

Tumult door het vaste uurtarief

De invoering van het vaste uurtarief kent winnaars en verliezers. Zo leveren de meeste gynaecologen en cardiologen flink wat in, terwijl anesthesiologen en kinderartsen er aardig op vooruit gaan. Spanningen tussen maatschappen zijn onvermijdelijk.

Frank van Wijck,
journalist

A

nesthesiologen verdubbelen hun inkomen dankzij DBC's, stelde hoogleraar Guus Schrijvers (Public Health, Julius Centrum UMC Utrecht) recentelijk in zijn digitale nieuwsbrief. Als reden hiervoor voerde hij aan dat hun diensten zijn opgenomen in vrijwel alle ziekenhuis-DBC's. Jan Willem Kallewaard, werkzaam bij Alysis Zorggroep en vice-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, noemt de uitspraak prematuur.

‘Omzet is niet alleen afhankelijk van het volume aan DBC's, maar ook van de hoogte van de tarieven’, zegt hij. ‘Volgens de voorhanden zijnde modellen is de verwachting dat de anesthesiologische omzet licht zal stijgen, maar die hebben de nodige tekortkomingen. Feitelijk zullen de uiteindelijke effecten pas eind 2008 duidelijk zijn. De declaraties van het eerste kwartaal van dit jaar zijn immers nog vooral gebaseerd op werk uit 2007, met de oude tarifiering.’

Volgens de huidige modellen lijkt het erop dat kinderartsen er méér op zullen vooruitgaan dan anesthesiologen. Maar ook dat is weer een bericht dat nuancering verdient. Nederland telt immers nog maar drie of vier maatschappen van vrijgevestigde kinderartsen. Een voorbeeld is het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, waar Jan Widdershoven werkt. ‘Wij zullen er procentueel op vooruitgaan, maar het is nog lastig om aan te geven hoeveel. Het uurtarief wordt bijna verdubbeld, maar de nivellering tussen

de maatschappen, waarbij kinderartsen wat meer geld uit de budgetafspraken kregen dan ze declareerden, is weggefallen. Bovendien is het aantal aios teruggebracht, dus moeten we meer kosten maken voor artsen die niet in opleiding zijn. De winst zal dus niet zo heel groot zijn. En voor de collega's in loondienst speelt het hele verhaal niet. De tarieven stijgen voor hen, dat wel. Voor kinderartsen betekent dit dat zij sterker komen te staan in de discussie over eventuele uitbreiding van hun maatschap.’

beeld: Getty Images





De aard van de werkzaamheden veroorzaakt grote verschillen in verdien capaciteit.

beeld: Shutterstock

Beenmergpuncties

Een derde groep, de medisch oncologen, kan tot de 'milde winnaars' worden gerekend, zoals Aart van Bochove (Zaans Medisch Centrum) het noemt. 'We gaan er zo'n 8 procent op vooruit, maar dat is heel relatief en dat zullen we snel merken. Als er meer wordt gedeclareerd, ontstaat daarover discussie. Daarop volgt een complex traject van rondrekenen, dat niemand begrijpt. En aan het eind van de rit zijn de tarieven verlaagd. We zullen het dus nog wel zien', zegt hij. 'In het nieuwe systeem schuilt een zekere mate van eerlijkheid. De specialistenhonorering was altijd erg gericht op 'dingen doen'. Beenmergpuncties leverden bijvoorbeeld veel meer geld op dan met patiënten praten. De beschouwende vakken waren dus in het nadeel ten opzichte van de doevakken. Nu is het eerlijker verdeeld. Maar welke inkomensverschillen dit zal opleveren, is nog zeer de vraag.'

In ieder geval is het een vraag waarover medisch oncologen zich dus niet zoveel zorgen hoeven te maken. Dat ligt voor gynaecologen en cardiologen wel anders: twee groepen die tijdens de laatste vergadering over het uurtarief bij de Orde van Medisch Specialisten het felst in verweer kwamen tegen het tarief. 'Onze inkomensdaling zal waarschijnlijk tussen 10 en 20 procent zijn', aldus gynaecoloog Piet Scholten (Diaconessenhuis Utrecht). 'Maar er zitten nog zoveel aannamen in. Mensen in kantoren sleutelen steeds aan de normtijden per ingreep. De einduitkomst daarvan wordt per wet aan ons

opgelegd en door de Nederlandse Zorgautoriteit uitgevoerd.'

Overdag

Scholten brengt ook een ander belangrijk punt naar voren: het verschil tussen poortspecialisten en ondersteuners. 'In principe horen we allemaal evenveel geld mee naar huis te nemen. Maar de aard van het werk zorgt voor grote verschillen in de verdien capaciteit. Specialisten die hun werk goed kunnen inplannen, zoals orthopeden en oogartsen, kunnen goed inschatten wat ze zullen verdienen. Voor gynaecologen is dat volstrekt niet te doen. Gedurende nachten en weekenden kún je heel veel verdienen, maar ook urenlang aanwezig zijn zonder dat er iets gebeurt. Toch moet je ervan uitgaan dat je de dag daarna niet kunt werken. Onze situatie is dus heel anders dan die van specialisten wiens werk planbaar is of van ondersteuners die alleen overdag werken', aldus Scholten. 'Ook de kosten verschillen. Als je in een weekend zeventien keer op en neer moet naar het ziekenhuis, is dat duurder dan alleen twee telefoontjes beantwoorden. Daar komt nog bij dat in het uurtarief is uitgegaan van een gemiddelde premie voor de aansprakelijkheidsverzekering, terwijl die premie voor gynaecologen gemiddeld driemaal hoger is dan voor andere specialisten. En de secretariële ondersteuning van gynaecologen is veel uitgebreider dan bij andere specialisten, omdat wij veel meer contacten met huisartsen en verloskundigen hebben. Er zijn dus veel verschillen, en toch is



het uurtarief voor iedereen hetzelfde. In het budgetstelsel werden de verschillen nog opgevangen, maar daar is nu geen ruimte meer voor. Als ik mijn werk nu ideaal wil organiseren, moet ik eigenlijk geen spoedeisende klussen meer doen.'

Faillissement

De cardiologen komen nog slechter uit dan de gynaecologen. 'Uit onderzoek blijkt dat we er per saldo 25 tot 30 procent op achteruitgaan', zegt Ed de Kluiver, werkzaam binnen de maatschap Cardiologie van Isala Kliniek Zwolle. Tijdens de laatste Ordevergadering over het uurtarief waarschuwden cardiologen voor faillissementen. 'Dat maatschappen over de kop zullen gaan, geloof ik niet', zegt hij, 'maar individuele cardiologen kunnen zeker in de problemen komen. Als je inkomen voorheen niet zo heel hoog was, is een daling met 25 tot 30 procent heel veel.' Als voorbeeld noemt hij cardiologen met complexe patiënten bij wie vrij veel handelingen moeten worden verricht. 'Collega's in topklinische ziekenhuizen hebben het dus zwaar', zegt hij. 'Hetzelfde geldt voor cardiologen in de grotere ziekenhuizen. In de kleinere komen de praktijkkosten maar voor 10 tot 12 procent voor rekening van de maatschappen, in de grote kan dat oplopen tot wel 35 procent.'

Maar, voegt De Kluiver er eerlijk aan toe, de problemen waren wel te voorzien. Zijn eigen maatschap anticipeerde er dan ook op: vanaf 2005 werd een percentage van de uitbetalingen ingehouden. 'Zo bouwden we een buffer op, waarmee we de belangrijkste problemen naar verwachting kunnen opvangen. Maar in veel ziekenhuizen is zulk beleid niet gevoerd.'

Wrijving

Spanningen tussen maatschappen door de nu ontstane situatie zijn onvermijdelijk. 'Die zijn er heel duidelijk', zegt Scholten. 'Ze uiten zich zo dat het moeilijk wordt om tot onderlinge afspraken te

komen. Mensen weten niet hoe ze er zelf voor staan, dus zijn ze ook minder bereid met een ander mee te denken. En zij die erop vooruitgaan, zijn niet erg geneigd om te zeggen: 'ik heb jou

ook nodig'. Omdat het ziekenhuis nog in de budgetcultuur gevangen zit, is ook het overleg met de raad van bestuur moeilijk.'

Ook binnen maatschappen kunnen spanningen ontstaan, aldus Van Bochove. 'Internisten kennen bijvoorbeeld veel subgroepen. Met het uurtarief kan de ene subspecialist binnen de maatschap ineens veel meer verdienen dan de andere. Als dat binnen de maatschap niet in loyaliteit wordt opgelost, geeft dat

wrijving. Omdat te voorkomen, zie je tussen staven ook wel harmonisatie-effecten optreden. Maar de echte klappen komen nog, want specialisten gaan nu natuurlijk veel nauwkeuriger registreren en coderen. Dan vind je beslist wel wat zaken die altijd werden vergeten bij het declareren. Dat gaat nu natuurlijk wel gebeuren. In de media krijgt dat dan aandacht in termen van 'overdeclareren' of 'malafide praktijken'. Dat zal de verhoudingen op scherp stellen.'

De Kluiver ziet dat er discussie ontstaat over de praktijkkosten, die per maatschap sterk verschillen, en het inkomen rechtstreeks beïnvloeden. 'Dit is alleen op te lossen door specialisten met lage praktijkkosten te laten meebetalen', zegt hij. 'Maar daarom zitten ze niet te springen.'

Uit dienst

Een andere discussie moet op veel plaatsen nog worden gevoerd: die over de bandbreedte van zes euro. 'Het is heel bijzonder, maar daarover wordt in ons ziekenhuis nog niet gesproken', zegt Widdershoven. 'Ons collectief heeft daarmee nog niets gedaan richting raad van bestuur. Alle energie gaat naar de nieuwbouw die over drie jaar klaar moet zijn en de fusie van vakgroepen. Onze maatschap Kindergeneeskunde is nog bezig met de fusie met een andere maatschap, waar de specialisten nog in loondienst zijn. Die overwegen nu deels om uit dienst te treden en in vrije vestiging verder te gaan. Dat zie je op meer plaatsen gebeuren.'

Scholten vindt de bandbreedte - pakweg 4,5 procent van het uurloon - te beperkt om de inkomensdaling van de gynaecologen te ondervangen. 'De rekenmodellen ervoor zijn bovendien totaal onbegrijpelijk', zegt hij. 'En de overheid heeft geen enkele interesse in de discussie, zolang het totaalbedrag maar hetzelfde blijft. Er zijn ziekenhuizen waar de verdeling van die zes euro redelijk eerlijk lijkt te geschieden, maar er zijn er ook waar ze er nog lang niet uit zijn.'

Dr Lutser stelt in zijn weblog (www.dokterlutser.nl) dat de verliezers extra assistenten hebben aangesteld om het verlies te beperken door meer productie. Maar geen van de geïnterviewden zegt dat fenomeen te herkennen. De Kluiver: 'Wel wordt op plaatsen waar inkomensonzekerheid bestaat geaarzeld met het aanstellen van nieuwe maten en bijvoorbeeld op tijdelijke basis een chef de clinique aangetrokken. Op termijn kan dat tot nieuwe wachtlijsten leiden.'

Volgens Scholten is het door Dr Lutser beschreven systeem alleen toepasbaar voor specialismen die planbare zorg leveren. Widdershoven ziet er in zijn praktijk geen ruimte voor omdat de productie daarmee niet erg stijgt. Van Bochove, tenslotte: 'Zo werkt het niet, om de simpele reden dat volumeafspraken met de zorgverzekeraar redelijk scherp zijn gesteld. Die route is dus dicht getimmerd. Het uiteindelijke effect zal zijn dat iedereen nauwkeuriger gaat declareren, maar ook harder en efficiënter zal werken. Op dat effect wordt ongetwijfeld ook gemikt.'

De echte klappen komen als specialisten preciezer gaan registreren