ruimte als personeel. Daarnaast gold als criterium dat de totale kosten per verzekerde gelijk moesten blijven of lager worden. Verder werd gekeken naar ‘frictiekosten’ (kosten van de transitie) waarbij de totale kosten en baten (inclusief vastgoed) werden meegenomen. Tot slot lieten de verzekeraars op de veranderbaarheid en bereidheid van de organisatie (o.a. medici) om de beoogde transitie daadwerkelijk te

het Hoofdpijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, bij nog veel meer ziekenhuizen tot financiële problemen zullen leiden. BDO komt tot de conclusie dat verdere optimalisatie geen duurzame oplossing zal brengen en spreekt over de noodzaak van ‘een radicaal nieuw businessmodel’. Als de voorspelling van BDO uitkomt, dan zal het ‘burning platform’ zich uitstrekken naar veel ziekenhuizen die nu nog niet in de schijnwerpers staan. Verzekeraars zullen in meer ziekenhuizen gaan ingrijpen. En het is waarschijnlijk dat de criteria die zij bij het Slotervaart hanteerden in de toekomst een meer algemene toepassing zullen krijgen.

De casus Slotervaart en IJsselmeerziekenhuizen is om nog een andere reden leerzaam. Door veel belanghebbenden in deze ziekenhuizen werd de veranderende tijdgeest ‘onvoldoende’ begrepen. Men vertrouwde erop dat de ziekenhuizen de crisis zouden overleven met steun van verzekeraars. Net als vroeger. Dat bleek gezien de criteria van verzekeraars niet meer het geval.

Fundamentele veranderingen

Het is belangrijk dat medisch specialisten, stafbesturen, besturen van coöperaties en besturen van verenigingen van medisch specialisten in dienstverband (VMSD'en) zich realiseren dat ziekenhuizen aan de vooravond staan van fundamentele veranderingen. Het ziekenhuis in zijn huidige vorm – met aanbod van alle specialismen – heeft zijn langste tijd gehad. Het huidige brede aanbod van zorg is kosteninefficiënt en niet patiëntvriendelijk. De zorg van een aantal specialismen (oogheelkunde, orthopedie, kno, dermatologie, reumatologie, plastische chirurgie, en eenvoudige chirurgie zoals spataderen, aambeien en goedaardige huidgezwellen) kan buiten het ziekenhuis worden aangeboden. Het rapport van Twynstra Gudde ‘Productmarktafbakening Ziekenhuiszorg’ laat zien dat het gaat om ongeveer 28 procent van de dbc-zorgproducten en 14 procent van de omzet.³ Te verwachten valt dat het omarmen door overheid en verzekeraars van het thema ‘juiste zorg op de juiste plaats’ het proces van extramuralisering van zorg zal versnellen. Het lijkt een niet te stoppen ontwikkeling. Het is daarom geen luxe maar noodzaak dat (besturen van) medisch specialisten in ziekenhuizen zich grondig verdiepen in deze ontwikkeling en de gevolgen hiervan.

Tijdige transitie

Bij transitie zullen de belangen van ziekenhuis- (bestuurders) en medisch specialisten niet altijd parallel lopen. De kans bestaat dat raden van bestuur niet

Verzekeraars zullen in meer ziekenhuizen gaan ingrijpen

laten slagen. Ook op dit punt schoot het Slotervaart tekort; er was immers verdeeldheid en wantrouwen. Conclusie van de verzekeraars: het Slotervaart voldeed niet aan de criteria om open te blijven.

Tijdgeest

Directievoorzitter Georgette Fijneman van Zilveren Kruis schreef onlangs in Skipr Magazine dat belanghebbenden in de zorg pas bereid zijn tot ingrepen wanneer crisis hen daartoe dwingt. Om tot echte veranderingen te komen heb je volgens haar ‘een burning platform’ nodig, dat wil zeggen een gevoel van dwingende noodzaak, van grote urgentie. Op zich geen nieuw inzicht in de wereld van verandermanagement. Maar wel een uitspraak om rekening mee te houden. Zeker in het licht van het rapport ‘Benchmark ziekenhuizen 2018’ van adviesbureau BDO.² Dit rapport voorspelt een forse daling van de winstgevendheid van ziekenhuizen en laat zien dat verschuiving van de huidige ziekenhuiszorg naar extramuraal en beperkte groeiruimte ten gevolge van

bereid zullen zijn om tijdig diep in de eigen organisatie te snijden. Onder andere vanwege de weerstand die dit zal oproepen, het risico op conflicten, de mogelijke gevolgen voor de eigen positie en het verlies van inkomsten voor het ziekenhuis. Gaat het financieel mis, dan verliezen raden van bestuur zelden hun baan of vinden snel weer iets nieuws. Dat ligt anders voor medisch specialisten. Bij sluiting kan een deel van hen moeilijk weer aan het werk komen. Dat zien wij ook bij het Slotervaart. Bestuurders hadden zo weer een baan. Een deel van de medisch specialisten niet. Zij lopen dus het grootste risico wanneer een noodzakelijke transitie niet tijdig wordt ingezet en sluiting of faillissement volgt. Te lang vasthouden aan optimalisatie van bestaande bedrijfsstructuren en dus niet op tijd kiezen voor die transitie kan leiden tot ernstige financiële problemen. Afgaande op persberichten lijken Bronovo en Anthoniushove zich richting optimalisatie te bewegen. Daar zit, aldus ook het BDO-rapport, 'een valkuil', want optimalisatie is niet meer voldoende. Het Slotervaart laat zien dat medisch specialisten en hun besturen strategie en aanpak niet moeten overlaten aan de raad van bestuur en zich zelf grondig in de noodzaak van tijdige transitie en daarbij passende scenario's moeten verdiepen. In het Slotervaart lukte het om uiteenlopende redenen niet om tijdig en gezamenlijk een transitie vorm te geven. Door de financiële nood hadden ziekenhuis en medisch specialisten geen onderhandelingspositie meer en waren volledig aangewezen op de gunsten en het beleid van verzekeraars. Het rapport van BDO geeft een duidelijk signaal dat veel ziekenhuizen financiële problemen gaan tegenkomen. Het is dus nú tijd om actief over transitie na te denken en actie te ondernemen. De nieuwe realiteit is allang begonnen. ■

contact

jw@thissenpartners.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



ANNA VERHULST

is in opleiding tot internist in
Meander Medisch Centrum
Amersfoort

Tranen met tuiten

Een paar weken terug lanceerde de Radboud Universiteit een 'huilkamer' voor studenten met studiestress. Uit de reacties blijkt dat huilen in professionele sferen nog altijd een taboe is – ook in het ziekenhuis. In een poging dat taboe te doorbreken, hier enkele illustraties uit de praktijk.

De eerste keer dat ik hilde op mijn werk was uit onmacht: een jonge patiënt stierf binnen enkele minuten fulminant fecaal brakend onder mijn handen en er was niets dat ik kon doen om de uitkomst te veranderen.

Een ouder stel dat ik moest vertellen dat hij uitgezaaide alveeskliekkanker had, deed met hun liefdevolle reactie naar elkaar de tranen in mijn ogen springen.

Tweemaal barstte ik van pure woede in tranen uit toen ik telefonisch werd afgebluft door een medisch specialist uit een andere vakgroep.

En onlangs nog stapte ik een patiëntenkamer binnen om een familie te vertellen dat hun geliefde na een reanimatie onverwacht was overleden, om erachter te komen dat

onder de familieleden een bijzonder goede bekende van mij was. Dat was de eerste keer dat ik hilde waar patiënten of hun familie bij waren.

Elke keer dat ik mijn emoties op

EEN SPECIALE HUILKAMER LIJKT ME NIET NODIG

mijn werk uitte met tranen, was de reactie van collega's onverwacht attent. Een internist kwam in huis ter ondersteuning, met de blaffende specialisten sprak ik het een en ander face to face uit, een verpleegkundige gaf me spontaan een knuffel en een cardioloog bleef op zijn vrije avond langer in het ziekenhuis. Een speciale huilkamer in ziekenhuizen lijkt me dan ook helemaal niet nodig. Veel belangrijker is dat we als collega's elkaar blijven behandelen als mensen en niet als superhelden in witte jassen.