

PROBLEEM IS DE ONVOORSPELBAARHEID VAN DE POLITIEKE ARENA

Specialisten verplicht in loondienst oké, mits...!

Half april verscheen in opdracht van de vaste Kamercommissie voor VWS een rapport over het verplicht dienstverband voor alle medisch specialisten.¹ De FMS reageerde kritisch en pleit voor nader onderzoek. Maar hoe hard moeten we nog vasthouden aan de vrijgevestigde specialist?

Mochten we op dit moment in de gelegenheid zijn om de medisch-specialistische zorg opnieuw vorm te geven, zouden we dan de huidige situatie als het ideale scenario schetsen? Dat lijkt me onwaarschijnlijk. Er is zonder enige twijfel een productieprikkel aanwezig in ons systeem die een barrière opwerpt tegen investeringen in preventie en taakherschikking. Deze productieprikkel is aanwezig tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis, maar ook tussen msb en medisch specialist. Hoewel de FMS en verschillende msb's bezig zijn om deze interne productieprikkel verder te verminderen ten gunste van gelijkgerichtheid met het ziekenhuis, is dit bij de meeste ziekenhuizen nog niet geïmplementeerd en als het geïmplementeerd is, is het probleem nog steeds niet opgelost, want die andere productieprikkel – die tussen de zorgverzekeraar en ziekenhuis – is nog steeds aanwezig. Gelijkgerichtheid is in die zin dus nietszeggend zolang het nog steeds gebaseerd is op productieafspraken.

Vermoedelijk ligt het ideale scenario veel dichterbij de principes van waardegedreven zorg: betalen voor gezondheid en niet voor ziekte, langdurige contracten en meer nadruk op prestatie dan op productie. En met medisch specialisten in dienstverband die een sturende rol hebben binnen de ziekenhuisorganisatie.

Scylla en Charybdis

De FMS zal zich voelen als Odysseus die probeert heelhuid tussen Scylla en Charybdis te varen. Enerzijds ziet de federatie waarschijnlijk ook wel in dat de vrijgevestigde status van de medisch specialist niet per se in dienst staat van de kwaliteit van zorg. Het is nou eenmaal een erfenis van lang vervlogen tijden. Anderzijds voelt zij wel de druk om de belangen van

deze zeventuizend vrijgevestigde leden te behartigen. En terecht. Deze leden bestaan al lang niet meer uit de 'oude garde' die hun kostje verdiend hebben en enkel twijfelen of zij hun spaargeld investeren in een boot of een vakantiehuis. Deze leden vormen grotendeels een jonge groep specialisten die geen andere keus heeft gehad dan een forse lening af te sluiten om te kunnen werken in dat droomziekenhuis tegen een alleszins redelijke (en doorgaans geen buitenproportionele) winstuitkering.

De vrijgevestigde status van de specialist is een erfenis van lang vervlogen tijden

De koers die de FMS lijkt te varen is er een van behoud van de vrijgevestigde specialist. Of zoals men dat consequent aanduidt: de vrije keus voor dienstverband of vrijgevestigd specialist. Ik twijfel echter of ik dat nou zo'n prettige koers vind. Allereerst geldt die 'vrije keus' alleen voor de zittende specialisten. De aankomend specialisten moeten gewoon eten wat de pot schaft: is er een plek vrij in een vrijgevestigde maatschap, dan is er helemaal geen keus. Daarnaast ben ik ervan overtuigd dat de weg naar waardegedreven zorg makkelijker wordt afgelegd met medisch specialisten in loondienst dan in vrije vestiging. Ook al is de productieprikkel niet alleen aanwezig in het msb, érgens moeten we beginnen met het afscheid nemen hiervan. De afspraken tussen zorgverzeke-



TON TOEMEN/ANP

Er is sprake van gelijkgerichtheid als de belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis overeenkomen.

raars en ziekenhuizen zullen ongetwijfeld volgen. Maar laten we beide opties (koersen op behoud van vrije vestiging versus koersen op overstap naar dienstverband) eens tegen het licht houden.

1. BEHOUD VAN VRIJE VESTIGING

Volgens de FMS heeft de medisch specialist behoefte aan rust en duidelijkheid over zijn positie binnen de vrije vestiging. Juist in postcoronatijd, waarin een stuwmeer van zorg op ons ligt te wachten, zal een verplicht dienstverband veel onrust veroorzaken, zo is de gedachte. Klinkt logisch, maar hoelang duurt deze periode van rust en duidelijkheid dan? U raadt het al: maximaal vier jaar, want bij de volgende kabinetsformatie zal de discussie ongetwijfeld opnieuw losbarsten. Persoonlijk vind ik die rust dan ook eerder in een duidelijke transitie naar dienstverband dan in het tijdelijk uitstellen van de gehele discussie. De aankomende jonge specialisten die zich de komende jaren in de schulden steken voor een ongewisse toekomst van deze centjes zullen het ongetwijfeld met me eens zijn. De gelijkgerichtheid zal zich in deze situatie verder ontwikkelen door gebruik te maken van het 'capaciteitsmodel' van de firma Logex (zie *kader*).

GELIJKGERICHTHEID EN HET CAPACITEITSMODEL

Met gelijkgerichtheid bedoelt men de gewenste situatie dat de belangen van de medisch specialist overeenkomen met de belangen van het ziekenhuis. Een denkbeeldige situatie waar deze belangen niet gelijkgericht zijn tekent zich af als een ziekenhuis ervoor kiest om meer te focussen op hoogcomplexere zorg en de laagcomplexere zorg wil afbouwen, maar de medisch specialisten geen afscheid willen nemen van deze laagcomplexere zorg omdat zij dan als groep zouden moeten inkrimpen óf een deel van hun omzet zien verdwijnen.

Het capaciteitsmodel van Logex beoogt gelijkgerichtheid te bevorderen door de beloning (het honorarium) van de vrijgevestigde medisch specialist te koppelen aan de begrotingsafspraken binnen het ziekenhuis. Overproductie leidt dan niet meer tot een hogere beloning indien dit niet binnen de begroting past.

Het capaciteitsmodel van Logex is een doorontwikkeling op het prestatieproces van Logex. In het prestatieproces vindt géén koppeling plaats met de begroting van het ziekenhuis. Toename van efficiëntie en (in mindere mate) productie leiden hierbij tot een hogere beloning van de medisch specialist.

De overgrote meerderheid van de msb's maakt gebruik van de benchmarkingmethodiek van deze firma en het nieuw ontwikkelde capaciteitsmodel zorgt voor verdere vermindering van de productieprikkel binnen het msb om zich te voegen naar de begroting (en daarmee de productieprikkel) van het ziekenhuis. Op zich niks mis mee, maar wél een verdere uitkleding van de semionafhankelijke positie van de vrijgevestigde medisch specialist. Van het ondernemersargument blijft hierna in ieder geval weinig over.

Taakherschikking en preventie zullen de komende jaren op dezelfde barrières stuiten als voorheen en ook de ontwikkeling van (extramurale) zorgketens zal zich moeilijk ontwikkelen, alle goede wil ten spijt. Want elke vorm van zorgverschuiving die (mogelijk) gepaard gaat met productievermindering zal een zeer moeizaam implementatieproces tegemoet gaan.

De bestuurbaarheid van het ziekenhuis zal blijven zoals die is. Bij de ziekenhuizen waar dit prima verloopt, zal dit prima blijven verlopen. Bij de ziekenhuizen waar de medisch specialisten zich opstellen als een conservatief machtsblok zal dit óók zo blijven.

2. NAAR VERPLICHT DIENSTVERBAND

In welke mate er door invoering van verplicht dienstverband chaos ontstaat, zoals de FMS vreest, valt te bezien en zal afhankelijk zijn van het fatsoen van het kabinet en de Tweede Kamer. Mochten zij daadwerkelijk overwegen om de bestaande schulden van de (jonge) specialisten niet aan te duiden als 'eigendom', dan zal die vrees zeker uitkomen. Artsen zijn doorgaans heel redelijke en rationele mensen, maar óók mensen met een groot rechtvaardigheidsgevoel. Een niet-gecompenseerde transitie naar verplicht dienstverband is totaal niet te rechtvaardigen. Want die goodwill heeft geleid tot een forse schuld bij de bank die moet worden afbetaald, heeft tienduizenden euro's aan rentelast veroorzaakt en heeft wel degelijk invloed gehad op het besteedbaar inkomen van vele jonge gezinnen gedurende de eerste vijf tot tien jaar na toetreding tot de maatschap. De vraag of goodwill in juridische termen nou wel of niet als 'eigendom' mag worden aangeduid lijkt me derhalve volstrekt irrelevant. Een fatsoenlijke regering zal zorgdragen voor een fatsoenlijke compensatie en een nette transitieregeling. En als dát direct wordt uitgesproken en vastgelegd, zal die chaos vast meevallen. Voor alle jonge en aankomende specialisten zullen rust en duidelijkheid bij een verplicht dienstverband dan wellicht alleen maar toenemen.

De **gelijkgerichtheid** tussen medisch specialist en ziekenhuis is per direct geen issue meer. Maar niet alleen dat, ook de gelijkgerichtheid tussen specialisten zal verbeteren. Want ook binnen het MSB zijn soms nog grote inkomensverschillen aanwezig die niet in lijn zijn met de geleverde arbeid of kwaliteit.

Taakherschikking en preventie zullen niet meer vastlopen op inkomensdiscussies binnen de medische staf, maar zijn puur afhankelijk van de afspraken die het ziekenhuis hierover maakt met de zorgverzekeraars en met de regionale zorgpartners. Of deze zaken hiermee direct een vlucht nemen valt nog te bezien, maar er is in ieder geval één potentiële barrière geslecht.

Gaat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis hiermee daadwerkelijk verbeteren? Dat lijkt me geen uitgemaakte zaak. Daar waar het msb zich ten opzichte van het ziekenhuis als conservatief machtsblok opstelde, zullen de medisch specialisten dit misschien ook blijven doen in dienstverband. Maar het ziekenhuis heeft dan wél meer mogelijkheden om hier paal en perk aan te stellen en deze ziekenhuizen zullen een verplicht dienstverband dan mogelijk ook wel zien zitten.

Verplichte loondienst is gunstig voor de arbeidsmarktpositie van jonge klaren

Het omgekeerde is overigens ook geen uitgemaakte zaak: daar waar het MSB een prettige partner was in de governance van het ziekenhuis en de kikkers netjes in de kruiwagen hield, zal de raad van bestuur er wellicht moeite mee hebben om hetzelfde vertrouwen te krijgen. Op termijn is er mijns inziens echter geen twijfel mogelijk: het afschaffen van de msb's zal de bestuurbaarheid van het ziekenhuis eerder verbeteren dan verslechteren.

Op het persoonlijke vlak zal er voor de medisch specialisten wel het een en ander veranderen: er zullen weinig vrijgevestigde specialisten zijn die er financieel op vooruitgaan; de meerderheid zal er financieel op achteruitgaan. En met de Wet normering topinkomens (WNT) in het vooruitzicht zal de honorering op termijn waarschijnlijk ook nog gemaximeerd gaan worden. Maar: op andere vlakken wordt het leven mogelijk ook aangenamer. Het eerste deel van mijn werkdag eindigt namelijk om 17.30 uur en op dat moment begint het tweede gedeelte van mijn werkdag, die meermaals per week gevuld is met maatschapsvergaderingen, opleidingsvergaderingen, richtlijnbesprekingen, commissiebesprekingen etc. Het verschuiven van al deze werkgerelateerde nevenactiviteiten naar de avonden is namelijk óók een ongewenst effect van de productieprikkel. Wanneer dat wegvalt lijkt het mij een heerlijk vooruitzicht dat deze werkzaamheden – ten minste deels – zouden kunnen plaatsvinden binnen de 'normale' arbeidstijden. Ik heb daar best wat salaris voor over. Maar dat verlies van productiviteit heeft natuurlijk wel een keerzijde:

er zullen, zoals de FMS en ook het genoemde rapport reeds opmerken, meer specialisten moeten komen. Dat brengt mij bij het laatste positieve effect van een verplicht loondienstmodel, namelijk **het effect voor de jonge klaren** en de beroepsgroep in het algemeen. De Jonge Specialist (de aan de FMS gelieerde belangenbehartiger van a(n)iossen) maakt zich al jaren zorgen over de arbeidsmarktproblematiek voor jonge klaren. Al vanaf 2016 laat de werkloosheid onder hen een stijgende lijn zien. Met een geschat productieverlies van 10 à 30 procent biedt een algemeen dienstverband volop mogelijkheden om deze onbenutte potentie in te zetten in de posities waar ze zo lang voor gestudeerd hebben: een vaste plek in het door hen geambieerde vakgebied. Een direct gevolg van het instromen van deze jonge klaren tussen de andere medisch specialisten zal dan ook zijn dat de dienstbelasting enigszins afneemt en daarmee een verdere verbetering op de arbeidsomstandigheden van de huidige groep medisch specialisten mogelijk maakt.

Politiek speelveld

Wat mij betreft is het meest gewenste scenario: een toekomst met alle medisch specialisten in dienstverband, maar wel met een rechtvaardige goodwillcompensatie, een nette transitieperiode en het voornemen dat de ziekenhuizen het verlies van productie zullen faciliteren door ruimte te bieden aan de vakgroepen om een of meer jonge klaren te laten toetreden. De potentiële voordelen liggen met name op het gebied van kwaliteitsverbeteringen en bestuurbaarheid, terwijl de nadelen vooral de autonomie en persoonlijke financiën betreffen, hoewel deze laatste mogelijk wel gecompenseerd worden door verbetering van de werkomstandigheden.

Het probleem ligt echter bij de onvoorspelbaarheid van de politieke arena. Want wat is de beste strategie van de FMS als die net als ik bovenstaande zou willen realiseren? In een politiek speelveld kan men wellicht het beste zelf óók politiek bedrijven. Met andere woorden: misschien is het wel veel verstandiger om in te zetten op behoud van vrije vestiging om vervolgens na een harde en lange onderhandelingsperiode genoeg te nemen met een rechtvaardige goodwillcompensatie en een nette transitieperiode. Of gaat de nieuwe bestuurscultuur in de Tweede Kamer hier verandering in brengen en kunnen we eerlijk zijn in wat we willen zonder politieke spelletjes te spelen?

Toch maar gokken op de oude bestuurscultuur lijkt me de veiligste optie. ■

contact

j.becker@antoniusziekenhuis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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

VELDWERK



CHUN SING CHIU is forensisch arts in opleiding

Geestverruimend

'Ik ga die shit echt nooit meer gebruiken, ik zweer je!' In de verslavingszorg vliegen deze beloften van patiënten me bijna dagelijks om de oren. Verfrissend, want in de arrestantenzorg vragen ze vaak juist om meer middelen. Vandaag neem ik een jongen van 20 op in de verslavingskliniek waar ik tijdelijk stage loop. Al jaren gebruikt hij elke 2 uur 4 ml GHB, nauwkeurig afgemeten met een spuitje. Nu is de maat vol. Hij verdrinkt. Hij snakt terug naar zijn oude normaal: een leven zonder zucht.

Op de detox-afdeling zie ik jongeren die afhankelijk zijn geraakt van middelen als alcohol, GHB en cocaïne. Zo jong, zo veel potentie, maar door een gebrekkige copingstijl én een beetje pech toch verslaafd geraakt. Ik word ingewerkt door een zaalarts die al een tijdje meedraait in de verslavingszorg. Hij legt me uit dat we allemaal de zucht naar de dopamine-rush wel hebben:

WE HEBBEN ALLEMAAL EEN ZUCHT NAAR DE DOPAMINE-RUSH

meer volgers en likes, meer Candy Crush, meer kopen... Om een goede dokter te zijn, helpt het om te weten wat de patiënt doormaakt. Met passie vertelt hij over z'n werk en hoe hij

mensen, die aan de rand van de afgrond staan, een boei uitwerpt om te voorkomen dat ze kopje-onder gaan. En welke kick hij ervan krijgt om mensen clean te krijgen, ook al gaat dat soms met (terug)vallen en opstaan. Die bevlogenheid en dat optimisme inspireren me.

Ik merk al snel dat ik op één lijn zit met de zaalarts. We mijmeren over onze levens voor de lockdown. Staan we dadelijk samen op een festival te dansen, dronken met een paar biertjes te veel op, om onze zware werkweek in de kliniek te vergeten? We concluderen: een gebrekkige copingstijl hebben we blijkbaar allemaal wel eens.