

VASTGESTELD UURLOON VOLDOET NIET

Overeenkomst over specialistenhonoraria is discutabel dossier



Woensdag bespreken de leden van de Orde van Medisch Specialisten het akkoord over het bruto-uurloon: 132,50 euro, plus of min zes euro als bandbreedte, met vijftig cent extra voor kwaliteitsbeleid. Dat schept duidelijkheid. Of toch niet?

JAN GROENEVELD

Begin dit jaar heeft de toenmalige minister van VWS, Hoogervorst, de knoop doorgehakt. Voor mij ligt de Gezamenlijke verklaring VWS en Orde van Medisch Specialisten van 17 januari 2007. Ook NRC Handelsblad van die dag vermeldt op de voorpagina een historische overeenkomst tussen VWS en de Orde.

Al jaren wordt gesteggeld over dit onderwerp. In afwachting van helderheid, billijkheid en redelijkheid betreffende de specialistenhonoraria verschenen in het verleden ontelbare artikelen, soms met een relativerende boodschap, soms cynisch van karakter.

Uiteindelijk gaat het om de verdeling van circa 1,5 miljard euro aan honorariumbudget voor specialistische zorg op basis van het DBC klokminutenbeslag. Maar wat is er nu eigenlijk bereikt? Misschien is er rust aan het tarieven-

BEELD: ALAMY

front, duidelijkheid en een eerlijke verdeling van het honorariumbudget op uurbasis - de harmonisatie van specialisteninkomens. Het antwoord is helaas 'nee'. De echte problemen zullen nu pas beginnen.

KUNSTMATIG

Vanaf 1995 vond honorering plaats volgens het zogenaamde lokale initiatiefmodel. Dat hield in dat iedere specialist werd gehonoreerd op basis van omzetten uit het verleden. Men kreeg een lumpsum, ofwel een aanneemsom, waarbij werd gelet op een constante productie.

De omzetten waarop de lumpsum werd gebaseerd, stamden nog uit de tijd dat er particuliere tarieven golden. En zo genoten specialisten die in delen van het land woonden met een hoog percentage particuliere patiënten een veel hogere omzet dan hun vakbroeders elders.

Pas in 1997 werden de specialistentarieven voor fonds- en particu-

De huidige specialisten omzetten herbergen op historische basis een grove onrechtvaardigheid in zich en zijn kunstmatig in stand gehouden door de lumpsumconstructie van de lokale initiatieven vanaf 1995. Voorlopers waren de 'lokale experimenten specialistenhonoraria' in Alkmaar, Bergen op Zoom en Emmen.

Per 2008 zijn de lumpsummen echter exit. Dan wordt verder geborduurd op de bekende DBC's, waarin per diagnose een tijdsduur in klokminuten is vastgelegd, voor het honorarium voor de medisch specialist. Nu het uurloon is vastgesteld, is ook de omzet te bepalen.

JURISTEN

Het overeengekomen uurloon is 10 procent lager dan in de huidige situatie. Dat is vervelend, maar niet onoverkomelijk. Van groter belang is de vraag wat een declarabel uur nu feitelijk is. En hoeveel uren één fte medisch specialist op jaarbasis kan declareren. Als het macrobudget van circa 1,5 miljard euro daarbij een

sprake van een verdeelprobleem binnen de instelling.

PLAFOND

Ook de praktijkkosten komen niet aan bod in de gezamenlijke verklaring van het ministerie van VWS en de Orde van Medisch Specialisten. En dat geeft een probleem. Deze kosten verschillen namelijk enorm per specialisme. Daardoor kunnen ze eenvoudigweg niet in het uurtarief worden verdisconteerd. Zou dat wel zo zijn, dan ontstaan er weer enorme verschillen tussen de specialismen wat betreft de winst uit onderneming. De vraag is dus wie de praktijkkosten betaalt en hoe de relatie is tussen die kosten en het aantal geproduceerde DBC's per fte of maatschap. Niet eenvoudig allemaal.

Interessant is tevens punt vijf van de gezamenlijke verklaring. Daaruit wordt duidelijk dat bij onder- of overschrijding van het prijsplafond (dus toch!) het ziekenhuis verantwoordelijk is. Het ziekenhuis is als het ware het verrekenkantoor voor de medisch specialisten. Daar ligt dus de zwartepiet, toegespeeld door een terugtrekkende overheid. De NZa zal natuurlijk alleen de uitgaven toetsen aan het macrobudget specialistenhonoraria, het verdeelprobleem ligt bij de instelling (het ziekenhuis). Dit is, gezien de huidige grote inkomensverschillen, voor de nabije toekomst een bron van conflicten tussen ziekenhuis en medische staf.

SNEL GEVULD

Opvallend is ook het verschil in de tijdsbeslagen tussen overeenkomstige DBC's in de DBC-Inkoopgids 2004 van Zorgverzekeraar Nederland (ZN) en die van dezelfde DBC's op internet. Terug naar de praktijk: ik raadpleegde vele prijslijsten van ziekenhuizen en vermeld hier, geheel willekeurig, enkele gegevens uit de DBC-prijslijst 2007 van Medisch Centrum Haaglanden (zie de tabel op blz. 478). Ondanks allerlei tijdbestedingsonderzoeken (zogenoemde TBO's) kan worden gesteld dat vele, zo niet alle beroepsverenigingen te ruim uren hebben gerekend voor hun DBC's. Als één fte specialist per werkweek slechts veertig declarabele uren mag opvoeren, dan past zijn productie van nu, gezien het aantal klokminuten per DBC, daar niet in. De consequentie is dat zo'n werkweek, gezien de tijdsbeslagen van de DBC's, erg snel is gevuld. >>

Het verdeelprobleem ligt bij het ziekenhuis

liere patiënten gelijk. In feite was dit een macrobudgettair neutrale operatie, waarvan specialisten niets merkten. Ze kregen immers een lumpsum gebaseerd op het verleden.

Naast de hierboven beschreven onrechtvaardigheid bestonden er ook zeer grote verschillen in de omzet tussen de specialismen onderling. Dat kwam door het onbegrijpelijke tarievenbeleid van het toenmalige Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG, nu Nederlandse Zorgautoriteit, NZa), mede aangestuurd door de eigen beroepsverenigingen. De Orde heeft daar nooit iets aan kunnen of willen doen. Immers, iedere maatregel om die situatie bij te sturen, zou opnieuw leiden tot een splitting in specialistenland, zoals begin jaren negentig. In die periode was sprake van een Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en een Nederlandse Specialisten Federatie (NSF), in de wandelgangen smalend de grootverdieners genoemd. De derde partij die opging in de huidige Orde was de Federatieve Vereniging van Specialisten in Academische Ziekenhuizen (ASV).

rol speelt, zit daar namelijk een maximum aan, nu de prijs bekend is.

Accountants en juristen declareren per fte jaarlijks 1200 tot 1300 uren. Zij zijn immers niet constant met een klant bezig. Stel nu dat één fte specialist gedurende 42 weken per jaar (tien weken voor bijscholing en verlof) veertig uur per week zou declareren, dan zijn dat op jaarbasis 1680 uren. Een eenvoudig rekensommetje leert dat de bruto-omzet per fte dan 221.760 euro per jaar is. De verplichte pensioenkosten en de premie voor een arbeidsongeschiktheids- en WA-verzekering bedragen circa 70.000 euro per jaar. Dan blijft er voor belastingafdracht dus een jaarbedrag over van circa 150.000 euro, bij 1680 declarabele uren. Kan dat, gezien de inkomenssituatie van nu?

Bijkomende vraag is wie wat krijgt op het moment dat een specialist of ziekenhuis hulp personeel inhuurt dat ook DBC's produceert. Is het daarbij reëel om ervan uit te gaan dat er ook in 2008 sprake is van een vastgesteld macrobudget voor honoraria voor medisch specialistische zorg? Er lijkt op zijn minst

<< Aan het macrobudget voor de honoraria van medisch specialisten en ook aan het aantal declarabele uren per werkweek zit een plafond. Gevolg hiervan is dat er bij calculerende specialisten weer wachtlijsten ontstaan. Om dat te voorkomen zal óf het tijdsbeslag per DBC óf het uurloon moeten worden verlaagd; eventueel zelfs beide.

Een bijkomstig probleem is de geringe bandbreedte van 6 euro. Vakgroepen cardiologie en gynaecologie, beide met veel *disutility*, ervaren deze speelruimte als onvoldoende. Het ziektehuis moet het gebruik van de bandbreedte trouwens zelf regelen met de medische staf, hetgeen het verdeelprobleem van het DBC-budget alleen maar vergroot.

ONZEKERHEID

De hoogte van de winst uit onderneming per fte (circa 150.000 euro), de onzekerheid over wie de praktijkkosten betaalt, de onduidelijkheid over het maximum toegestane aantal declarabele uren en het plafond van het macrohonorarium én het onredelijke tijdsbeslag van een groot aantal van de circa 30.000 DBC's maken de overeenkomst van ex-minister Hoogervorst met de Orde van Medisch Specialisten tot een discutabel dossier. Temeer daar het verdelingsvraagstuk geheel op het bordje van de ziekenhuizen wordt gelegd. ■

SAMENVATTING

- De Gezamenlijke verklaring VWS en Orde van Medisch Specialisten van 17 januari 2007 over het specialistenthonorarium biedt geen rust, duidelijkheid of een eerlijke verdeling van het honorariumbudget.
- De verwachte gemiddelde winst uit onderneming (150.000 euro) zal sterk verschillen van de huidige inkomenssituatie.
- Het is niet duidelijk wie in de toekomst de praktijkkosten betaalt.
- Vooralsnog is niet helder wat er gebeurt als het maximum aantal declarabele uren en/of het macrohonorarium wordt overschreden; dit lijkt op het bordje van het ziekenhuis terecht te komen.
- De geringe bandbreedte van zes euro biedt te weinig speelruimte om het verdeelprobleem op te lossen.

drs. J.F. Groeneveld,
chirurg n.p.

Correspondentieadres: groenlui@home.nl,
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Meer MC-artikelen van Groeneveld en anderen over het uurtarief vindt u via www.medischcontact.nl/deze



VELDWERK

Zeven



Als huisarts moet je kunnen uitzeven: alleen gewapend met anamnese, lichamelijk onderzoek en

contextuele informatie de zieken van de niet-zieken zien te scheiden en de huis-, tuin- en keukenklachten van de ernstige kwalen. Dat gaat vaak goed. Maar het leidt onvermijdelijk ook tot fout-negatieve uitslagen en dus tot onzekerheid. Omgaan met die onzekerheid, hoort bij het huisartsenvak, al vind ik het vak daardoor zwaar.

Een voorbeeld. Woensdagmiddag 14.00 uur meldt de assistente me dat mevrouw P. wil langskomen met haar baby. Het jongetje heeft hoge koorts en is slaperig. Ik besluit haar te laten komen; ik wil een meningitis uitsluiten.

De baby voelt warm aan, maar is niet suf. Zijn kin kan goed op de borst. Daarbij komen beide schouderjes wat van de onderzoekbank omhoog. Dat vind ik merkwaardig, maar toch geen symptoom van meningitis. Hij heeft griep, is mijn conclusie. En dat zeg ik tegen zijn moeder, die nog steeds een ongeruste indruk maakt.

'Kijk, nu doet hij het weer', zegt ze. We zien hoe haar zontje zijn hoofd langzaam naar achter naar een extensie stand beweegt, alsof dat prettiger aanvoelt. Zou hij toch...?

'Laat me nog eens kijken', zeg ik. Maar eigenlijk staat mijn besluit al vast. Ik ga hem verwijzen. Mij overkomt niet hetzelfde als tien jaar geleden. Toen stelde ik bij een 17-jarige jongen de diagnose griep. En drie uur later overleed hij aan een meningokokkensepsis.

De volgende dag hoor ik van de kinderarts dat het bij de baby geen meningitis was.

Zeven, het blijft een vak van vallen en opstaan, met alle zorgen van dien. ■

Maarten Cox

de huisarts

HONORARIUM EN TIJDSBESLAG

DBC-verrichting	honorarium	tijdsbeslag per product op basis uurloon € 132,50
amandeloperatie	€ 215,-	circa 1 uur 40 minuten
liesbreukoperatie	€ 268,-	circa 2 uur 00 minuten
cataractoperatie	€ 313,-	circa 2 uur 20 minuten
spataderoperatie	€ 373,-	circa 2 uur 50 minuten
urine weg, kijkoperatie	€ 421,-	circa 3 uur 15 minuten
baarmoederhalsoperatie	€ 470,-	circa 3 uur 30 minuten
rug, herniaoperatie	€ 542,-	circa 4 uur 00 minuten
total hip-operatie	€ 766,-	circa 5 uur 50 minuten
operatie borstvergroting of borstlift	€ 786,-	circa 6 uur 00 minuten

Een omrekening van het onderdeel 'specialisten honorarium' uit DBC's van Medisch Centrum Haaglanden naar het tijdsbeslag, uitgaande van het bruto-uurloon voor medisch specialisten van 132,50 euro.

Bron: DBC-prijzlijst behandelingen B-segment 2007, Medisch Centrum Haaglanden, www.mchaaglanden.nl.