



De gezondheidszorg verandert ingrijpend voor zorgprofessionals. Medisch specialisten zullen in de toekomst een deel van hun werkzaamheden buiten de ziekenhuismuren gaan verrichten. Toelating tot meerdere ziekenhuizen of een verhuizing liggen in het verschiet en het toekomstige inkomen is in zekere zin ongewis. Hoe slaan de zorgprofessionals zich door alle ontwikkelingen heen? Door invloed uit te oefenen. Daarover schrijft VvAA consultant Bart Doornbusch een serie van vier artikelen in *Arts en Auto*.

Kansen voor de medisch specialist

Het worden spannende tijden voor de medisch specialist. Het fiscaal ondernemerschap wordt vanaf 2015 niet meer gegarandeerd en de bekostiging van de ziekenhuiszorg moet anders. De medisch specialist zal zich moeten beraden op zijn toekomst.

Afgelopen jaar stond de positie van de medisch specialist volop in de aandacht. Dat begon al met het onderzoek naar mogelijkheden om in te kunnen grijpen in het inkomen van de medisch specialist. Dit onderzoek vond plaats onder leiding van hoogleraar Pauline Meurs en was geïnitieerd door het ministerie van VWS. De commissie-Meurs meende dat ingrijpen niet nodig is, omdat het in vergelijking met andere landen wel meevalt met de hoogte van dat inkomen en omdat daarnaast de integrale tarieven per 2015 tot een verdere matiging zullen leiden. De commissie-Meurs deed wel een oproep om af te stappen van de huidige bekostiging van medisch-specialistische zorg. Die is gebaseerd op het doen van verrichtingen en dat leidt tot perverse prikkels, aldus ook het in augustus 2012 verschenen rapport van Booz &

Company onder regie van oud-minister Klink. Uitkomsten van zorg (gezondheidswinst) zouden het uitgangspunt van de bekostiging moeten zijn. Betalen voor een uitgebreid patiëntencontact over wel of geen behandeling leidt bijvoorbeeld tot minder onnodige ziekenhuiszorg. Een analyse die wordt gedeeld door organisatie-adviesbureau KPMG|Plexus, dat al enige tijd aandringt op het tegengaan van praktijkvariatie en overbehandeling, en ook door de SER, zo blijkt uit het advies *Naar een kwalitatief goed, toegankelijke en betaalbare zorg*. Belangenorganisaties lieten eendere geluiden horen met hun 'Agenda van de zorg'.

Dat dit aanzet tot nadenken, vond ook de Orde van Medisch Specialist, die in oktober het visiedocument 'De Medisch Specialist 2015' publiceerde. In dit document schetst de Orde de medisch

specialist van de toekomst, die een bijdrage levert aan meer transparantie in de kwaliteit van zorg, aan de herinrichting van het zorglandschap, aan een op preventie en zelfregie gerichte benadering van de patiënt en aan het betaalbaar houden van de zorg. De Orde noemt een aantal organisatievormen waarbinnen de medisch specialist die bijdrage kan leveren. De gemene deler is de positie van de medisch specialist binnen de organisatie: die van (mede)bestuurder en/of van (mede)eigenaar van de zorgonderneming. Daar moet de specialist aan gaan werken.

In de ziekenhuiszorg geldt nog voor een periode van twee jaar de relatieve rust van het zogenoemde beheersmodel en deze periode moet dan ook worden aangegrepen om klaar te zijn voor wat daarna gaat komen. Want met de invoering van de integrale tarieven verdwijnen allerlei zekerheden. De medisch specialist wordt afhankelijk van de onderhandelingsmacht en het onderhandelingspel tussen de instelling en de zorgverzekeraar. Bovendien wordt zijn uurtarief vrij onderhandelbaar. De impact daarvan zal hij zwaarder voelen dan het feit dat het nu een maximum betreft. De medisch specialist zal dan zelf het initiatief moeten nemen.

Regionaal

Voor de medisch specialist zijn er diverse mogelijkheden om invloed uit te oefenen. Niet alleen binnen de ziekenhuismuren, maar ook daarbuiten. En hij kan zelfs juridisch en fiscaal ondernemer blijven. Zo kan hij afspraken aangaan met omliggende gezondheidscentra, zorggroepen of zbc's. Wordt hij daarvan medebestuurder, dan slaat hij zelfs meerdere vliegen in één klap: meer invloed op de ontwikkelingen in de regio en op de door zorgverzekeraars in te kopen kwaliteit van zorg; een enigszins stabiel of misschien zelfs hoger inkomen; en meerdere opdrachtgevers, wat leidt tot behoud van fiscale voordelen. Is mede-eigendom van het ziekenhuis, omliggende medische centra en/of zorggroepen mogelijk, dan neemt de invloed op prijs en kwaliteit toe en ontstaan er een nieuwe inkomstenbron en een andersoortig (fiscaal) ondernemerschap.

Ook regionale samenwerking is een optie. In navolging van de commissie-Meurs schreef het huidige kabinet in zijn regeerakkoord weliswaar de vorming van regionale of mega-maatschappen te willen ontmoedigen, maar dat is vanuit de veronderstelling dat medisch specialisten van de

daaruit voortvloeiende onderhandelingsmacht misbruik zouden maken. Mocht dat zo zijn, dan zijn de mededingingsautoriteit (NMa) en de zorgautoriteit (NZa) de aangewezen instanties om maatregelen te nemen. Maar het gaat niet altijd over geld. Regionale en mega-maatschappen kunnen ook leiden tot kwaliteitsverbetering, het terugbrengen van praktijkvariatie en overbehandeling, een andere vorm van bekostiging, taakherschikking binnen de tweede lijn, en verschuiving van zorg van de tweede- naar een eerstelijnssetting.

Organisatiekracht

Versterking van de eerste lijn hoeft overigens niet ten koste te gaan van de positie en het inkomen van de medisch specialist. De medisch specialist kan zich in de te verschuiven zorg een eigen positie verwerven. Hij kan eerstelijns professionals begeleiden of hij kan onder zijn verantwoordelijkheid gespecialiseerde verpleegkundigen inzetten. Ook kan hij in een eerstelijnssetting dezelfde zorg leveren, maar dan tegen lagere kosten. Want waarom moeten huisartsen zich specialiseren als

Met de invoering van de integrale tarieven verdwijnen allerlei zekerheden

medisch specialisten daarvoor al zijn opgeleid? En waarom moet de praktijkvoering in gezondheidscentra vanwege het nieuwe aanbod aan basisziekenhuiszorg anders worden ingericht, als de medisch specialist er zo aan het werk kan?

Kortom, er zijn mogelijkheden genoeg voor medisch specialisten om op hun positie en dus hun toekomst en op de ontwikkelingen in de zorg een bepalende invloed uit te oefenen. Zij hebben daarbij ook nog eens het voordeel dat zij kunnen terugvallen op de ziekenhuisorganisatie, waardoor zij de nodige organisatiekracht kunnen ontwikkelen. Want daar ontbreekt het in het algemeen aan in de zorg. Hoewel men in de eerste lijn al wel aardige slagen maakt.