

SAMEN DE MARKT OP

*Specialisten en Raad van Bestuur bepalen gezamenlijk
het ziekenhuisprofiel*

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Het lumpsumtijdperk is ten einde, concurrentie op DBC's is de nieuwe werkelijkheid. Medisch specialisten en ziekenhuizen moeten nu in goede onderlinge verhoudingen nieuwe marktgerichte samenwerkingsverbanden ontwikkelen. Dat kan door zowel intern als extern coalities aan te gaan.

Tot 1995 vond de honorering van specialisten plaats op basis van declaraties van verrichtingen tegen CTG-tarieven. Voortdurende overschrijding van budgetten leidde in 1989 tot het vijfpartijenakkoord tussen ziekenhuizen (NZR), verzekeraars (VNZ, KLOZ, KPZ) en medisch specialisten (LSV), met jaarlijks tariefskortingen door de overheid als gevolg.

Vanuit het veld kwamen voorstellen voor een beheerste groei van de productie en het collectieve honorarium per ziekenhuis (de zogenaamde lumpsum). Achterliggend idee was om zo vrijwaring van verdere tariefskortingen zeker te

het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB). Een en ander leidde in de meeste ziekenhuizen tot de oprichting van twee formele organisatievormen van de medische staf: een Vereniging Medische Staf voor het medisch-inhoudelijke beleid en een Stafmaatschap (of een vergelijkbare vorm) van vrijgevestigd specialisten voor het financieel beleid - met name de verdeling van de honorariumlumpsum. In veel ziekenhuizen werd in deze collectieven besluitvorming door gemandateerde vertegenwoordigers van maatschappen in 'kernstaven' ingevoerd.

De gemeenschappelijke financiering werkte als een krachtige stimulans voor onderling overleg tussen specialisten. Niet in alle ziekenhuizen leidde dit ook tot beleidsmatige verbeteringen, vooral als er tussen de specialisten onder-

onderbouwde uurtarief. Concurrentie als doelmatigheidsinstrument is uitdagend en stimulerend. Het brengt echter ook risico's met zich mee, zoals niet medisch-inhoudelijke eindpunten (prijs en PR) en de kans op obstructie van inhoudelijk wenselijke samenwerking.

Het DBC-systeem heeft een aantal potentieel centrifugale effecten in zich. Zo hebben de maatschappen direct belang bij DBC-prijsstelling door het ziekenhuis, is een lichte casemix lonend (zelfstandige behandelcentra!) en beperkt het systeem de mogelijkheden om budgetten intern te herverdelen. Bovendien is nog onduidelijk wie er met de verzekeraars gaat onderhandelen. Bij elkaar kunnen deze ontwikkelingen binnen medische staven gemakkelijk tot spanningen leiden. Er zullen ongetwijfeld meer bilaterale overleggen tussen maatschappen en Raden van Bestuur plaatsvinden, waarbij frictie kan ontstaan over activiteiten buiten het ziekenhuis.

Tegelijkertijd worden ondersteunende specialismen afhankelijk van de DBC-registratie van poortspecialismen. Ook kan discussie ontstaan over de toerekening van kosten, waarbij het risico bestaat dat niet-patiëntgebonden werk een sluitpost wordt. Bij dit alles komt de bufferende rol van de Stafmaatschap - of welk collectief dan ook - onder druk te staan.

VEILIGHEIDSKLEP

In de functiegerichte budgetsystematiek (FB) had een grote regionale zorgverzekeraar de voorttrekkersrol bij de onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraars. Dit impliceerde een strategische medeverantwoordelijkheid van die zorgverzekeraar voor het regionale zorgbeleid. In de nieuwe marktsituatie zullen concurrerende verzekeraars meer en meer oog hebben voor het financiële kortetermijnresultaat, met prestatie-indicatoren als veiligheidsklep.

Verzekeraars hebben belang bij goed contact met gereputeerde ziekenhuizen, maar zijn daarmee niet automatisch medeverantwoordelijk voor het lange-termijnbeleid van GMSB's.

De (ideaal-)doelstelling van het GMSB is het op korte en lange termijn leveren van de beste patiëntenzorg tegen adequate financiering. Daarbij is het professionele ethos leidend en moet de continuïteit worden gewaarborgd in een veranderende omgeving. Deze zorginhoudelijk gedreven strategie lijkt de >>

Huidige ontwikkelingen kunnen tot spanningen leiden binnen de medische staven

stellen. De overheid stemde in met deze zogenoemde 'lokale initiatieven modernisering curatieve zorg', omdat hiermee een tussenmodel werd geboden op weg naar de beoogde financiering en honorering op basis van productypering. Dit tussenmodel stimuleerde de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis en er ontstond daarmee voor ziekenhuis en specialisten een gelijksoortige budgetsystematiek. Binnen deze lumpsumsystematiek werden specialisten onderling afhankelijk voor de groei van hun honorariumbudget.

COLLECTIEVEN

Aanvankelijk waren de regels voor de verdeling van het honorariumbudget eenvoudig. De lumpsumsystematiek is echter langer doorgezet dan oorspronkelijk de bedoeling was. Om ontstane wachtlijsten te bestrijden, voerde de overheid in de loop der jaren diverse vormen van nacalculatie door. Gevolg was dat er geen eenvoudig recept meer was voor de interne verdeling van de lumpsum en de toegestane groei, waardoor binnen medische staven de kans op onenigheid hierover toenam. Tegelijkertijd ontstond bij de staven de behoefte om medisch-inhoudelijke en financiële discussies te scheiden.

Daarnaast kondigde de overheid nieuwe regelgeving af in het kader van

ling een te grote vrijblijvendheid bleef bestaan en het niet tot samenhangend beleid met algemeen gesteunde financiële prikkels kwam.

In ziekenhuizen die deze ontwikkelingen wél met succes doorvoerden, droegen ze bij aan de slagkracht van de medische staf, die hierdoor gaandeweg ook een constructievere relatie met de Raad van Bestuur (RvB) kreeg. Zo bleek het mogelijk om als GMSB een actief en coherent beleid te voeren, onder meer met een uitbreiding van vakinhoudelijke speerpunten en subspecialisaties en de introductie van multidisciplinaire intensivistenteams, en werd de positie ten opzichte van de verzekeraars versterkt.

CONCURRENTIE

Het huidige zorgstelsel beoogt meer marktwerking, minder overheidscontrole en geeft concurrerende verzekeraars een regierol. De contracteerplicht is opgeheven en aanbieders zijn daardoor gedwongen tot meer doelmatigheid. Prestatie-indicatoren worden daarbij gebruikt voor het borgen van kwaliteit.

De nieuwe financiering betekent voor ziekenhuizen onder andere concurrentie op DBC-prijzen, terwijl voor medisch specialisten (vooralsnog) vaste DBC-prijzen gelden. Daarbij zal een herijking van inkomens plaatsvinden op basis van het landelijk vastgestelde

<< beste garantie voor versterking van de marktpositie op de lange termijn.

Binnen het nieuwe zorgstelsel kunnen de doelstellingen van verzekeraars en ziekenhuizen dus aanzienlijk uiteenlopen.

PATIËNTENZORG

Ondertussen gaan de medisch-inhoudelijke ontwikkelingen voort: diagnostische mogelijkheden in beeldvorming en moleculaire diagnostiek maken een snelle groei door en er komen steeds meer dure en superspecialistische therapeutische opties. Door de vergrijzing en de langere overleving van patiënten met een ernstige aandoening is er ook steeds vaker sprake van uitgebreide comorbiditeit. Daarnaast wordt de patiënt steeds mondiger, wat zich uit in eisen op het gebied van kwaliteit, logistiek en service.

De effecten van de veranderende financieringssystematiek en de ontwikkelingen in de patiëntenzorg maken een bezinning op de verworvenheden van de specialistencollectieven nodig.

Medisch-inhoudelijke ontwikkelingen leiden tot een steeds sterkere onderlinge afhankelijkheid van medisch specialisten. Voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen chirurgen, oncologen, ondersteunende specialisten en multidisciplinaire pijnbestrijding bij kankerpatiënten of die tussen internisten, neurologen, vaatchirurgen en revali-

van lokaal gegroeide waardevolle vormen in specialistische zorg.

In ziekenhuizen waar in de tijd van de lumpsumsystematiek een goede relatie tussen de medische staf en de RvB is totstandgekomen, biedt co-makingship, het gelijkwaardig aansturen door deze partijen van het GMSB, ook in het DBC-tijdperk mogelijkheden. Een duidelijk perspectief voor de betrokkenheid van collectieven bij de aansturing van ziekenhuisorganisaties ligt in het gemeenschappelijk ondernemerschap van medisch specialist en ziekenhuis.

ONDERNEMINGSZIN

Overheid en politiek staan nog wantrouwend tegenover de ondernemende medisch specialist. Het overheidsbeleid van de afgelopen twintig jaar lijkt er dan ook op gericht om die ondernemingszin in te kapselen. Daarmee geeft de overheid blijk weinig besef te hebben van het essentiële belang van ondernemingszin van medisch specialisten voor de vitaliteit en vernieuwingsgezindheid van ziekenhuisorganisaties.

Voor de patiënt die het ziekenhuis bezoekt, is de behandelend arts het eerste aanspreekpunt.

Overleg tussen verzekeraars en ziekenhuis blijkt in de praktijk tot betere resultaten te leiden als medisch specialisten daarin participeren. Ook is het voor de positie van ziekenhuis en specialisten van belang om als één geheel naar buiten

goede interne organisatie en duidelijke mandatering. Mede door de aanstaande veranderingen in het vennootschaprecht komt daar de vraag bij of de organisatievorm van de maatschap moet worden aangepast (bijvoorbeeld tot een BV of openbare vennootschap met rechtspersoonlijkheid, OVR). Overigens worstelen ook vrije beroepsbeoefenaren buiten de gezondheidszorg, zoals advocaten en accountants, met deze vraag.

KIEZEN

In het nieuwe zorgstelsel moeten medisch specialisten en ziekenhuis gezamenlijk inspelen op de zorgmarkt. Dat kan door het differentiëren van het ziekenhuisaanbod (electieve centra, gespecialiseerde poliklinieken en OK's, acute zorg) en door samenwerkingsverbanden en concentraties te organiseren. Per ziekenhuis moet een profielkeuze worden gemaakt. In dat licht is het belangrijk dat ziekenhuisbesturen ruimte openhouden voor goede en sterke regionale samenwerking, zeker als op onderdelen de concurrentie tussen regionale ziekenhuizen alleen maar toeneemt.

Ondernemen is kiezen, waarbij zowel interne als externe coalities de kans van slagen bepalen en een goede beloning essentieel is. Dat laatste kan in de vorm van eigenaarschap en/of participatie door specialisten, of in de vorm van prestatiebeloning. Binnen een onderneming is onderscheid te maken tussen het ziekenhuis als geheel voor kernfuncties en decentrale 'ondernemingsunits' voor doelgroepen. Daarbij kennen participatie en eigenaarschap variaties in uitvoering, maar zal er altijd een interne borging van medisch-inhoudelijke kwaliteit en onderlinge afstemming moeten zijn.

FLEXIBILITEIT

Een andere mogelijkheid is één overkoepelende organisatievorm voor het hele ziekenhuis met voldoende interne flexibiliteit om daarbinnen verschillende varianten mogelijk te maken. Om gezamenlijk te ondernemen, moeten ziekenhuis en specialisten oog hebben voor elkaars belangen. Daarbij is het belangrijk om binnen de stafmaatschap de huidige budgettaire bewegingsvrijheid te behouden. Dat maakt het namelijk mogelijk om de kwetsbaarheid van afzonderlijke maatschappen te verminderen en om wenselijke financiële prikkels te bieden.

Overheid en politiek staan nog wantrouwend tegenover de ondernemende medisch specialist

datieartsen bij diabetici. En met een toenemend aantal subspecialisaties groeit ook het belang van goede samenwerking tussen ziekenhuizen. De noodzaak van vakinhoudelijke samenwerking, goede logistieke afstemming, efficiënte bedrijfsvoering en kwaliteitsborging van de keten maken goed interdisciplinair overleg binnen het GMSB steeds belangrijker.

Tegelijkertijd maken de eerdergenoemde verschillen in doelstellingen tussen verzekeraars en GMSB's intern budgettair beleid onverminderd noodzakelijk. Alleen op die manier behoudt het GMSB de mogelijkheid onafhankelijk beleid te ontwikkelen, bijvoorbeeld op het gebied van innovatie en bestendinging

te treden. RvB en medische staf zouden er dan ook goed aan doen om samen te ondernemen, met oog voor ieders eigen toegevoegde waarde.

Marktwerking in de zorg stelt hoge eisen aan de visie en het verantwoordelijkheidsgevoel van specialistencollectieven. Om slagvaardig te zijn, moeten zij hun organisatie en bestuurlijke vaardigheden verbeteren en komen tot een zakelijker verhouding tussen professionals onderling, en tussen professionals en ziekenhuis.

Daarnaast wordt de maatschap belangrijker als ondernemende eenheid en zal steeds vaker aanspreekpunt zijn voor ziekenhuis en stafcollectief. Om die reden moet worden gewerkt aan een

Ontwikkelingen in de patiëntenzorg maken goede samenwerking binnen het GMSB steeds belangrijker. Er moet worden voorkomen dat patiënten met complexe gezondheidsproblemen tussen wal en schip vallen omdat behandelende partijen vooral oog hebben voor hun afzonderlijke belangen. Ook in een concurrentietijdperk is het daarom van belang om zowel intern als extern coalities te blijven vormen met duidelijke zakelijke verhoudingen.

Het hebben van een specialistencollectief betekent niet dat er geen andere modellen en vormen van ondernemerschap bestaan, maar wel dat hierover in gezamenlijkheid (strategische) keuzen worden gemaakt. Zowel de medisch specialisten onderling als medisch specialisten en de RvB hebben belang bij nieuwe vormen van gezamenlijk ondernemerschap. Ook in de huidige nieuwe zakelijkheid staat samenwerking voorop, vanuit een welbegrepen eigenbelang voor het leveren van goede integrale zorg, ook op de lange termijn.

Ziekenhuizen die het slagvaardigst zijn in het vormgeven van deze samenwerking staan het sterkst in de marktgerichte organisatie van de gezondheidszorg. ■

dr. M. Tersmette,
arts-microbioloog, voorzitter Stafmaatschap, Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

drs. M.M. van Dongen-Schmetz,
voorheen beleidsadviseur RvB en medische staf Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, thans manager Medical School Twente, Medisch Spectrum Twente, Enschede

dr. M. Bijl,
cardioloog, coöperatievoorzitter Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

drs. F.M. van Bemmelen,
arts, medisch directeur Hofpoort Ziekenhuis, Woerden

drs. A. Jonkman,
arts, voorheen directeur van het Deventer Ziekenhuis, thans ondernemer/consultant, De Praktijk B.V.

Correspondentieadres: m.tersmette@Antonius.net;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

SAMENVATTING

- De introductie van de lumpsumsystematiek in 1995 maakte overleg over de verdeling van het budget binnen de medische staf noodzakelijk.
- Dit leidde tot een formele organisatie, zoals in stafmaatschappen met gemandateerde vertegenwoordiging, en in sommige ziekenhuizen tot een stafbreed gedragen budgettair beleid. Deze ontwikkeling bevorderde het co-makershipmodel van RvB en medische staf.
- De introductie van marktwerking en de DBC-systematiek zet deze vorm van samenwerking onder druk.
- Op strategische gronden doen RvB en medische staf er verstandig aan hun samenwerking op een zakelijke manier uit te bouwen om kansen die de markt biedt optimaal te benutten.

Schrijf ons over uw ervaringen met

VERSLAAFDE PATIËNTEN

Vlak na de zomer komen wij met een special over verslaving. Naast alle artikelen over wat verslaving is en wat eraan is te doen, mogen ervaringen van artsen niet ontbreken. En dus vragen wij opnieuw om uw aller medewerking.

Hoe gaat u met verslaafde patiënten om? En zij met u? Voor welke vragen of dilemma's ziet u zich gesteld? Of verloopt het contact met verslaafden net als met andere patiënten?

Klim in de pen en zet úw ervaring met verslaafde patiënten op papier. Iemand met een onwaarschijnlijke verslaving, een spreekuurcontact dat u niet snel vergeet, dagelijkse ontmoetingen met groepen verslaafden: u mag over alles schrijven, graag zo beeldend mogelijk.

Stuur uw bijdrage (maximaal 400 woorden) uiterlijk 10 augustus naar redactie@medischcontact.nl.

Wij behouden ons het recht voor om bijdragen te redigeren en zo nodig in te korten.



BEELD: PHOTOS.COM