

Verplicht medisch specialisten in loondienst: Kan het ook anders?

20 april 2021

Verplicht loondienst voor alle medisch specialisten is een terugkerend thema voor politiek debat en gekibbel onder zorgbestuurders. Tijdens de afgelopen verkiezingen werd het thema “verplicht dienstverband voor medisch specialisten” weer springlevend. Het op 8 april verschenen [rapport van AKD](#) aan de vaste commissie VWS van de 2^{de} kamer geeft ook nog eens aan dat het relatief eenvoudig zou zijn om deze stap te zetten.

Recent verschenen Skipr-blogs van twee oud ziekenhuisbestuurders (Piet Batenburg, 12 maart en Jaap van den Heuvel 6 april) geven overigens een goed beeld van de tegengestelde meningen onder bestuurders in de zorg over deze “noodzakelijke” verandering.

Verplicht in loondienst: Waarom?

Wat is de achterliggende gedachte bij de drang van politieke partijen en ziekenhuisbestuurders om alle medisch specialisten in loondienst onder te brengen?

Peter Bennemeer, oud zorgbestuurder van Bernhoven, geeft in zijn recente boek “De Ingreep” duidelijk aan wat deze verandering het ziekenhuis financieel oplevert. De medisch specialisten die bij Bernhoven in loondienst zijn gegaan leveren het ziekenhuis (op termijn, na vervanging van een specialist) een besparing op van € 60.000 per medisch specialist. Dit zou kunnen betekenen dat deze ingreep voor de BV Nederland een bezuiniging zou opleveren van €

400 miljoen per jaar. Een aanzienlijk bedrag, dat zeker de moeite waard lijkt.

Je kunt je echter afvragen of medisch specialisten bij een verplicht loondienstverband in hun landelijke onderhandelingspositie tijdens de transitie niet in het voordeel zijn doordat het loondienstverband hun wordt opgedrongen. Achteraf vormen alle specialisten in Nederland ook nog eens een sterker onderhandelingsblok bij hernieuwde loondienst afspraken met landelijke bestuurders. Die zeer afhankelijk zijn van hun bereidwilligheid om de grote veranderingen in zorg die nodig zijn mee vorm te geven.

Of gaat het sommige politici en zorgbestuurders om iets anders?

Bij een loondienstverband is het uiteraard ook mogelijk om via een landelijk afgesloten CAO (de AMS) veel meer financiële grip te krijgen op medisch specialisten. De overheid (lees zorgverzekeraars) kan zo veel meer bepalen wat medisch specialisten doen. Lokale ziekenhuisbestuurders hoeven zich dan ook veel minder druk te maken over de beloning van hun medisch specialisten. Dat is dan immers al grotendeels landelijk geregeld.

Je kunt je afvragen of dit de goede weg is om medisch specialisten lokaal de goede dingen te laten doen. Het huidige beeld doet anders vermoeden. De corona crisis laat goed zien hoe belangrijk lokale besturing bij snelle verandering is en hoe invloed van de landelijke overheid hierbij eerder vertragend werkt. De belangen lijken soms zelfs tegengesteld.

Daarnaast hebben regionale bestuurders de medisch specialisten nodig om de regionale zorg meer op preventie in te richten. Wat

netwerkzorg is gaan heten. Bij samenwerking in de preventieve zorg op lokaal niveau is de inzet van kennis, creativiteit en sterke veranderbereidheid van medisch specialisten belangrijker dan ooit. In de volksmond heten deze laatste twee eigenschappen ook wel ondernemerschap!

Bij medisch ondernemerschap hoort lokale vrijheid om zelf initiatieven te ontplooiën, buiten de gebaande paden te treden en te doen wat nodig is om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden met de juiste zorg op de juiste plek.

Loondienst of ondernemerschap?

Als we het dan over medisch ondernemerschap hebben helpt het dan om alle medisch specialisten in een gezamenlijke CAO te dwingen of kan het inkomensmodel van vrijgevestigden toch ook uitkomst bieden?

Het voordeel van een vrijgevestigd inkomensmodel is dat deze wijze van belonen veel meer vrijheden geeft om lokaal afspraken te maken over hoogte van inkomen en wijze van beloning. Het geeft dus meer mogelijkheden voor medisch ondernemerschap. De politiek blijft op afstand en lokale ziekenhuisbestuurders kunnen/moeten dan met hun medisch specialisten financieel blijven nadenken over zorgvernieuwing die ook stuurt op kostenreductie. Iets waarvan de noodzaak en de wil al snel zal ontbreken bij een vastgetimmerde landelijke CAO, waarin de beloningsregels sterk zijn voorgeschreven.

Wat is er nodig voor een duurzame beloning?

Het is niet te ontkennen dat er algemene onvrede heerst over het model van beloning van vrijgevestigd medisch specialisten. Kan deze

onvrede worden weggenomen? Twee grote ingrepen zijn hiervoor mijns inziens noodzakelijk:

1. De discussie over maximale hoogte van het inkomen van medisch specialisten is en blijft een maatschappelijk debat. Dit lijkt terecht. Medisch specialistische zorg is in Nederland immers maatschappelijk gefinancierd. De zorg is van ons allemaal. Deze discussie moet dus transparant gevoerd kunnen worden. Een eigen WNT normering voor medisch specialisten helpt hierbij. Of het een specialist in loondienst betreft of een vrijgevestigd specialist moet in deze discussie niet uitmaken. Uiteindelijk zal deze normering bij vrijgevestigde specialisten kunnen leiden tot een specialist die maatschappelijk onderneemt met een geaccepteerd maximum inkomen en waarbij de specialist voor de geleverde prestatie lokaal kan worden beloond.
2. Daarnaast moet de huidige prestatiebeloning voor vrijgevestigd medisch specialisten zo snel mogelijk door hen zelf worden afgeschaft. Tegenwoordig rekenen de Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's), waar de vrijgevestigd specialisten bij zijn aangesloten, hun specialisten nog steeds af op basis van de hoeveelheid en soort geproduceerde DBC's die zij "scoren". Uit de DBC registratie wordt de hoogte van productie, uren gewerkt en efficiency afgeleid. De hoogte van de productie, gewerkte uren en efficiency, afgeleid uit deze DBC registratie, bepaalt de hoogte van hun inkomen.

Dit beloningsmodel bestaat inmiddels meer dan 15 jaar en is sterk verouderd. Maar nog steeds is het model in gebruik bij bijna alle MSB's waar de vrijgevestigd specialisten voor werken. Ondersteunende data analyse bedrijven hebben dit prestatiemodel voor de MSB's tot in groot detail verfijnd, blijven het uitleggen en verdienen hier goed aan.

Dit beloningsmodel zorgt ervoor dat de DBC registratie, analyse en rapportage zeer veel tijd en dus geld kost en het kan leiden tot "onjuistheden" in de registratie van DBC's.

DBC registratie is zeker van belang voor goede kwaliteit van zorg en kostprijs analyses, maar zou geen afrekenmodel moeten zijn voor medisch specialisten. De weg naar minder schadelast in onze ziekenhuizen is immers al jaren geleden ingezet. Helaas is deze koerswijziging nog niet doorgedrongen tot de beloning van de vrijgevestigd specialisten. Vrijgevestigd specialisten doen zichzelf hiermee tekort en moeten, als zij maatschappelijk ondernemer willen blijven, zo snel

mogelijk van deze systematiek van belonen af. Goede alternatieve modellen voor een stimulerende prestatiebeloning zijn er meer dan voldoende.

Het alternatief voor verplicht loondienstverband

De alternatieve weg voor een verplicht loondienstverband bestaat dus samengevat uit twee belangrijke componenten. Geef een passende invulling aan de WNT voor alle medisch specialisten en zorg voor een drastische vernieuwing van het beloningsmodel voor vrijgevestigd specialisten op lokaal niveau. Samenwerking van overheid, ziekenhuisbestuurders en de Federatie voor Medisch Specialisten is bij het vinden van deze weg een belangrijke randvoorwaarde.

De loondienst CAO voor medisch specialisten heeft goede elementen van beloning in zich. Onderdelen van deze CAO kunnen helpen bij het lokaal stimuleren van medisch ondernemerschap in de zorg. Als opgelegd beloningsmodel voor alle medisch specialisten biedt het echter onvoldoende mogelijkheden om samen de financiële vrijheden te kiezen die nodig zijn voor de sterk veranderende ziekenhuiszorg op lokaal niveau.

Thomas Hoyng

Econoom / Accountant en werkzaam bij Medworq Zorgvernieuwers