



DE TROSSEN LOS

Ziekenhuis en specialist moeten zich ontdoen van knellende afspraken

Een flexibelere organisatievorm zou het ziekhuis goed doen. Veerkracht om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen, meer efficiëntie en geen ruimte voor disfunctionerende specialisten. Tijd voor de product-marktcombinatie (PMC).

W.B. DE GREVE
M.J.P. SCHMIDT

Nog steeds is het ziekenhuis georganiseerd op basis van de indeling in disciplines. Een gewrichtsprobleem gaat naar de afdeling orthopedie. Hartklachten zijn voor cardiologie. En hoofdpijn is voor neurologie.

De neiging om zorgprocessen volgens deze indeling in monodisciplines te laten verlopen overheerst. Doorgaans geeft dat geen problemen. Echter, naarmate de zorg meer inzet van verschillende (monodisciplinaire) afdelingen vergt, wordt dat anders. Er moeten dan teamverbanden worden opgezet die niet binnen één van de bestaande afdelingen zijn te realiseren. Daarvoor is externe samenwerking nodig die niet wordt gehinderd door vaste structuren zoals maatschappen.

REMMEN

Ook het systeem waarbij specialisten voor het leven worden toegelaten door

het ziekenhuis en voor onbepaalde tijd zijn opgenomen in de hun passende maatschap, remt nieuwe ontwikkelingen af. Dat maakt het lastig om flexibele organisatievormen te introduceren die ontwikkelingen juist stimuleren. Flexibele organisatievormen zijn nodig voor de opzet van multidisciplinaire gesprekken, om lacunes die de reguliere zorg laat liggen, op te vullen, om extra- en intramurale zorg te kunnen integreren, of om innovatiemogelijkheden te creëren.

In sommige gevallen vereist een aandoening herstructurering van zorgprocessen, zoals bij CVA, diabetes en andere chronische ziekten, slaaponderzoek en Down-syndroom. Ook in het oncologisch centrum (mammapoli) en in het vaatcentrum zijn hiervan voorbeelden te vinden.

In andere gevallen noopt het verbeteren van de bedrijfsvoering (planning, efficiëntie, leiding en organisatie van het

aanbod van zorg) tot meer organisatorische flexibiliteit. Denk bijvoorbeeld aan gewrichtsvervangende heup- en knieoperaties, liesbreukoperaties en cataract-behandeling.

Initiatieven om de organisatie te flexibiliseren stuiten vaak op weerzin bij specialisten. Hun argumenten zijn niet altijd even steekhoudend, ook al zijn ze vaak wel te begrijpen. Bijvoorbeeld als een initiatief betekent dat het honorarium wegvalt of betaling daarvan zonder goede redenen naar elders wordt verplaatst.

GEEN ZIN

Maar het komt ook voor dat het nut van nieuwe vormen van samenwerking in twijfel wordt getrokken omdat specialisten er gewoon geen zin in hebben. Dat hoeft niet te worden geaccepteerd, zeker niet als het belangwekkende ontwikkelingen blokkeert. Er is dan immers geen instrument meer dat effectief dwang kan uitoefenen - ook niet binnen de maatschap. Geen meerderheid in de maatschap om een initiatief ruimte te geven: dat is ernstig, omdat daarmee feitelijk minderheden het medisch beleid bepalen. En dat kan een professionele organisatie als een ziekenhuis zich niet permitteren. Maar ook een individuele specialist die wil innoveren, wordt daarin vaak geremd door zijn eigen maatschap.

De eisen die de overheid, consumenten en zorgverzekeraars stellen aan beleidsbeslissingen zijn vaak zeer reëel en maatschappelijk relevant. Ziekenhuis en specialist zullen zich van hun knellende afspraken moeten ontdoen: de trossen los om hergroepering mogelijk te maken. Wat de toelating door het ziekenhuis en de opname in een maatschap betreft dus geen contracten meer voor het leven.

VRAAG EN AANBOD

De bestaande indeling in disciplines is niet langer bruikbaar en dient te worden ingeruild tegen een oriëntatie op de zorgprocessen. Het gaat erom de zorgprocessen te bezien vanuit de patiënt en diens aandoening. Deze kunnen worden beschreven in termen van patiëntendoelgroep, omvang van de vraag, kwaliteit, samenwerking en prijs. Het geheel van afspraken over deze onderwerpen levert bepaalde product-marktcombinaties (PMC's) op.

Kern van dit begrip is vraag en aanbod in directe samenhang met elkaar

te brengen. Zonder vraag geen aanbod en andersom. Specialisten zullen zich richten op werkplekken met kansen op bundeling van kennis en innovatie. En patiënten zullen hun weg vinden naar zorg van kwaliteit op maat.

Specialisten kunnen deel uitmaken van verschillende PMC's, net als zorgverleners uit de eerste lijn. Het gaat er steeds om bijdragen van deelnemers zo te combineren, dat een evenwichtige prijs-kwaliteitcombinatie ontstaat. Waar men uitkomt op traditionele bundelingen, zoals de afdeling interne of de vakgroep orthopedie, komen deze begrippen overeen met het begrip PMC. Het verschil is wel dat elke PMC voor bepaalde tijd in het leven wordt geroepen. Er moet dus periodiek 'bewijs' worden geleverd dat het bestaan of het stichten van een PMC zinrijk is. Die druk ervaren de maten in de huidige maatschappen niet of nauwelijks.

AANBESTEDING

De specialisten melden zich bij het ziekenhuis met voorstellen voor PMC's waarin markt, producten en kosten zijn opgenomen. Maar ook de directie zal vanuit de eigen verantwoordelijk-

bij de start maar vooral ook om aan onvoorziene ontwikkelingen financieel het hoofd te bieden. De geldstromen zijn van groot belang voor het instandhouden van de zo begeerde flexibiliteit.

VERFRISSING

Werken met PMC's als hier beschreven, kent vele voordelen. Het ziekenhuis kan veel veerkrachtiger op nieuwe ontwikkelingen inspelen. De efficiëntie in de bedrijfsvoering neemt toe. De sturing op kwaliteit wordt scherper. Door het aanbestedingsmechanisme worden disfunctionerende specialisten geruisloos geweerd. Aan succesvolle inschrijvers wordt werk gegund. Dit positieve selectiesysteem zegeviert boven de loyaliteitsverklaringen door dik en dun.

De vrije PMC-vorming geeft specialisten ruim baan om een (nieuwe) werkplek te kiezen. Indien in het huidige systeem een specialist van werkplek wil wisselen, staat dat te boek als het verlaten van collega's met wie het niet botert. Het voorgestelde regime boekt wisselingen van werkplek als gekozen verfrissing die zowel de zorg als de specialist zelf ten goede komt. Daarmee rekent het af met de slechte gewoonte om levenslang

Levenslang op één werkplek is hoogst ongezond

heid voorstellen doen, alleen niet aan een bestaande maatschap als zodanig. Essentieel is immers dat de PMC's gekwalificeerde zorg levert. Om het beste voorstel te krijgen, is een openbare aanbesteding aangewezen. Daaraan kan in principe iedere specialist, van binnen of buiten het ziekenhuis, deelnemen. Een specialist kan individueel een PMC aanbieden. Maar hij kan ook deelnemen aan een PMC via andere inschrijvende partijen (specialisten).

Het medisch beleid in het ziekenhuis weerspiegelt aldus in het palet van PMC's, dat regelmatig wordt bijgesteld. Voor iedere PMC onderhandelen aanbesteder (directie) en inschrijvers (specialisten) periodiek. De DBC (diagnose-behandeling-combinaties), waarin overeenkomsten met verzekeraars worden gesloten, maakt deel uit van de PMC.

De DBC-vorming die thans gaande is, kan een belangrijk instrument zijn om de PMC's te helpen opzetten. Niet alleen

maar één werkplek te leren kennen. Dat is hoogst ongezond en bedreigt de professionaliteit van zorgverleners.

Ook vanuit een PMC kunnen specialisten samenwerkingsverbanden aangaan met andere vakgenoten en andere instellingen. Dat draagt bij aan een flexibeler beleidsvoering. Daarin kunnen tevens aanvullende financiële zekerheden worden verkregen.

Er zijn echter ook nadelen. De specialisten zullen de plannen in eerste instantie zien als beroving van vrijheid. Hun toekomst wordt onzeker, omdat er geen garanties meer zijn. Althans niet anders dan passend binnen afspraken van de PMC's waarvan zij deel uitmaken. Met name de financiële onzekerheid vormt - voor de minder gekwalificeerde specialist - een gevoelige factor.

WEERSTAND

Een zo fundamentele verandering als PMC-vorming vergt een gefaseerde >>

<< aanpak. Essentiële momenten daarin zijn:

- PMC-vorming afkondigen als beleidsraam;
- toelating omzetten in PMC-contracten voor bepaalde duur;
- erkenning van de maatschap als ziekenhuisorgaan beëindigen;
- maatschappen omzetten in PMC's bestaande uit huidig toegelaten specialisten;
- nieuwe PMC's opstellen;
- DBC-ontwikkeling afstemmen op de PMC-initiatieven;
- vierjarenplan maken waarbinnen de operatie moet worden voltooid;
- beleidskader vaststellen voor de situatie van de medische staf;
- ziekenhuis neemt goodwill over.

Bij de specialist, gewend aan veel zekerheid, zal de overgang naar de nieuwe situatie weerstanden oproepen. De innovatief ingestelde specialist zal de nieuwe situatie juist als ontplooiingsruimte beleven. Het is deze laatste categorie waarvan de opstelling bepalend is. Als deze categorie van specialisten vrouwen stelt in de PMC's, kunnen de autoriteiten daarop hun beleid enten.

De gehele aanvaarding zal langzaam verlopen. Des te meer reden om deze discussies zo spoedig mogelijk

Ooit zullen directies de maatschap niet meer erkennen

te laten aanvangen. De voordelen zijn immers immens groot, ook voor het hele bestel van de gezondheidszorg. In dat verband komt het goed uit dat de invoering van DBC's vereist dat specialisten voor bepaalde tijd worden gecontracteerd.

AANSPRAKELIJK

De voorgestelde wetgeving over de maatschapsvorm impliceert dat iedere maat daarin per 1 januari 2007 hoofdelijk aansprakelijk zal zijn. Dat is voor de maten geen aantrekkelijk idee. Een gehele overgang naar de BV-vorm valt te verwachten, aangezien een specialist binnen de BV zijn aansprakelijkheid kan beperken door het aantal aandelen dat hij in

SAMENVATTING

- *De organisatie van het ziekenhuis naar medische disciplines is logisch, maar ook star, als de zorg niet binnen eenzelfde afdeling of discipline kan worden gerealiseerd.*
- *Het ziekenhuis zou er beter aan doen de behoeften aan zorg te vertalen in product-marktcombinaties (PMC's), die aangegeven op welke manier welke zorg kan worden geleverd, voor hoe lang, door wie en tegen welke prijs.*
- *Specialisten van binnen en buiten het ziekenhuis kunnen zo'n PMC ontwerpen en aanbieden aan de directie van een ziekenhuis. Deze nodigt (PMC-)combinaties van specialisten uit om bij openbare aanbesteding in te schrijven. Iedere PMC heeft een bepaalde levensduur van, bijvoorbeeld, vier jaar.*
- *Daarmee is de toelating van een specialist niet langer nodig. Ook de maatschap is niet langer bruikbaar. PMC's maken flexibeler inzetten van zorgfuncties mogelijk en zijn - waar nodig - steeds wisselend van inhoud.*

MC-artikelen over de ziekenhuis-organisatie vindt u via onze website www.medischcontact.nl/dezeweek.



bezit verkrijgt. Vaak wordt beweerd dat genoemde wetswijziging reeds dwingt tot overgang naar de BV-vorm. Dat is niet juist: de huidige maatschap kan intact blijven.

Er zal echter wel een moment komen dat de directie deze vorm binnen het ziekenhuis niet langer erkent. Daar zijn goede redenen voor. Voor de staf geldt dat het zaak is de zeilen bij te zetten naar de toekomst die eind dit jaar zal bestaan. ■

dr. W.B. de Greve,
managementconsultant, Wassenaar

drs. M.J.P. Schmidt,
voorzitter Raad van Bestuur, Streekiekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk

Correspondentieadres: degreve@degreve.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

VELDWERK

Glossy



Pas geleden zat bij mijn post een mooie brochure. Mijn aandacht werd getrokken door paginagrote foto's van enkele mij bekende bestuurders uit het psychiatriewereldje die breed glimlachend de hun afgenomen interviews opsierden. Een thema, samenhang of boodschap kon ik in deze verhalen echter niet ontwaren. Wie het blaadje uitgaf evenmin. Mijn goedgeinformeerde collega, GGZ-directeur Höppener, kon uitsluitel geven. De glossy wordt uitgegeven door een franchiseorganisatie, Mentaal Beter geheten, waar vrijgevestigde psychiaters en psychologen zich bij kunnen aansluiten. Met als doel de krachten te bundelen om beter te kunnen onderhandelen met de ziektekostenverzekeraars. Want daar komt het nu op aan, denken we.

Van de psychiater in zijn vrije praktijk tot de directeuren van de grote GGZ-instellingen, iedereen maakt zich op voor deze nieuwe situatie waarin psychiatrische zorg een product is, met een bijbehorende prijs en kwaliteit. Decennia lang heeft de psychiatrie kunnen schuilen onder de lemen vleugels van de AWBZ, veilig in de luwte van de communistische afsprakensystematiek waar ieder initiatief tot verandering door de zorgkantoren met stalinistische efficiëntie werd gesmoord. Innovatie in de psychiatrie is jarenlang geblokkeerd door een systeem dat, zo is gebleken, even slecht kan berekenen hoeveel tractors een land nodig heeft als het aantal mensen dat zorg behoeft.

Of de liberalisering van de GGZ zal leiden tot betere, betaalbare en meer toegankelijke zorg, moeten we afwachten. Maar de eerste winst is al te ontwaren. Wat onwennig misschien, zoals blijkt uit de mooie doch afzenderloze glossy, maar toch: de eerste initiatieven in de GGZ worden geboren. Het werd wel tijd. De muur is tenslotte al bijna twintig jaar geleden gevallen. ■

René Kahn

de psychiater