



Grote Bickersstraat 74  
1013 KS Amsterdam

Postbus 247  
1000 AE Amsterdam

t 020 522 54 44  
f 020 522 53 33  
e [info@tns-nipo.com](mailto:info@tns-nipo.com)  
[www.tns-nipo.com](http://www.tns-nipo.com)

**Political & Social**

**Verslag**

## **De regulering van medisch specialisten**

*Discussies met specialisten, bestuurders en zorgverzekeraars*

LAMMERTS

E9925 | 7 februari 2008

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

# Inhoud

---

<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>1</b>
1.1	Inleiding	1
1.2	Doelstelling	1
1.3	Methode	2
1.4	Opzet	2
1.5	Doelgroep	3
1.6	Interpretatie van de onderzoeksgegevens en rapportage	4

---

<b>2</b>	<b>Medisch specialisten</b>	<b>5</b>
2.1	Onderhandelingen en macht: specialisten en ziekenhuis	5
2.1.1	Onderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis	5
2.1.2	Machtsprocessen	5
2.1.3	Machtsverhouding onder de specialisten	6
2.2	Reguleringsplannen: voorstellen van uurtarief honorarium	6
2.2.1	Het huidige tarief	6
2.2.2	Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte	7
2.2.3	Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten	7
2.2.4	Voorstel voor een alternatief om het honorarium te berekenen	8

---

<b>3</b>	<b>Bestuurders</b>	<b>9</b>
3.1	Onderhandelingen en macht: specialisten en ziekenhuis	9
3.1.1	Onderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis	9
3.1.2	Machtsprocessen	9
3.1.3	Machtsverhouding onder specialisten	9
3.2	Reguleringsplannen	10
3.2.1	Het huidige tarief	10
3.2.2	Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte	10
3.2.3	Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten	11
3.2.4	Voorstel alternatieve berekening honorarium	11
3.3	Onderhandelingen B-segment	11
3.3.1	Samenvatting	11

---

	<b>Bijlagen</b>	
1	Onderzoeksverantwoording	
2	Checklist	
3	Samenvattingen van de gesprekken met medisch specialisten	
4	Samenvattingen van de gesprekken met bestuurders van ziekenhuizen	

---

# **1      **Introductie****

## **1.1    **Inleiding****

Binnen een ziekenhuis nemen medisch specialisten een bijzondere plaats in. Zij beschikken over gespecialiseerde kennis en informatie hetgeen een adequate bekostiging noodzakelijk maakt.

Tot 2008 werd de bekostiging van medisch specialisten bepaald aan de hand van een lumpsum en maximum uurtarieven. De hantering van de lumpsum is vanaf 2008 afgeschaft. Sinds eind 2007 vinden daarom onderhandelingen plaats binnen bepaalde grenzen over het uurtarief c.q. het honorariumtarief van medisch specialisten.

Wanneer in 2009 de maatstaf concurrentie wordt ingevoerd en de focus op integrale prijzen van DBC's komt te liggen, is deelregulering van de medisch specialisten minder wenselijk.

De NZa onderzoekt de mogelijkheid van een nieuw reguleringsmodel (regulering op het niveau van de instelling). Per instelling zal daarbij worden gekeken naar het uurtarief vermenigvuldigd met de normtijd en het aantal te verwachten DBC's. Het totale bedrag kan worden besteed om medisch specialisten te bekostigen.

Of dit reguleringsmodel een model is dat voor alle partijen werkbaar is en geaccepteerd zal worden, hangt onder andere af van de marktverhouding tussen de verschillende partijen en de onderhandelingen die daaruit voortvloeien. De NZa heeft daarom TNS NIPO gevraagd een kwalitatief onderzoek uit te voeren onder specialisten en bestuurders van ziekenhuizen.

## **1.2    **Doelstelling****

Doel van het onderzoek is inzicht in meningen van medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen te krijgen ten aanzien van voorstellen gericht op de tarieven van honorering van medisch specialisten.

Om dit inzicht te verkrijgen, is ingegaan op de wijze en sfeer waarin de onderhandelingen plaatsvinden en de daarbij van belang zijnde machtsverhoudingen die spelen binnen de ziekenhuizen. Tevens is bekeken wat men van het huidige uurtarief vindt en hoe men tegenover vrijheden in het honorarium staat en eventuele alternatieve voorstellen.

### **1.3 Methode**

Gekozen is voor de methode van kwalitatief onderzoek, omdat enerzijds alle aspecten die leven rondom het onderwerp aan bod kunnen komen en anderzijds omdat het onderzoek een sterk inventariserend karakter heeft.

Binnen het kwalitatieve onderzoek is gekozen voor de methode van diepte-interviews. Enerzijds vanwege het onderwerp dat voor een groot aantal specialisten en bestuurders een privéaangelegenheid is of op zijn minst informatie is die men niet openlijk met concurrerende ziekenhuizen wenst te bespreken. Anderzijds bieden diepte-interviews praktische/organisatorische voordelen in het uitvoeren van het onderzoek boven een groepsdiscussie (het is organisatorisch zeer lastig om deze doelgroep op één tijdstip op één dag bij elkaar te krijgen). Vooral binnen de groep bestuurders, leden van de raad van bestuur van de ziekenhuizen, heeft een flexibele opstelling bij het maken van afspraken zoals mogelijk is bij een-op-eengesprekken (op moment en plaats die men wenst) ervoor gezorgd dat een aantal zeer vooraanstaande personen meegewerkt heeft aan dit onderzoek.

### **1.4 Opzet**

Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd in de vorm van een-op-eengesprekken van een uur.

In totaal zijn acht specialisten en zeven bestuurders ondervraagd. Ongeveer de helft van de gesprekken hebben plaatsgevonden op de werkplek van de deelnemers, de andere helft van de gesprekken zijn gehouden ten kantore van TNS NIPO.

De gesprekken hebben plaatsgevonden in de laatste weken van december 2007 en de eerste weken van januari 2008.

De bevindingen uit de verschillende gesprekken zijn in dit rapport per doelgroep weergegeven.

## 1.5 Doelgroep

In onderstaande tabellen zijn in schematische vorm de gegevens van de respondenten weergegeven.

---

### 1 | Overzicht van de medisch specialisten

---

Specialisme	Leeftijd	m/v	Ziekenhuis	Loond./vrijgvstgd
<i>Orthopedische Chirurgie</i>	44	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Vrijgevestigd</i>
<i>Neurologie</i>	53	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Vrijgevestigd</i>
<i>Oogheelkunde</i>	34	<i>vrouw</i>	<i>Academisch Ziekenhuis</i>	<i>Loondienst</i>
<i>Interne/Nefrologie</i>	43	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Vrijgevestigd</i>
<i>Medische microbiologie</i>	45	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Loondienst</i>
<i>Cardiologie</i>	54	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Loondienst</i>
<i>Plastische Chirurgie</i>	40	<i>vrouw</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Loondienst</i>
<i>Pulmonologie</i>	55	<i>vrouw</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>	<i>Freelance</i>

---

---

### 2 | Overzicht van de bestuurders van ziekenhuizen

---

Functie	Leeftijd	m/v	Ziekenhuis
<i>Raad van bestuur, Directeur Patiëntenzorg</i>	51	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>
<i>Voorzitter raad van bestuur</i>	53	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>
<i>Voorzitter raad van bestuur</i>	58	<i>man</i>	<i>Academisch Ziekenhuis</i>
<i>Voorzitter raad van bestuur</i>	56	<i>vrouw</i>	<i>Academisch Ziekenhuis</i>
<i>Directeur (2<sup>e</sup>)</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>
<i>Algemeen directeur</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>
<i>Algemeen directeur</i>	<i>n.v.t.</i>	<i>man</i>	<i>Algemeen Ziekenhuis</i>

---

## **1.6 Interpretatie van de onderzoeksgegevens en rapportage**

Kwalitatief onderzoek is vooral verkennend en inventariserend van aard. De resultaten ervan moeten dan ook in de eerste plaats gezien worden als indicaties of als hypothesen en niet als cijfermatig bewezen zekerheden.

Dit rapport geeft de belangrijkste resultaten van het onderzoek weer, waarbij allereerst ingegaan wordt op de gesprekken die gevoerd zijn met specialisten. Vervolgens wordt ingegaan op de interviews die gevoerd zijn met de leden van de raad van bestuur van verschillende ziekenhuizen.

De resultaten van dit onderzoek staan uitsluitend ter beschikking van de opdrachtgever en de door hem gemachtigden.

## **2 Medisch specialisten**

In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van de belangrijkste inzichten die zijn verkregen uit de gesprekken met medisch specialisten. Daarbij is het van groot belang te beseffen dat de meningen en ervaringen van de acht geïnterviewde specialisten zeer uiteenliepen, zowel wat betreft de achtergrond en situaties als wat de meningen betreft. Het uitsluitend doornemen van dit hoofdstuk zal niet volledig recht doen aan de inzichten die verkregen zijn uit de gesprekken. In de bijlagen wordt daarom ter illustratie per specialist een beschrijving gegeven van de belangrijkste aspecten die in het desbetreffende interview genoemd zijn.

### **2.1 Onderhandelingen en macht: specialisten en ziekenhuis**

In deze paragraaf wordt puntsgewijs ingegaan op de verschillende partijen die mogelijk een rol spelen bij onderhandelingen. Tevens wordt aandacht besteed aan de machtsverhoudingen en hiërarchie binnen de ziekenhuizen. In zijn algemeenheid geven specialisten aan dat hun macht is afgenomen in de afgelopen jaren. Bovendien moeten zij meer verantwoordelijkheid dragen voor de organisatie van de ziekenhuizen.

#### **2.1.1 Onderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis**

Vrijgevestigde artsen geven in meerdere mate aan indirect betrokken te zijn bij onderhandelingen (via een overlegorgaan, intern dan wel extern). Vaak wordt eerst uitgebreid gesproken binnen de maatschap en vervolgens vindt overleg plaats tussen de maatschapstaf en de ziekenhuisdirectie.

Artsen die in loondienst zijn, geven aan dat er niet over honoraria gesproken wordt. Men is in dienst van het ziekenhuis en onderhandelt zelf niet (afgezien van indiensttreding). De onderhandelingen worden uitgevoerd door ‘managers’ (clustermanagers, MT, medische staf etc. en de raad van bestuur).

Tijdens de onderhandelingen worden productieafspraken gemaakt en wordt gesproken over personele bezetting. Ook komen de thema’s ‘fusie’ en ‘financiën’, ‘materialen’ en ‘kwaliteit’ aan de orde.

Men ervaart de laatste tijd meer druk en heeft het gevoel dat door de ziekenhuisdirecties vooral financieel of cijfermatig gedacht wordt waardoor soms voorbijgegaan wordt aan de kwaliteit van de zorg.

#### **2.1.2 Machtsprocessen**

Door de specialisten wordt aangegeven dat de macht vroeger vooral lag bij de specialisten. Nu ervaart men een verschuiving van de macht naar de raad van bestuur

hetgeen een gevolg is van kostenbeheersing. De specialisten zullen in de toekomst steeds meer een eigen plan trekken en ook moeten trekken. Men heeft de angst dat anders de macht komt te liggen bij de overheid en de zorgverzekeraars.

Meerdere malen komt naar voren dat de specialisten bang zijn voor een ‘verkilling’ van de zorg. De betrokkenheid met de patiënten en de zorg wordt minder.

Tevens wordt aangegeven dat de regelgevingen en systemen (DBC-problematiek etc.) tegenwoordig te complex zijn voor specialisten om ervan op de hoogte te zijn. Dit vindt men een zorgwekkende ontwikkeling omdat daardoor beslissingen voor de specialisten worden genomen door mensen met minder inzicht in het vak.

Een enkeling verwacht dat in de toekomst weer meer evenwicht in de machtsverhouding zal ontstaan, omdat men er steeds meer achter zal komen dat men elkaar nodig heeft.

### **2.1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Uit vrijwel alle gesprekken blijkt dat binnen de ziekenhuizen duidelijke verschillen zijn tussen de specialismen. Men geeft meermaals aan dat de snijdende specialismen en de specialismen waarbij leven en dood op de voorgrond staan (zoals cardiologie) bovenin de hiërarchie zitten. Specialismen als dermatologie en kindergeneeskunde zitten van oudsher onderaan de lijst. De grote specialismen als chirurgie en interne geneeskunde krijgen aanzienlijk meer voor elkaar en zijn omzet bepalend i.t.t. de kleinere groepen als oogheelkunde.

Ook grotere maatschappen krijgen meer voor elkaar dan kleinere maatschappen. Bij deze kleinere maatschappen is de druk dan ook groot hetgeen soms conflicten veroorzaakt.

Maatschappen hebben wel meer macht dan artsen in loondienst. Specialist in loondienst zijn weer meer bezig met extraatjes omdat de rest al geregeld is.

## **2.2 Reguleringsplannen: voorstellen van uurtarief honorarium**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de meningen en ervaringen omtrent de nieuwe reguleringsplannen. Daarbij wordt de mening ten aanzien van het huidige tarief bekeken en wordt ingegaan op het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte. Tot slot wordt aandacht besteed aan de gewenste en ervaren vrijheden in het honorarium van medisch specialisten.

### **2.2.1 Het huidige tarief**

Het huidige uurtarief voor medisch specialisten wordt over het algemeen net goed of te laag bevonden. Weinig artsen zijn echt te spreken over het bedrag, ook omdat het laag is



vergeleken met andere beroepsgroepen. Medisch specialisten in loondienst ontvangen een lager tarief dan de vrijgevestigden.

Kritiek is dat er bij vaststelling van het uurtarief geen rekening is gehouden met aspecten als onregelmatige werktijden, organisatorische verantwoordelijkheid en uren die men thuis werkt. Men noemt het uurtarief niet toepasbaar en spreekt over 'disutilisatie'.

Specialisten werkzaam in een academisch ziekenhuis geven aan het tarief aan de lage kant te vinden, maar zich wel te beseffen dat binnen de huidige situatie niet meer gevraagd kan worden.

Men twijfelt over de marktwerking aangezien er momenteel een tekort is aan specialisten waardoor men altijd bovenin gaat zitten.

### **2.2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Voor specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen ligt het tarief vast, er kan niet over onderhandeld worden.

Vrijgevestigde specialisten vinden het nieuwe uurtarief aan de lage kant. Men gaat er in veel gevallen op achteruit. Men heeft bovendien kritiek op de onduidelijkheid over hoe de bandbreedte toegepast dient te worden.

Bovendien geven vrijgevestigde specialisten aan dat met de afschaffing van de lumpsum en invoering van de nieuwe regeling er meer discussie op de werkvloer zal ontstaan, omdat het ziekenhuis een budget krijgt waar het allemaal van gedaan moet worden. Vrijwel alle specialisten verwachten dat er dan achter de voordeur nog een herverdeling zal plaatsvinden zodat de verschillen weer wat nivelleren.

Men geeft aan dat door de invoering van een uurtarief met een bandbreedte er meer concurrentie zal zijn en dat patiënten sneller zullen kiezen voor commerciële klinieken.

### **2.2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Men staat over het algemeen niet positief tegenover vrijheden in het honorarium aangezien dit waarschijnlijk rivaliteit zal opleveren hetgeen ten koste van de kwaliteit van zorg zal gaan. Men geeft aan dat er teveel nadruk zal komen te liggen op de financiële kant van de zorg. Specialisten zijn bang dat de vrijheden ten koste zullen gaan van ethische normen die je als dokter handhaaft.

Anderzijds ziet een enkeling ook een positieve kant in van vrijheden in honoraria zoals het mogelijke positieve effect doordat men als specialist geprikkeld zal worden het beste in het vak te willen zijn. Ook geeft een enkeling aan dat de vrijheden de specialist van kleinere specialismen meer mogelijkheden geven waardoor deze artsen sneller bij een ziekenhuis zullen blijven in plaats van uit te wijken naar privéklinieken.

Men is verder van mening dat er in ieder geval voldoende ruimte moet blijven tussen ziekenhuis en specialist om binnen te onderhandelen.

#### **2.2.4 Voorstel voor een alternatief om het honorarium te berekenen**

*Voor inzicht in het aangeboden alternatief; zie de checklist in de bijlage*

Men is niet heel positief over het voorstel aangezien het uitsluitend op geld gebaseerd is. Wel vindt men het een voordeel dat geldstromen inzichtelijk worden gemaakt.

Een aantal artsen verwacht dat het alternatief een hoeveelheid aan administratie met zich meebrengt (controles etc.). Zij geven bovendien aan niet helemaal te overzien wat de impact zal zijn, men vindt het nog onduidelijk.

Tijdens de gesprekken zijn veel opmerkingen gemaakt over de DBC's die te maken hebben met administratie, de betrouwbaarheid van gegevens etc. Het oordeel over het voorstel kan te maken hebben met de mening over de DBC's waarover de artsen dus niet allemaal even tevreden zijn. Voor de afzonderlijke houding ten aanzien van de DBC's verwijzen wij naar de gesprekkensamenvattingen in de bijlagen.

## **3 Bestuurders**

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de resultaten uit de gesprekken met de individuele bestuurders van ziekenhuizen. Ook voor deze doelgroep geldt, misschien zelfs wel in grotere mate, dat het uitsluitend doornemen van een gezamenlijke mening afbreuk doet aan de intenties en visies van de individuele bestuurders. Ook wat de bestuurders betreft, is het daarom zeer aan te bevelen de individuele samenvattingen in de bijlagen uitgebreid door te nemen.

### **3.1 Onderhandelingen en macht: specialisten en ziekenhuis**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende partijen die volgens de bestuurders van ziekenhuizen een rol spelen bij onderhandelingen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de machtsverhoudingen en hiërarchie binnen de ziekenhuizen.

#### **3.1.1 Onderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis**

De onderhandelingen vinden plaats tussen het MT en de raad van bestuur. Hierbij kan het MT ook een stafmaatschap zijn, dat is afhankelijk van het soort ziekenhuis. Binnen een UMC zal het honorarium niet besproken worden aangezien de specialisten daar in loondienst zijn. Als de raad van bestuur te maken heeft met een stafmaatschap dan zal het uurtarief een belangrijk onderwerp vormen in de onderhandelingen.

#### **3.1.2 Machtsprocessen**

Sommige bestuurders geven aan dat de macht voornamelijk bij de raden van bestuur is komen te liggen. Zij wijzen geen oorzaak aan, maar er wordt door een enkeling wel een verband gelegd tussen de introductie van de lumpsum en de machtsverschuiving richting bestuurders. Voor andere ziekenhuizen geldt dit echter niet of in mindere mate. Soms is er sprake van gedelegeerde macht van de raad van bestuur aan divisieleidingen. Ook ligt de medische verantwoordelijkheid (de inhoudelijke verantwoordelijkheid) vaak wel bij de medisch specialisten.

#### **3.1.3 Machtsverhouding onder specialisten**

Chirurgie en interne geneeskunde, de grote moedervakken, hebben vaak meer macht en krijgen daarom meer gedaan. Zij zijn financieel ook interessant voor een ziekenhuis. De kinderartsen en meer in het algemeen de kleine specialismen hebben minder invloed uit te oefenen.

Er is ook een verschil tussen loondienst en vrijgevestigden aan te geven waarbij de eersten minder te zeggen hebben dan de vrijgevestigden. Zij hebben minder speelruimte terwijl de vrijgevestigden vrijer kunnen onderhandelen.

Er ontstaan spanningen, met name bij de gynaecologen over de disutiliteiten.

## **3.2 Reguleringsplannen**

In deze paragraaf wordt de mening van de leden van de raden van bestuur uiteengezet.

### **3.2.1 Het huidige tarief**

Weinig bestuurders laten zich uit over het huidige tarief, maar een enkeling wist aan te geven dat de focus op tarieven überhaupt geen goed idee is. De focus op tarieven leidt de aandacht van de zorg af. Het zou meer moeten gaan om inhoudelijke zaken zoals kwaliteit en efficiency.

Tijdens de gesprekken is gebleken dat de meeste ondervraagde ziekenhuizen nog bezig zijn met onderhandelingen. Diegenen die de onderhandelingen afgerond hebben, zijn doorgaans gaan zitten op 132 euro zonder gebruik te maken van de bandbreedte. Andere ziekenhuizen proberen wel met voorstellen te komen om met die bandbreedte te gaan werken.

Sommige bestuursleden geven aan zich niet te bemoeien met de verdelingen van de tarieven binnen de maatschap terwijl anderen aangeven dit juist wel te doen.

### **3.2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

De meningen lopen uiteen voor wat betreft het nieuwe uurtarief en de bandbreedte. Wel wordt door een aantal aangegeven dat het moeilijk in de praktijk te brengen is, omdat niet duidelijk is hoe je de bandbreedte moet toepassen.

Ook is de bandbreedte een plafond waarbij je niet boven de +6 mag komen anders bega je een economisch delict. Je zult om bepaalde specialisten te behouden of aan te trekken toch met een soort van honorering komen zodat zij willen blijven/komen. Hierbij wordt gekeken naar een herverdeling achter de voordeur waarbij bijvoorbeeld de academische component een rol speelt.

Ook wordt aangegeven dat het neigt naar het werken met stukloon wat makkelijk ten koste van de kwaliteit zou kunnen gaan.

Bestuurders hebben het gevoel dat de medisch specialisten te laat wakker zijn geworden ten aanzien van reguleringsplannen. De reguleringsplannen geven volgens de bestuurders in de organisatie onduidelijkheid en wrijving tussen specialismen. Dit doet afbreuk aan de goede verhoudingen binnen maatschappen en tussen maatschappen.

### **3.2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Op zich zouden er meer vrijheden voor medisch specialisten kunnen zijn, maar dan moet het wel gekoppeld worden aan mogelijkheden om meer medisch specialisten op te leiden zodat er sprake is van een eerlijke marktwerking waarbij vraag en aanbod goed op elkaar afgestemd kunnen worden. Momenteel worden de vrijheden van privéklinieken gebruikt om een hoger honorarium te kunnen creëren

Het boven in de bandbreedte gaan zitten, betekent dat het ten koste gaat van de verpleegkundigen want het geld moet ergens vandaan komen.

### **3.2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Een aantal is positief vanwege de opgelegde harmonisatie die van het voorstel uitgaat.

Ook wordt een aantal negatieve punten genoemd. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoe dit voorstel in de praktijk gebracht moet worden. Het vormt daarnaast geen echt alternatief voor de huidige verhoudingen. Wat verder als negatief punt wordt aangegeven, is dat er geen formele lijn van regie is waarin de afspraken ook in de totaalbudgetten vervat zijn.

## **3.3 Onderhandelingen B-segment**

### **3.3.1 Samenvatting**

Voor wat betreft de concrete cijfers wordt verwezen naar de bijlage met de interviewtranscripties. De cijfers lopen zeer uiteen waardoor het niet zinvol is deze hier te rapporteren. Voor een aantal geldt dat de onderhandelingen nog lopen en het blijkt wel dat niet voor elk ziekenhuis het B-segment even belangrijk is. Ook werd aangegeven dat de prijs en prestatieomschrijving de nadruk krijgen in de onderhandelingen. De veranderde financieringsstructuur van het B-segment speelt wel een rol in de onderhandelingen. Er wordt verwacht dat het B-segment zal groeien omdat dit segment verruimd wordt. Verder zullen, doordat de vraag hoger is dan het aanbod, de prijzen stijgen.

De trend is wel dat er weinig echte veranderingen ten aanzien van prijs en volumeafspraken zijn ten opzichte van vorig jaar.

## **Bijlagen**

## **Bijlage 1 Onderzoeksverantwoording**

## **Bijlage 2 Checklist**



## Concept vraagpuntenschema's ( E 9925 S)

**A. opzet gesprekken met medisch specialisten**

**B. opzet gesprekken met directie ziekenhuizen**

december 2007

TNS NIPO

### Doelstelling mondelinge gesprekken:

- *Hoe kijken partijen tegen de machtsverhouding tussen medisch specialisten en ziekenhuis aan en wat is het verschil in machtsverhouding tussen medisch specialisten?*
- *Hoe kijken de veldpartijen (specialisten en directies) de door NZa voorgestelde alternatieve toepassingen van het uurtarief beoordelen?*
- *Hoe oordelen bestuurders en verzekeraars over onderhandelingen 2008?*

### Aanpak

- *Mondelinge interviews op locatie TNS NIPO i.s.m. NZa (o.a. oriëntatie en afstemming gesprekopzet voor veldinterviews)*
- *Mondelinge interviews op locatie van de veldpartijen (medisch specialisten en directie ziekenhuizen)*
- *Planning data afname interviews (week 51 en week 2)*

## 1. Concept gespreksopzet mondelinge interviews met medisch specialisten (t=60 min)

### Introductie

Hartelijk welkom op TNS NIPO Healthcare. Mijn naam is.....

Uw medewerking aan dit project stellen wij zeer op prijs TNS NIPO Healthcare voert dit project uit in opdracht van de NZa. Dit project heeft betrekking op plannen met betrekking tot de regulering van het honorarium van medisch specialisten.

In dit gesprek, dat ongeveer een uur zal duren, wil ik het met u hebben over drie onderwerpen:

- Wat u vindt van de onderhandelingen die plaatsvinden tussen medisch specialisten en het ziekenhuis op het gebied van het vaststellen van het honorarium?
- Wat uw mening is over de door de NZa voorgestelde reguleringsplannen voor het honorarium van medisch specialisten?

Over deze onderwerpen stel ik u enkele vragen. Ik wijs u erop dat in dit gesprek geen sprake is van goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening en ervaringen. In verband met het zorg dragen voor anonimiteit verzoek ik u niet de naam van uw ziekenhuis te noemen. Duidt dit aan met algemeen of academische ziekenhuis. Verder zal ik u met U aanduiden en niet uw achternaam noemen.

*Indien gesprek op locatie TNS NIPO:* We voeren enkele gesprekken hier in Amsterdam uit. Dit biedt de mogelijkheid dat enkele medewerkers van de opdrachtgever (NZa) dit gesprek in een andere kamer via een gesloten tv-systeem kunnen volgen. Mochten er nog onduidelijkheden of vragen van hun kant zijn dan kunnen die in de loop van dit gesprek nog worden meegenomen.

Ik wijs u erop dat de NZa geen inzage krijgt in de namen van de ondervraagde dan wel ziekenhuizen waar men werkzaam is. Het gaat hier – en straks in de rapportage – alleen om de aanduiding van ondervraagde specialisten.

#### **Kennismaking ( 5 min)**

Voor we nu aan de thema's van dit gesprek beginnen, wil ik u vragen wat over u zelf te vertellen zoals uw specialisme en sinds wanneer u specialist bent?

Daarna doorvragen op punten:

- *als leeftijd, bent u werkzaam in een algemeen of academisch ziekenhuis;*
- *indien in een algemeen ziekenhuis: klein, middelgroot of groot;*
- *sinds wanneer in dit ziekenhuis werkzaam, werkt u daar in loondienst dan wel als vrijgevestigd specialist;*
- *werkt u daar fulltime/parttime;*
- *heeft u binnen of buiten het ziekhuis nog bepaalde bestuurlijke werkzaamheden? Voorbeelden;*
- *heeft u ook werkzaamheden in een privé kliniek en is dit te combineren?*

## **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis (15 min)**

1. Als we het met u hebben over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis, waar moet u dan vooral aan denken?

Doorvraagpunten:

- *In welke periode van het jaar zijn die onderhandelingen?*
- *Welke onderwerpen zijn voor u dan vooral belangrijk?*
- *Tussen welke personen gelet op de functie vinden deze onderhandelingen plaats?*
- *Maakt u zelf deel uit van die onderhandelingen en wat is uw rol of taak daarin?*
- *Wat zijn opvallende verschillen tussen onderhandelingen 3-5 jaar geleden en thans die tussen specialisten en ziekenhuis (o.a. thema's, sfeer, resultaten)?*
- *Zijn voor u die verschillen positief of negatief?*
- *Wat is vooral het positieve dan wel negatieve in de bestaande onderhandelingen?*
- *Hoe omschrijft u de huidige positie van specialisten in het onderhandelingsproces met het ziekenhuis (idem en die vanuit het perspectief van het ziekenhuis)?*

2. Bij onderhandelingen is er sprake van twee partijen zoals hier het ziekenhuis en de specialisten. Bij welke partij lag voorheen de macht in dit proces en hoe zou u de huidige macht tussen de partijen aanduiden?

Doorvraagpunten:

- *Kan er worden gesproken over enige machtsverschuiving in de tijd; naar welke partij en wat vindt u hiervan gelet op de gevolgen daarvan?*
- *Wat duidt u als mogelijke oorzaak aan van die machtsverschuiving?*
- *Tegen welke problemen loopt men aan door de huidige machtsverhoudingen?*
- *Welke machtsmiddelen worden er door welke partij ingezet?*
- *In welke richting verwacht u dat die machtsverschuiving zich in de komende jaren gaat ontwikkelen en wat vindt u daarvan?*
- *Welke verandering zou u op dit gebied wenselijk achten en waarom?*

3. Tot nu toe gehad over de onderhandelingen en macht tussen ziekenhuis en specialisten in het algemeen. Tot slot van dit thema wil ik met u ingaan om een beeld te schetsen van de machtsverhouding tussen verschillende categorieën specialismen in het ziekenhuis.

Doorvraagpunten:

- *Bij welke specialismen ligt thans meer dan wel minder macht? (redenen)*
- *Lagen die verhoudingen 5 jaar geleden anders dan nu? (redenen)*
- *Wat betekent het dat de ene categorie meer macht heeft/vertoont dan de andere o.a. wat zijn hiervan de gevolgen bijvoorbeeld op het terrein van onderhandeling over honorarium?*
- *Is er sprake van verschil tussen specialisten in loondienst dan wel vrijgevestigde; mogelijke gevolgen?*
- *Onderhandelt u als specialist met het ziekenhuis alleen of binnen uw specialisme of op nog grotere schaal: hoe ziet dit er in de praktijk uit en wat vindt u daarvan?*
- *En op welke niveau van de ziekenhuisorganisatie onderhandelt u als specialist dan wel als groep specialisten; wat vindt u daarvan?*

- *Wat verwacht u dat er aan verandering op dit terrein zal plaatsvinden in de komende jaren of wie met wie onderhandelt op welk niveau en wat vindt u daarvan?*

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium (25 min)**

(Ter info:

t/m 2007 systeem met lumpsum, in 2008 via tarief met bandbreedte en eventueel tussen 2009-2011 via ander systeem, dit laatste is alleen nog niet zeker en is waar de NZa nu een advies voor aan het schrijven is.)

Vervolgens wil ik het met u hebben over enkele reguleringsplannen die betrekking hebben op het uurtarief of het honorarium van de medisch specialist.

1. Zoals u weet bedraagt het maximum uurtarief voor een medisch specialist thans 148,50 euro. Hoe kijkt u tegen dit maximum tarief aan?

Doorvraagpunten:

- *Hoe werd hiermee tot nu toe in de onderhandelingen omgegaan?*
- *Werd dit in de praktijk beschouwd als een vast tarief?*
- *In onderhandelingen tussen medisch specialisten werd dit uurtarief als een vast bedrag gezien of speelde een lagere prijs mogelijk ook een rol?*
- *En hoe werd dit gehanteerd in de onderhandeling tussen medisch specialisten en het ziekenhuis?*
- *Welke aspecten van het honorarium speelden vooral een rol bij de onderhandelingen?*

2. Zoals u waarschijnlijk wel weet, bedraagt in 2008 het uurtarief 135,50 euro voor een medisch specialist in combinatie met een bandbreedte plus/min 6 euro. Hoe kijkt u tegen dit uurtarief aan en hoe wordt er in het ziekenhuis mee omgegaan?

Doorvraagpunten:

- *Zijn er tussen specialisten en het ziekenhuis hierover onderhandelingen geweest, over welke aspecten en met welk resultaat? Wat vond u ervan?*
- *Wat zijn de effecten van afschaffing lumpsum op de macht en relatie tussen specialist en bestuurder?*
- *Zal er nog sprake zijn van herverdeling achter voordeur?* (Bij lumpsum declareren specialisten hun verrichtingen, maar is dit lager dan waar zij recht op hebben dan wordt loon via lumpsum (zijn per ziekenhuis afspraken over gemaakt) rechtgetrokken. De vraag is dus of zo'n herverdeling ook plaats gaat vinden bij deze nieuwe regulering.)

3. Een belangrijk aspect van de reguleringsplannen is de aandacht voor meer vrijheden in het honorarium van medisch specialisten. Bent u van mening dat in deze markt meer ruimte moet komen voor vrijheden?

Doorvraagpunten:

- *T.a.v. welke aspecten van deze markt vindt u die vrijheden wenselijk (resp. niet wenselijk) en waarom?*
- *Op welke termijn vindt u die vrijheden wenselijk en waarom?*
- *Met welke beperkingen heeft die ziekenhuismarkt thans volgens u te maken en wat heeft dit voor gevolgen?*
- *Indien niet genoemd: in hoeverre werkt het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) beperkend?*
- *T.a.v. welke aspecten van de ziekenhuismarkt vindt u dat er aanvullend beleid moet worden ontwikkeld om meer vrijheid toe te staan in deze markt?*
- *Aan welke tussenstappen denkt u, die volgens u wenselijk dan wel mogelijk zijn om uiteindelijk het pad van meer vrijheden te kunnen gaan ontwikkelen?*

4. Ik laat u tot slot een formulier lezen. Hierop wordt een alternatief beschreven voor het berekenen van het honorarium. Wilt u dit lezen en daarna gaarne uw mening hierover geven. Interviewer: overhandig formulier 1.

- *U hebt het bekeken en wat spreekt u hierin aan of niet?*
- *Ziet u voor-/nadelen t.o.v. de vaststelling van het uurtarief van 2008?*
- *Denkt u dat het voorstel gevolgen voor de machtsverhouding tussen specialist en ziekenhuis heeft?*
- *Wat zijn de uitvoeringslasten van het voorstel?*
- *Nog op-/aanmerkingen?*

#### **Tot slot**

Heeft u nog aan- of opmerkingen naar aanleiding van dit gesprek?

Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking.

## formulier 1

*Een mogelijk alternatief voor bekostiging van medisch specialisten tussen 2009-2012 zou zijn de honorariumbedragen te berekenen op instellingenniveau.*

*Dit wil zeggen dat er per instelling wordt gekeken naar het uurtarief (135,50 euro) maal de normtijd maal het aantal te verwachte DBC's.*

*Het totale bedrag kan worden besteed om medisch specialisten te bekostigen.*

*Het is dus aan het ziekenhuis en de medisch specialist om een honorariumbedrag af te spreken. Het ziekenhuis zal er voor moeten zorgen dat de totale loonkosten niet boven het vastgestelde bedrag uitkomen.*

*Kijkend op macroniveau dan wordt er op basis de som van de gemiddelde uurtarieven per behandeling (uurtarief  $135,50 \cdot \text{normtijd} \cdot \text{aantal verwachte DBC's}$ ) een bedrag vastgesteld. Dit is het maximale bedrag dat besteed kan worden aan uurloon per specialisten. Hoe dit totale bedrag verdeeld wordt over de uurlonen van de specialisten is aan het ziekenhuis (en de specialisten) zelf door middel van onderhandelen.*

*Het is dus mogelijk dat specialist A een uurloon van 160 euro heeft en specialist B een uurloon van 100 euro.*

Wat is uw mening hierover?

## **B. Concept gespreksopzet mondelinge interviews met directies ziekenhuis (t=60 min)**

### **Introductie**

Hartelijk welkom op TNS NIPO Healthcare. Mijn naam is..... Uw medewerking aan dit project stellen wij zeer op prijs TNS NIPO Healthcare voert dit project uit in opdracht van de NZa en heeft betrekking op plannen met betrekking tot de regulering van het honorarium van medisch specialisten.

In dit gesprek wil ik het met u hebben over twee onderwerpen:

- *Wat u vindt van de onderhandelingen, die plaatsvinden tussen het ziekenhuis en medisch specialisten op het gebied van het vaststellen van het honorarium?*
- *En wat uw mening is over de door de NZa voorgestelde reguleringsplannen voor het honorarium van medisch specialisten?*
- *En tot slot uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars in het licht van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B-segment in 2008?*

Over deze onderwerpen stel ik u enkele vragen. Ik wijs u erop dat in dit gesprek geen sprake is van goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening en ervaringen.

In verband met het zorg dragen voor anonimiteit verzoek ik u niet de naam van uw ziekenhuis te noemen. Duidt dit aan met algemeen of academische ziekenhuis. Verder zal ik u met U aanspreken en niet uw achternaam noemen.

*Indien gesprek op locatie TNS NIPO. We voeren enkele gesprekken hier in Amsterdam uit. Dit biedt de mogelijkheid dat enkele medewerkers van de opdrachtgever (NZa) dit gesprek in een andere kamer via een gesloten tv-systeem volgen. Mochten er nog onduidelijkheden of vragen van hun kant zijn dan kunnen die in de loop van dit gesprek nog worden meegenomen.*

*Ik wijs u erop dat NZa geen inzage krijgt in de namen van de ondervraagde dan wel ziekenhuizen waar men werkzaam is. Het gaat hier – en straks in de rapportage – alleen om de aanduiding ondervraagde specialisten dan wel directiefuncties.*

### **Kennismaking (5 min)**

Voor we nu aan de thema's van dit gesprek beginnen, wil ik u vragen wat over u zelf te vertellen zoals uw functie in het ziekenhuis en sinds wanneer bent u daar in deze functie?

Daarna doorvragen op punten:

- *Waar bent u in het ziekenhuis verantwoordelijk voor o.a. welke terreinen?*
- *Wat is uw leeftijd en vervult u uw functie in een algemeen of academisch ziekenhuis?*
- *Indien algemeen ziekenhuis: klein, middelgroot of groot?*
- *Sinds wanneer in dit ziekenhuis werkzaam, werkt u fulltime/parttime?*
- *Heeft u buiten het ziekenhuis nog andere functies/werkzaamheden?, (voorbeelden)*
- *Heeft u ook werkzaamheden in een privékliniek en is dit te combineren?*

## **I. Onderhandelingen en macht: ziekenhuis en medisch specialisten (15 min)**

1. Als we het met u hebben over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis, waar moet u dan vooral aan denken?

Doorvraagpunten:

- *In welke periode van het jaar zijn die onderhandelingen?*
- *Welke onderwerpen zijn voor u dan vooral belangrijk?*
- *Tussen welke personen gelet op de functie vinden deze onderhandelingen plaats?*
- *Maakt u zelf deel uit van die onderhandelingen en wat is uw rol of taak daarin?*
- *Wat zijn opvallende verschillen tussen onderhandelingen 3-5 jaar geleden en thans die tussen specialisten en ziekenhuis (o.a. thema's, sfeer, resultaten)?*
- *Zijn voor u die verschillen positief of negatief?*
- *Wat is vooral het positieve dan wel negatieve in de bestaande onderhandelingen?*
- *Hoe omschrijft u de huidige positie van specialisten in het onderhandelingsproces met het ziekenhuis (idem en die vanuit het perspectief van het ziekenhuis)?*

2. Bij onderhandelingen is er sprake van twee partijen zoals hier het ziekenhuis en de specialisten. Bij welke partij lag voorheen de macht in dit proces en hoe zou u de huidige macht tussen de partijen aanduiden?

Doorvraagpunten:

- *Kan er worden gesproken over enige machtsverschuiving in de tijd; naar welke partij en wat vindt u hiervan gelet op de gevolgen daarvan?*
- *Wat duidt u als mogelijke oorzaak aan van die machtsverschuiving?*
- *Tegen welke problemen loopt men aan door de huidige machtsverhoudingen?*
- *Welke machtsmiddelen worden er door welke partij ingezet?*
- *In welke richting verwacht u dat die machtsverschuiving zich in de komende jaren gaat ontwikkelen en wat vindt u daarvan?*
- *Welke verandering zou u op dit gebied wenselijk achten en waarom?*

3. Tot nu toe gehad over de onderhandelingen en macht tussen ziekenhuis en specialisten in het algemeen. Tot slot van dit thema wil ik met u ingaan om een beeld te schetsen van de mogelijke machtsverhouding tussen verschillende categorieën specialismen in het ziekenhuis

Doorvraagpunten:

- *Bij welke specialismen ligt thans meer dan wel minder macht? (redenen)*
- *Lagen die verhoudingen 5 jaar geleden anders dan nu? (redenen)*
- *Wat betekent dat de ene categorie meer macht heeft/vertoont dan de andere o.a. wat zijn hiervan de gevolgen bijvoorbeeld op het terrein van onderhandeling over honorarium?*
- *Onderhandelt dit ziekenhuis (of u) met individuele medisch specialisten of op grotere schaal: hoe ziet dit er in de praktijk uit en wat vindt u daarvan?*
- *En op welke niveau van de ziekenhuisorganisatie wordt er dan onderhandeld met de medisch specialisten? Wat vindt u daarvan?*



- *Wat verwacht u dat er aan verandering op dit terrein zal plaatsvinden in de komende jaren of wie met wie onderhandelt op welk niveau en wat vindt u daarvan?*

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium (25 min)**

(Ter info:

t/m 2007 systeem met lumpsum, in 2008 via tarief met bandbreedte en eventueel tussen 2009-2011 via ander systeem, dit laatste is alleen nog niet zeker en is waar de NZa nu een advies voor aan het schrijven is.)

Vervolgens wil ik het met u hebben over enkele reguleringsplannen die betrekking hebben op het uurtarief of het honorarium van de medisch specialist.

1. Zoals u weet bedraagt het maximum uurtarief voor een medisch specialist thans 148,50 euro. Hoe kijkt u tegen dit maximum tarief aan?

Doorvraagpunten:

- *Hoe werd hiermee tot nu toe in de onderhandelingen omgegaan?*
- *Werd dit in de praktijk beschouwd als een vast tarief?*
- *In onderhandelingen tussen medisch specialisten werd dit uurtarief als een vast bedrag gezien of speelde een lagere prijs mogelijk ook een rol?*
- *En hoe werd dit gehanteerd in de onderhandeling tussen medisch specialisten en het ziekenhuis?*
- *Welke aspecten van het honorarium speelden vooral een rol bij de onderhandelingen?*

2. Zoals u waarschijnlijk weet, bedraagt in 2008 het uurtarief 135,50 euro voor een medisch specialist in combinatie met een bandbreedte plus/min 6 euro. Hoe kijkt u tegen dit uurtarief aan en hoe wordt er in het ziekenhuis mee omgegaan?

Doorvraagpunten:

- *Zijn er tussen specialisten en het ziekenhuis hierover onderhandelingen geweest, over welke aspecten en met welk resultaat? Wat vond u ervan?*
- *Wat zijn de effecten van afschaffing lumpsum op de macht en relatie tussen specialist en bestuurder?*
- *Zal er nog sprake zijn van herverdeling achter voordeur? (Bij lumpsum declareren specialisten hun verrichtingen, maar is dit lager dan waar zij recht op hebben dan wordt loon via lumpsum (zijn per ziekenhuis afspraken over gemaakt) rechtgetrokken. De vraag is dus of zo'n herverdeling ook plaats gaat vinden bij deze nieuwe regulering.)*

3. Een belangrijk aspect van de reguleringsplannen is de aandacht voor meer vrijheden in het honorarium van medisch specialisten. Bent u van mening dat in deze markt meer ruimte moet komen voor vrijheden?

Doorvraagpunten:

- *T.a.v. welke aspecten van deze markt vindt u die vrijheden wenselijk (resp. niet wenselijk) en waarom?*
- *Op welke termijn vindt u die vrijheden wenselijk en waarom?*
- *Met welke beperkingen heeft die ziekenhuismarkt thans volgens u te maken en wat heeft dit voor gevolgen?*
- *Indien niet genoemd: in hoeverre werkt het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) beperkend?*
- *T.a.v. welke aspecten van de ziekenhuismarkt vindt u dat er aanvullend beleid moet worden ontwikkeld om meer vrijheid toe te staan in deze markt?*
- *Aan welke tussenstappen denkt u, die volgens u wenselijk dan wel mogelijk zijn om uiteindelijk het pad van meer vrijheden te kunnen gaan ontwikkelen?*

4. Ik laat u tot slot een formulier lezen. Hierop wordt een alternatief beschreven voor het berekenen van het honorarium bedragen. Wilt u dit lezen en daarna gaarne uw mening hierover geven. Interviewer: overhandig formulier 1.

- *U hebt het bekeken en wat spreekt u hierin aan of niet?*
- *Ziet u voor-/nadelen t.o.v. de vaststelling van het uurtarief van 2008?*
- *Denkt u dat het voorstel gevolgen voor de machtsverhouding tussen specialist en ziekenhuis heeft?*
- *Wat zijn de uitvoeringslasten van het voorstel?*
- *Nog op-/aanmerkingen?*

**Tekst formulier 1 (zie specialisten)**

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding ziekenhuiszorg in B-segment 2008 (15 min)**

We zijn nu gekomen aan het derde onderwerp van dit gesprek. Ik wil het tot slot met u hebben over wat u tot nu toe heeft kunnen constateren over de onderhandelingen en ontwikkelingen die betrekking hebben op de geplande uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B-segment. Onderhandelingen die in de afgelopen periode tussen enkele of meerdere zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben plaatsgevonden (resp. nog plaats zullen vinden).

Het zijn vooral vragen waar ik gaarne een kwantitatief getint antwoord op wil hebben en waar u vervolgens een toelichting op kan geven.

Gaat u bij het beantwoorden van de volgende vragen vooral uit van uw indrukken dan wel inschattingen.

Interviewer gebruik voor het stellen van de vragen en het noteren van de percentages formulier 2.

**Tot slot**

Heeft u nog aan- of opmerkingen naar aanleiding van dit gesprek?

Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking.

**Formulier 2: vragen voor zorgaanbieders (ziekenhuisdirecties) (mondeling te bespreken)**

<b>Onderwerpen en vragen</b>	<b>Schattingen (in %) plus toelichting</b>
<p><b>Algemeen</b></p> <p>1. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?</p>	<p>.....% van de zorgverzekeraars</p> <p>Korte toelichting:</p>
<p><b>Uitbreiding B-segment</b> (<i>Per 01-01-2008 wordt het B-segment uitgebreid naar 20% van de ziekenhuiszorg</i>)</p> <p>2. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?</p>	
<p><b>Volumeontwikkelingen</b></p> <p>3. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?</p> <p>4. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?</p> <p>5. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarover een schatting geven?</p> <p>6. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarover een schatting geven?</p>	<p>.....% van de zorgverzekeraars</p> <p>Korte toelichting:</p> <p>.....% stijging/daling</p> <p>Korte toelichting:</p> <p>.....% stijging/daling</p> <p>Korte toelichting:</p>
<p><b>Prijsontwikkelingen</b></p> <p>7. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?</p> <p>8. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?</p>	<p>.....% stijging/daling</p> <p>Korte toelichting:</p>

## **Bijlage 3 Samenvattingen van de gesprekken met medisch specialisten**

## **Interview 1, Medisch Specialist, 17-12-2007**

<b>Specialisme:</b>	Orthopedische Chirurgie
<b>Leeftijd en geslacht:</b>	44 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis, groot
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Vrijgevestigd

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De onderhandelingen over het aantal operaties vinden aan het einde van het jaar plaats. Daarnaast wordt aandacht besteed aan kwaliteit en materialen. Deze onderhandelingen worden gevoerd door de clustermanagers van de maatschappen. Binnen de maatschappen worden eerst vooronderhandelingen gevoerd door de specialisten onderling. Door een verwachte omzetsdaling bij het ziekenhuis van de arts verschuift het accent naar de inkomenssfeer waardoor de maatschappen onderling zich elk sterk maken voor hun deel van de taart. De solidariteit onder de specialisten valt hiermee gestaag weg.

#### **1.2 Machtsprocessen**

De machtsverhouding was voorheen gelijk maar nu lopen de inzichten van de medisch specialisten en de ziekenhuisbesturen uiteen en zullen de medisch specialisten een eenheid moeten gaan vormen, anders komt de macht te liggen bij de overheid en de zorgverzekeraars die druk uit zullen oefenen op de ziekenhuizen. Dit zorgt ervoor dat je niet meer de kwaliteit kan leveren die je wilt leveren, omdat financiële overwegingen de boventoon zullen voeren. De arts verwacht dat de macht meer bij de overheid komt te liggen die zowel hoge kwalitatieve zorg alsook zo laag mogelijke prijzen wil. De overheid zou zich bezig moeten houden met kwaliteit en de kosten moeten accepteren.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Onderling is de machtsverhouding van de specialisten al jaren hetzelfde. Als kleine maatschap moet je extra moeite doen om je positie te handhaven en zaken gedaan te krijgen. Dit levert soms kleine conflicten op. Wel hebben de maatschappen meer macht dan de mensen in loondienst.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het huidige maximum tarief is redelijk. Het bedrag werd ook niet gezien als vast tarief maar was afhankelijk van conjuncturele omstandigheden. De normtijden voor behandelingen worden wel als probleem gezien, deze zijn te krap. Deze normtijden zijn niet goed afgesproken door de beroepsvereniging en dat heeft te maken met slechte onderhandelaars. De onderhandelingen over de normen worden door de beroepsvereniging gevoerd in relatie met de overheid, niet door de maatschap. Verder heeft de arts geen inzichten in de aspecten die een rol spelen in de onderhandelingen.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Het uurtarief voor 2008 valt lager uit en van de bandbreedte is ook niet duidelijk wie dit bepaalt. Nu is het de directie en gaat de maatschap met de directie praten en wordt getracht om via de specialistenvereniging collectief op te treden.

Aan de hand van tabellen wordt door een commissie van wijze mannen gekeken hoe er omgegaan wordt met het nieuwe honorarium.

De effecten van de afschaffing van de lumpsum zullen qua macht en relatie tussen specialist en bestuurder op microniveau niet zo veranderen.

Ook zal er nog wel sprake zijn van een herverdeling achter de voordeur om de loonverschillen te nivelleren.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Meer vrijheden in het honorarium van specialisten zijn niet wenselijk omdat dat ten koste gaat van ethische normen die hij als dokter handhaaft. Ook zal er dan meer gekeken worden naar wat er verdiend kan worden in plaats van naar de zorg.

MTO werkt noch beperkend noch stimulerend. Momenteel moet er ook niet beleid gemaakt worden om meer vrijheden toe te staan in de huidige markt, omdat de specialist bezig moet zijn met de inhoud en minder met zijn portemonnee.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Te grote verschillen in uurloon tussen de specialisten. Ook zijn de normtijden te individueel in het voorstel. DBC brengt teveel werk met zich mee en leidt af van de inhoud. In combinatie met de DBC's betekent dit dat ook hier gekeken wordt naar waar er het meest te verdienen valt. Daarnaast vindt de arts dat over het algemeen de zorg de verkeerde kant opgaat. In plaats van het wegwerken van wachttijden word je gekort op bedden.

## **Interview 2, Medisch Specialist, 17-12-2007**

<b>Specialisme:</b>	Neuroloog
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	53 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen groot ziekenhuis, STZ-ziekenhuis
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Vrijgevestigd, werkt in maatschap

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De onderhandelingen vinden plaats in december en in januari. Voornamelijk worden productieafspraken gemaakt en wordt de personele bezetting besproken, daarna wordt er gesproken over geld. Het ziekenhuis wil wat krijgen op het functioneren van de specialist. Dat roept een negatieve emotie op. Wat het ziekenhuis wil, heeft niets te maken met waarvoor de arts in het leven staat en dat is patiënten beter maken.

De specialistmanagers ofwel medisch manager overlegt samen met de clustermanagers en de raad van bestuur. Vroeger waren er minder tussenlagen. Tegenwoordig zijn er vier lagen tussen de werkvloer en de raad van bestuur. Nu gaat geld op aan bureaucratische werkwijzen in plaats van aan de patiënten. Vroeger was je meer betrokken bij het ziekenhuis als geheel wat een voordeel is, maar dat betekende wel dat je op de hoogte moest zijn. Nu gaat het om statistieken en is de emotie verdwenen. Ook in de onderhandeling zie je dit terug waarbij het ziekenhuis de taart verdeelt op basis van cijfers. Specialisten zijn in deze onderhandelingen managers geworden. Hij verwacht niet dat er iets zal veranderen aan het huidige model van onderhandelingen.

#### **1.2 Machtsprocessen**

De macht lag vroeger bij de specialisten en nu is dat meer gelijk. Er is een trend gaande om die macht bij de raad van bestuur te leggen. Deze heeft de zak met geld te verdelen. Een gevolg hiervan is verkilling. De verschuiving van macht richting raad van bestuur is een gevolg van kostenbeheersing. Dat betekent ook dat specialisten hun eigen plan gaan trekken. De betrokkenheid met de zorg en de patiënt wordt minder. Dit heeft ook gevolgen voor de mentaliteit van de komende generatie specialisten. Er wordt vergeten dat de specialisten ook verantwoordelijk zijn voor innovatie en dus ontwikkeling.

#### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Aan de top staan de chirurgen, de intern geneeskundigen en de anesthesisten. Onderaan staat kindergeneeskunde. Deze hiërarchie heeft zowel een kwantitatief aspect; welke groepen zijn het meest vertegenwoordigd, als een kwalitatief aspect; welke groepen zijn verantwoordelijk voor de meest primaire zaken. In de onderhandelingen merk je dit ook.



De top heeft veel inspraak. Specialisten in loondienst zijn meer bezig met de extraatjes omdat de rest al geregeld is.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het uurtarief is goed maar is gekoppeld aan een behandeltime waardoor het uurtarief zelf niet zoveel zegt. Hierbij wordt geen rekening gehouden met innoveren of het verschil tussen een academisch of een perifeer ziekenhuis.

De onderhandelingen worden gevoerd door de belangenverenigingen die vaak vertegenwoordigd worden door mensen in loondienst. Die mensen maakt het minder uit en dat is een knelpunt.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Vervelende ontwikkeling. Hij levert loon in. Hij gaat proberen wat meer ernaast te doen. De bandbreedte is het gevecht dat je onderling zult hebben. Als de een wat meer krijgt, dan krijgt de ander dus wat minder omdat het allemaal uit dezelfde pot moet komen. Het effect van het afschaffen van de lumpsum is dat er meer discussie op de werkvloer zal komen omdat het ziekenhuis een budget krijgt waar het allemaal van gedaan moet worden. De raad van bestuur krijgt meer macht en zal de speerpunten gaan bepalen en die zullen met name liggen bij de grotere maatschappen. Waarschijnlijk zal er dan achter de voordeur nog een herverdeling plaatsvinden zodat de verschillen weer wat nivelleren.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Meer vrijheden is niet aan te bevelen omdat dit rivaliteit in de hand werkt wat niet goed is in de zorg. Je hebt elkaar nodig. Zorg dat de specialisten goed verdienen, zij lappen je immers op. De ziekenhuismarkt heeft met de beperking te maken dat er geen emotionele betrokkenheid is. Op maatschapsniveau is men betrokken maar op ziekenhuisniveau mist dat.

Noch over het MTO, noch over eventueel aanvullend beleid van het ziekenhuis heeft de arts een mening.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Hij is het niet eens met het voorstel. Hij is ervoor om de patiënt centraal te stellen en vindt dat juist andere zaken door dit plan voorrang zullen krijgen. Ook ziet hij wel in dat het een voordeel heeft en dat is dat de geldstromen inzichtelijk worden gemaakt. Er zal door dit plan veel onrust ontstaan. De ziekenhuisdirectie moet het geld verdelen en die laten dat uitvechten op de werkvloer en dan krijg je wat er vroeger ook al was: dat een specialist heel veel verdient terwijl de kinderarts betrekkelijk weinig verdient. Daarbij komt dat de uitvoeringslasten aanzienlijk zullen zijn. Je krijgt te maken met allerlei controles, coderingen en toetsingen. Hij vindt dat je de specialist gewoon tevreden moet houden. De inkomsten van de specialisten zijn immers maar een klein deel van de zorg.

### **Interview 3, Medisch Specialist, 20-12-2007**

<b>Specialisme:</b>	Oogheelkunde
<b>Leeftijd:</b>	34 jaar, vrouw
<b>Plaats en soort ziekenhuis:</b>	Academisch ziekenhuis
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Loondienst

## **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De onderhandelingen worden gevoerd door het MT aangezien de arts in loondienst is van een academisch ziekenhuis. Oogspecialisten zijn evenwel niet erg interessant voor de raad van bestuur. De arts maakt zelf geen deel uit van enige onderhandelingen.

### **1.2 Machtsprocessen**

De afgelopen drie tot vijf jaar is het bestuur strenger geworden richting de oogspecialisten omdat zij een minder interessante groep vormen voor het ziekenhuis. Er wordt kritisch gekeken naar de te volgen stappen, zodat niet teveel geld uitgegeven wordt.

Ook de huidige positie van het MT is zwakker geworden door de bezuinigingen.

Er is ook sprake van een machtsverschuiving richting het ziekenhuisbestuur. Dit heeft voornamelijk invloed op de sfeer en de kwaliteit van de zorg. De overheid heeft als oogmerk om concurrentie onder specialisten te bevorderen. In het ziekenhuis zijn daar momenteel te weinig mogelijkheden voor en zie je dat oogspecialisten uitwijken naar commerciële instellingen. De commerciële klinieken bieden sowieso meer mogelijkheden, ook qua salaris.

### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Qua machtsverhouding onderling heeft het grootste specialisme meer macht. Dit is chirurgie. Vijf jaar geleden was dit ook al zo. Dit betekent dat de ene groep meer voor elkaar krijgt dan de andere. Overigens zijn dit alle specialisten in loondienst omdat het een academisch ziekenhuis betreft. De vrijevestigden oefenen meer invloed uit omdat zij de onderhandelingen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars zelf voor hun rekening nemen.

Voor wat betreft het onderhandelingsproces verwacht de arts niet dat er veel zaken zullen veranderen.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Zij vindt het huidig uurtarief aan de lage kant maar beseft dat in de huidige situatie niet meer gevraagd kan worden. Zij is verder niet op de hoogte over hoe omgegaan is met het tarief in de onderhandelingen.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

De verandering van het uurtarief met een bandbreedte maakt dat er meer concurrentie zal zijn en dat patiënten sneller voor commerciële klinieken zullen kiezen. Voor de academische ziekenhuizen ligt het tarief vast en wordt er dus niet over onderhandeld.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

De vrijheden in het honorarium zullen tot gevolg hebben dat specialisten meer mogelijkheden hebben en dus sneller bij het ziekenhuis zullen blijven. Omdat oogartsen momenteel weinig verdienen, wijken ze uit naar privéklinieken. Meer vrijheden zou dit kunnen afremmen.

De ziekenhuizen kunnen als aanvullend beleid meer verantwoordelijkheden bij de afdelingen leggen. Zo kan het mogelijk gemaakt worden om naast je functie in het ziekenhuis ook een functie bij een privékliniek te betrekken. Zo behoud je de specialisten. Ook zouden er meer geldschietters moeten komen voor de ziekenhuizen zodat zij een breder aanbod kunnen creëren om de concurrentie met de privéklinieken aan te kunnen gaan.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Het nieuwe voorstel betekent dat oogartsen hard moeten vechten om hun deel uit de pot te krijgen terwijl bv. de thoraxspecialisten simpel weglopen als zij niet krijgen wat zij willen.

De nadelen zijn dat er frictie ontstaat tussen de specialisten en je wordt aangesproken op slechte administratie van de DBC's. Ook de uitvoeringslasten zijn aanzienlijk: plannen maken, onderhandelingsuren en überhaupt geld.

#### **Interview 4, Medisch Specialist, 21-12-2007**

<b>Specialisme:</b>	Interne/Nefrologie
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	43 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis, ruim 550 bedden, in 2008 fusie met een ander ziekenhuis. Dan zullen er 800 bedden zijn.
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Vrijgevestigd

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

Tijdens de onderhandelingen worden de thema's fusie en financiën besproken. De maatschapstaf werkt goed samen met de raad van bestuur van het ziekenhuis. In het management van de verschillende afdelingen spelen de specialisten een rol. Door de samenwerking kan er snel geschakeld worden, ook door de aanwezigheid van een bedrijfsvoerend manager die tegelijkertijd medisch specialist is.

De onderhandelingen over de honoraria verlopen op staf maatschapniveau. Zij onderhandelen met de raad van bestuur. Komend jaar zal er meer gesproken worden over het uurtarief.

Qua overleg sfeer zijn er geen verschillen met 3 tot 5 jaar geleden. Goed samenwerkingsverband. De komende fusie zal wel tot gevolg hebben dat er op meer locaties gewerkt gaat worden wat het wantrouwen onderling in de hand werkt. Ook zal er minder snel geschakeld kunnen worden. Wel wordt altijd een positieve benadering van de onderhandelingen door de betrokken partijen betracht.

In het FB-stelsel (functiegerichte budgetteringssysteem) worden gezamenlijk afspraken gemaakt over productie met de raad van bestuur. Elk jaar wordt er steeds meer groei gevraagd door het ziekenhuis, ook in de jaren dat het niet vergoed werd. Hier werd wel aan voldaan. Bij veel vakgroepen is de insteek dat het werk dat gedaan moet worden wordt gedaan en dan wordt later gekeken of het vergoed wordt.

#### **1.2 Machtsprocessen**

De arts vindt dat de stafmaatschap veel macht heeft maar vanuit inhoud. Veel meer op de kwaliteit gericht dan op het verkrijgen van macht. Er is wel verschil tussen de maatschappen. De ene maatschap wil eerst zekerheid van vergoeding hebben waar de ander ervan uitgaat dat het niet heel erg mis kan gaan.

Het nieuwe DBC-systeem zal het moeilijk maken om bepaalde zeer specialistische ingrepen voor elkaar te krijgen omdat deze alleen vergoed worden als deze uitgevoerd worden in de academische ziekenhuizen. Als de dure behandelingen niet meer vergoed worden dan heb je als ziekenhuis een probleem. Het ziekenhuis moet dan onderhandelen

met de zorgverzekeraar, de NZa of de overheid. De verantwoordelijkheid ligt dan bij deze ziekenhuizen om juist voorop te blijven lopen.

### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Er is een redelijke evenwichtige machtsverhouding maar het kan zijn dat een bepaalde maatschap bijzondere verrichtingen doet die hen in staat stelt eisen te stellen. Ook is er sprake van een hiërarchie waarbij de cardiologen, thoraxchirurgen, longartsen en internisten aan de top staan. Dit is vooral omdat zij inhoudelijk en organisatorisch vooroplopen. Onderaan staan de klein snijdende vakken o.a. oogartsen. Deze hiërarchie speelt overigens niet mee in de onderhandelingen omdat de gouden regel stelt dat men niet op de hoogte is van elkaars honorarium.

Het nieuwe DBC-systeem is geen goed idee omdat de financieel adviseurs aanraden om binnen de maatschap te differentiëren. Dat scheidt wantrouwen en een onterecht gevoel van superioriteit bij sommigen waarbij anderen aan de onderkant bungelen. Daarnaast is de betrouwbaarheid van de vastgestelde normen nul. De minverdieners gaan nog minder verdienen omdat bepaalde andere specialistengroepen slim hebben gehandeld.

Het verschil tussen mensen in loondienst en de maatschappen is dat de mensen in de maatschappen eerder een extra stap zetten op organisatorisch gebied.

Er wordt in het ziekenhuis enkel onderhandeld met twee personen. Er wordt onderhandeld door de stafmaatschap met de raad van bestuur over het honorarium.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het huidige uurtarief is te laag, ook omdat een aantal zaken niet meegenomen is in de berekening. Hieronder vallen overheidskosten, organisatorische verantwoordelijkheden en thuiswerken. Het gevoerde tijdsbestedingonderzoek neemt de uren dat 's avonds thuis gewerkt wordt niet mee. Terwijl dat een relevant deel vormt. Tot nu toe is het FB-stelsel werkzaam geweest en daar is nooit echt over onderhandeld.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Het nieuwe uurtarief is ook laag. In overleg met de raad van bestuur wordt een vangnet gecreëerd voor die mensen die veel achteruit zullen gaan. Over de bandbreedte wordt onderhandeld waarbij de eerste reactie is dat men het maximale eruit wil halen.

Uiteindelijk is het beter samen meer te doen dan individueel te discussiëren waar de grens ligt.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Wel is het verstandig om meer vrijheden te hebben in het honorarium met betrekking tot het bepalen van het productievolume. De vrijheden zouden wel hogere uurtarieven op oneigenlijke gronden tot gevolg kunnen hebben. Hierbij is dus minder vrijheid verstandig.

Mogelijk aanvullend beleid weet de arts niet goed aan te geven, maar wel is het zo dat er voldoende ruimte moet blijven tussen het ziekenhuis en de specialist om in te onderhandelen. Ook zou er gekeken moeten worden naar de bijzondere verrichtingen in een ziekenhuis en hoe dit beloond moet worden.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Het voorstel leidt tot teveel variatie en mogelijkheden tot discussie wat een enorme administratieve last met zich mee brengt. Tenzij er een systeem van rechtvaardiging aan gehangen wordt. Zelf vindt de arts het jammer dat er niet één grote stafmaatschap is waarbij iedereen hetzelfde verdient. Wel begrijp hij dat er dan discussies zouden komen over de inzet van eenieder. Het zal ook een denivellering tot gevolg hebben in de machtsverhouding tussen de specialisten. De uitvoeringslasten van het voorstel zijn nihil.

## **Interview 5, Medisch Specialist, 7-1-2008**

<b>Specialisme:</b>	Medisch Microbioloog
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	45 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis (STZ) met 600 bedden
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Loondienst

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

*A. Ontwikkelingen buiten het ziekenhuis.* De Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband is in onderhandeling over de nieuwe arbeidsvoorwaarden. Dat is wat vastgelopen. Het LAD wil graag dat alle medisch specialisten in dienstverband, ook de niet-artsen, op dezelfde manier betaald worden. De NVZ wil juist dat er meer prestatiegericht betaald gaat worden.

*B. Overleg binnen het ziekenhuis.* Vanwege het in dienstverband zijn, spelen de onderhandelingen voor hem niet zo. Het ziekenhuis heeft clustermanagers, specialistmanagers, voorzitter van de medische staf en de voorzitter van de raad van bestuur. Zij vergaderen met elkaar. Belangrijkste thema's: bezuinigingen, nieuwbouwplannen, marktwerking.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Vroeger had de medische staf de macht en tegenwoordig ligt dat bij de raad van bestuur. De arts heeft het idee dat de rol van de clustermanagers en combinatie met de clusterspecialisten meer naar de voorgrond treden zodat dit meer in evenwicht komt met het management. Wel is een minpunt dat niemand in de huidige raad van bestuur een medische achtergrond heeft. Voor de toekomst verwacht de arts dat er meer evenwicht in de machtsverhouding zal ontstaan omdat men er steeds meer achter komt elkaar nodig te hebben. Dit betekent stabiliteit en een betere communicatie tussen de clusters.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Chirurgie, gynaecologie, en interne geneeskunde behoren tot de top. Onderaan de ladder vind je kleine specialisten en ondersteunende specialisten.

### **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

#### **2.1 Het huidige tarief**

Dit bedrag vindt hij redelijk tot goed. In loondienst zit je eronder. Vergelijk je het met notarissen, advocaten et cetera dan is het laag, maar zij hebben ook nog de overheadkosten te verwerken. Als specialist in loondienst hebben zij geen

onderhandelingen over salaris. De LAD is de belangenbehartiger voor de specialisten in loondienst. Er wordt alleen onderhandeld over het salaris als je in dienst treedt en daarna is het collectief (AMS; cao voor specialisten). Hij spreekt zijn twijfel uit over de marktwerking aangezien er een tekort is aan bepaalde specialisten waardoor je altijd bovenin gaat zitten. Daarnaast vindt hij prestatie moeilijk te meten.

## **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Zelf heeft de arts weinig inzicht in de onderhandelingen met betrekking tot dit salaris. Wel geeft hij aan weinig vertrouwen te hebben omdat men waarschijnlijk toch maximaal gaat betalen. Behalve voor de kleinere specialist. Die zal meer werk moeten verzetten om op niveau te blijven. Er zullen herverdelingen achter de voordeur plaatsvinden omdat er van sommige specialisten teveel zijn. Dus overschot, dus prijs naar beneden.

## **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Het is niet goed zoals het nu gebeurt. Het stelsel is gebaseerd op omzet en niet op kwaliteit. Een systeem met een basisinkomen waarbij je afhankelijk van je prestaties meer kan verdienen, vindt hij terecht.

Zij maken geen gebruik van het MTO. Als ziekenhuis moet je een duidelijke norm hanteren op een neutrale manier. Als de maatschappij meer specifieke operaties verlangt dan moet het ziekenhuis hieraan kunnen voldoen. Dat betekent dat er ook iets tegenover moet staan voor de specialist.

## **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Het voorstel is negatief. Het is alleen op geld gebaseerd en de arts ziet geen verband van het voorstel met efficiëntie, alleen met bezuinigingen. Op zich zou de concurrentie tussen instellingen goed kunnen zijn, maar dan komt er wel een scheve verdeling in het land. Het aanspreken van medewerkers is terecht maar dan volgens heldere normen of duidelijke afspraken. Het moet niet gekoppeld worden aan het honorarium. Hij vindt verder dat er juist de instelling die minder presteert ter verantwoording geroepen moet worden dan dat er gefocust wordt op de instellingen waar het wel goed gaat. Hij verwacht niet dat er grote verschuivingen zullen ontstaan in de machtsverhouding, maar wel dat men meer voor zichzelf moet gaan vechten en dat de specialisten onderling anders met elkaar zullen gaan communiceren. Er zullen ook uitvoeringslasten met het voorstel gepaard gaan.

Als laatste geeft de arts aan dat hij graag zou zien dat meer inzichtelijk wordt gemaakt wat alles nu kost.



## **Interview 6, Medisch Specialist, 7-1-2008**

<b>Specialisme:</b>	Cardioloog
<b>Leeftijd:</b>	54 jaar
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Groot perifeer ziekenhuis met 600 bedden
<b>Loondienst of vrijevestigd:</b>	Loondienst

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De raad van bestuur en het MT overleggen tien keer per jaar. Zijn afdeling heeft hoogstens één keer per kwartaal overleg met de raad van bestuur. Dan worden geld en DBC's besproken. Eén keer per jaar is er met de hele vakgroep en de raad van bestuur overleg. Dit is met divisie managers. Dan wordt de toekomst besproken. In 2008 wordt er een ander ziekenhuis bij betrokken. Zij gaan ook richting Resultaat Verantwoorde Eenheden. Verdere thema's binnen de raad van bestuur zijn: productie en exploitatie, nieuwbouw, rendementsverbetering, programma IMPULS gericht op kostenreductie, meer deelname van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Stafbureau van de medische staf houdt zich bezig met de opbouw van de DBC aangezien deze nog complex is. Over de DBC's wil hij nog kwijt dat het een grote grap is. Het zou meer inzicht moeten verschaffen en het declareren zou makkelijker moeten zijn. Dat is niet zo.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Er is een goed contact tussen raad van bestuur en de cardiologen. Zij zijn de meest winstgevende vakgroep in het ziekenhuis. Vroeger was er een medisch directeur en lag de macht meer bij de specialisten. Tegenwoordig ligt die macht meer bij de raad van bestuur. De verandering heeft te maken met de verandering in maatschappelijke positie van specialisten. Dit heeft tot gevolg dat er minder speelruimte is en dat het nu meer op onderhandelen aankomt. Als specialist heb je te weinig managementvaardigheden om je te handhaven in de huidige positie. Wenselijke veranderingen zouden zijn dat de specialisten de managementvaardigheden eigen gaan maken. Zij zouden als gelijkwaardige partners van de raad van bestuur gezien moeten worden.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Aan de top zitten chirurgie en interne geneeskunde. Middengroep is gynaecologie, verloskunde, kinderartsen, orthopeden en oogartsen. De oorzaak van het onderscheid tussen specialismen heeft te maken met de omzet die zij draaien. Daarnaast is het ook een beetje de sfeer die een specialisme uitademt. Chirurgen met veel apparatuur beslissen over leven en dood. Dat heeft wel wat. Dat betekent dat zij in de onderhandelingen wel makkelijker zaken gedaan krijgen. Tegenwoordig gaat het in het ziekenhuis meer om het

geld dan om de inhoud. Hij ervaart de verschuiving van macht wel positief. Ook de maatschappelijke veranderingen spelen mee waarbij er steeds meer vrouwen als specialist komen.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Hij heeft gewoon een contract met het ziekenhuis (loondienst) dus hij kan moeilijk aangeven wat zo een bedrag betekent. Hij vindt het wel vreemd dat zij straks hetzelfde gaan verdienen als bijvoorbeeld dermatologen en kno-artsen die niet dezelfde disutilities hebben als zij.

Hij is in loondienst maar er is een researchmaatschap die behouden blijft. Dat vormt een extraatje voor hem en andere specialisten. Zij krijgen een winstuitkering wat neerkomt op een 13<sup>e</sup> maand. Het uurtarief was een vast gegeven. De vrijgevestigden zullen er pijn van in hun buik krijgen want die zien hun inkomsten dalen.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Dat is helemaal niets. Belachelijk dat je voor je diensten die je draait een plus of min 6 krijgt. Hem raakt het weliswaar niet. Dit heeft de overheid besloten. Het is in de Orde van Medisch Specialisten geaccordeerd omdat de meesten daar er beter van worden. Hij kan niet aangeven hoe men er in zijn ziekenhuis over denkt. Die discussie merkt hij niet echt omdat dat niet echt speelt in zijn ziekenhuis. Alleen de vrijgevestigden worden getroffen door dit honorarium. Met de lumpsum was er altijd wel met verhogingen aan te ontkomen. Met dat stelsel kon je meer verdienen als je meer omzette. Dan moest je niet meer patiënten zien maar meer verrichtingen per patiënt hebben. Dat is voor de maatschappij niet interessant. Er zal ook zeker achter de voordeur een herverdeling plaatsvinden. De kinderartsen zaten in het verleden ook al laag, toen zijn de cardiologen op een nullijn gaan zitten zodat de kinderartsen naar de cardiologen toe konden groeien.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Hij begrijpt de vraag eerst niet goed maar denkt dat het zomaar zou kunnen dat we naar een totaal nieuwe vorm van gezondheidszorg toe gaan, bijvoorbeeld het Duitse systeem. Qua aanvullende beleid zou hij graag zien dat het dotteren door de overheid vrijgegeven wordt.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Lijkt een goed voorstel. Door harder te werken, genereer je meer inkomen. Ook zit er een relatie met efficiëntie in, wel is de vraag hoe je dit moet meten. Wat hij niet ziet zitten, is de een 160 euro en de ander 100 euro dus dat je er weer op terug gaat of dat er mensen misbruik van gaan maken. Hij denkt dat er veel mensen zullen zijn die dit aan zullen grijpen om de zaak te beduvelen. Dat zou dan ten koste van de rest gaan. Hij vindt het

moeilijk om te overzien wat de gevolgen zijn van de machtsverhouding tussen specialisten en het ziekenhuis. Hij verwacht ook wel uitvoeringslasten met dit voorstel.

Bijzonderheden: deze voorstellen komen allemaal voort uit de marktwerking en uit het feit dat de financiering transparanter moet worden. Er wordt verder nooit gepraat over grenzen. Tegenwoordig is er vergrijzing en heb je te maken met mensen waarvan het nog maar de vraag is of zij gebaat zijn bij prolongatie van hun leven.

## **Interview 7, Medisch Specialist, januari 2008**

<b>Functie:</b>	Plastisch Chirurg
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	40 jaar, vrouw
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Middelgroot ziekenhuis, 300 bedden
<b>Algemeen:</b>	Alle specialisten zijn in loondienst in dit ziekenhuis

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De raad van bestuur overlegt met het management (drie medisch managers en drie clustermanagers). De arts maakt zelf geen deel uit van dat overleg maar schat dat zij één keer in de twee weken samenkomen. De besproken thema's zijn: bezuinigingen en concurrentie. Honoraria worden niet besproken aangezien iedere specialist in loondienst is. De specialisten hebben overleg met de medisch en de clustermanager. Zij bewaken het budget. De sfeer van de onderhandelingen is plezierig en duidelijk door de korte lijnen. Het kan er hard aan toe gaan door de verschillende belangen die spelen. In vergelijking met enkele jaren terug is de sfeer minder geworden omdat het financieel minder gaat met het ziekenhuis. Het is de spanning tussen de centen en de patiënten. Nu word je bijna gestraft voor het verrichten van extra werk. Voor bepaalde patiënten (bv. kankerpatiënten) kan je bijna geen volumeafspraken maken.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Vroeger, voor haar tijd, hadden de specialisten meer de mogelijkheid zelf te beslissen terwijl tegenwoordig die macht bij de raad van bestuur ligt. Het zal ook steeds meer zo worden dat de specialisten een soort van instrument worden voor de raad van bestuur. De arts vindt het een zorgwekkende ontwikkeling dat beslissingen voor de specialisten worden genomen door mensen met minder inzicht in het vak. Dit komt door het steeds complexer worden van de regelgeving, de DBC-problematiek en doordat de groepen van specialisten groter zijn geworden. Het is nu moeilijker om vakinhoudelijk bezig te zijn. Het zou ook wenselijk zijn dat het systeem minder complex wordt zodat je er als specialist makkelijker instapt. Landelijk moet het goed geregeld zijn, dan is het makkelijker om vervolgens op instellingsniveau en naar ZV zaken gedaan te krijgen.

#### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Chirurgen hebben een grote mond. Zij krijgen veel gedaan. Aan de andere kant zitten de kinderartsen. Dat is historisch zo gegroeid. De plastisch chirurgen zijn voor het ziekenhuis een belangrijke financiële post met name bij de ZBC, omdat men daar ook

graag een plastisch chirurg in wil hebben. De reden dat een ziekenhuis mee wil werken aan een ZBC is omdat de omzet daarvan weer terugvloeit naar het ziekenhuis. Er zullen verschuivingen komen waarbij de verschillen in salaris tussen specialismen nivelleren.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het huidig uurtarief is laag. In het uurtarief zie je de duur van opleiding, de onregelmatige werktijden niet terug. Andere gestudeerden (advocaten, ICT, etc.) die komen niet voor dat tarief. Zij kan niet aangeven hoe er in de onderhandelingen mee is omgegaan en of het als een vast tarief gezien werd. Wel weet ze dat het bedrag ter discussie stond en te laag gevonden werd. Welke aspecten voor haar dan wel een rol hebben gespeeld in de onderhandelingen kan ze niet aangeven omdat ze daar niet zo bij betrokken is. Ze is in loondienst en hoeft zich daar geen zorgen over te maken.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Het nieuwe uurtarief is laag maar de bandbreedte geeft wel een instrument aan ziekenhuizen om vraag en aanbod passend te maken. De afschaffing van de lumpsum heeft voor de vrijgevestigden een achteruitgang in salaris tot gevolg. Ook de DBC is gewoon een berekeningmethode en men twijfelt of de juiste cijfers worden gebruikt. Vroeger werd vanuit de maatschap gedeclareerd en werd het geregeld terwijl je nu met de DBC alles transparant moet maken. In het nieuwe systeem zal het ook minder mogelijk zijn om achter de voordeur aan herverdeling te doen. Je hebt wel de academische componenten, maar het scala aan extra's wordt kleiner.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Goede zaak. Specialisten moeten geprikkeld worden de beste op hun gebied te willen zijn. Ook gaat er dan meer eerlijkheid van uit dat diegene die meer doet ook meer verdient of meer mogelijkheden heeft.

Zij is verder niet bekend met de MTO. Wat betreft het aanvullend beleid vindt zij dat dat afhankelijk is van de visie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet bepalen of de nadruk op het financiële of meer op het inhoudelijke vlak komt te liggen.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Het uurtarief klopt niet. Ook heeft de arts twijfels over de betrouwbaarheid van de gegevens waar de DBC gebruik van maakt. Wel vindt ze het voorstel genuanceerder dan het voorstel van 2008 hetgeen komt door de normtijd die erin opgenomen is. Alhoewel de arts negatief is over de DBC vindt ze het goed dat erover gepraat wordt. Het blijven de tegengestelde belangen waarbij de vraag naar gezondheid stijgt maar het budget beperkt blijft. Ook is het wel zo dat als je het eens bent met het uurtarief, de DBC een instrument

wordt voor de directie om inzichtelijk te krijgen waar nu al het geld heen gaat zodat er wat rust in de tent kan ontstaan omdat de kosten makkelijker in te schatten zijn. Het gaat dan ook niet om het salaris van de specialisten maar om dat van de verpleegkundigen die opeens niet meer 10 minuten extra voor de patiënt hebben.

Ze vindt het moeilijk in te schatten wat de gevolgen zullen zijn voor de machtsverhouding tussen specialist en ziekenhuis. Het idee is dat het afhangt van hoe eager een specialist zelf is om er achteraan te gaan en als je aan het aantal verwachte DBC's denkt dan ligt het eraan waar je van uitgaat, of jezelf de volumegegevens aanreikt of dat de directie dat voor jou gaat bepalen op basis van historische gegevens. De directie zal minder rekening houden met de inhoudelijke behandelingen terwijl daar juist het verschil zit.

Ook zal de administratie in ieder geval niet minder worden.

## **Interview 8, Medisch Specialist, 7-1-2008**

<b>Specialisme:</b>	Longarts
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	54 jaar, vrouw
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Regionaal ziekenhuis met 250 bedden
<b>Loondienst of vrijgevestigd:</b>	Vrijgevestigd
<b>Algemeen:</b>	Laatste jaren als freelancer werkzaam en niet meer in een maatschap

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

2007: dit laatste ziekenhuis waar zij kort als freelancer werkte, had een raad van bestuur en een medische staf en de specialisten – allen vrijgevestigd – waren verenigd in een Ver. Med. Spec. met een bestuur, dat af en toe overlegde met de directie. Zelf heeft ze verder weinig zicht hierop. De sfeer in de onderhandeling was goed. Vaak discussie over loon naar werken dus heel simpel. Ze is tevreden over het uurloon waar ze het laatst heeft gewerkt.

Tot 2004 toen vertrek naar buitenland. Vroeger tot 2004 in haar maatschap zat ze met vier specialisten en dan was je om toerbeurt manager van de maatschap per jaar en dan deed je de onderhandelingen met de directie.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Er zijn duidelijke verschuivingen merkbaar. Tegenwoordig meer regelaars met een economische of bestuurskundige achtergrond. Vroeger had je de regie over je core business. Wat ze ook opvallend vindt, is dat er meer dwang op productie is komen te liggen. Dit betekent ook concurrentie tussen ziekenhuizen wat zij niet goed vindt. Er is niet veel macht meer over bij de specialisten. Een ziekenhuis kan nu simpelweg zeggen dat je meer moet produceren. Dat gaat ook ten koste van de spreektijd met een patiënt. Dat gaat weer ten koste van de verhouding binnen een maatschap. Er gaat meer een loondienstmentaliteit heersen wat tot een minder goede kwaliteit leidt. Ze vindt ook dat ze in een verkwistend systeem werken. Veel over datum wat weggegooid moet worden en er wordt veel in een zo kort mogelijke tijd gepropt.

#### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Aan de top zitten de cardiologen en de chirurgengroep. Het zijn de grote maatschappen en de doeners en die kunnen met getallen goed laten zien wat ze allemaal doen. Het zijn ook typen met een grote mond. Bij een kleine maatschap komt het bestuurlijk werk te rusten op de schouders van een enkeling en dat werkt niet. Aan de onderkant zitten de kinderartsen. Zij hebben lange tijd alles zelf gedaan en hebben te laat gedacht dat ze assistenten in dienst moesten nemen voor het uitvoeren van bijvoorbeeld infusen. Zij

denkt dat de snijdende vakken in het overleg met de ZV sterker naar voren zijn gekomen dan andere specialismen in de beschouwende vakken.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Ze vindt het goed maar ook weer mager. Goed als je het vergelijkt met een loodgieter maar minder als je het vergelijkt met een advocaat. Ook als je denkt aan de lange vooropleiding en de verantwoordelijkheden. Met de lumpsum wist je goed wat je te besteden had. Nu kom je met ZV om de hoek en ze is bang dat er dan een rare markt ontstaat waarbij je verschillende aanbieders hebt waar de verschillen komen te liggen in kwaliteit van producten bijvoorbeeld.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Uurtarief is een aanfluiting van het vak. Ze geeft aan dat er bij haar niemand echt zicht had op die bandbreedte. Sommigen geven aan op hetzelfde qua uurloon uit te komen, anderen gaan er een ton op achteruit. Er is ook veel verschil bij specialisten onderling. De een vindt het prima en de ander zal de achteruitgang echt merken. Wel is het zo dat er af en toe een herverdeling achter de voordeur plaatsvindt. In het laatste ziekenhuis waar zij gewerkt heeft, werden de arts-assistenten door het ziekenhuis betaald wat erg fijn was.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Hier heeft ze geen zicht op. Er wordt wel zoveel geregeld tegenwoordig met betrekking tot de specialisten. Specialisten moeten aan veel voldoen waardoor er weinig tijd overblijft voor goede gesprekken met de patiënten. De loonmentaliteit neemt toe. De MTO heeft ze ervaring mee, ze vond het goed dat als je fouten maakte daar een verzekering voor was. Ze maakt zich zorgen over de kwaliteit in de zorg omdat er productie gemaakt moet worden. De haast die je merkt in een ziekenhuis vindt ze niet prettig.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Met dit voorstel krijg je verschillen tussen groepen specialisten. Ze vindt het verder moeilijk te beoordelen wat ze ervan moet vinden want ze is geen rekenaar. In dit voorstel zit wel een prikkel om harder te werken maar niet om efficiënter of beter te werken en dat is jammer. Ook vindt ze dat het belangrijk is dat men voorzichtig te werk gaat met dit soort wijzigingen. Elke wijziging zou geëvalueerd moeten worden zodat duidelijk is dat specialisten niet slimme trucjes gaan toepassen ten koste van het systeem. Het moet transparant zijn. Ze is bang dat de gezondheidszorg afglijdt naar een Engels systeem waar je te maken hebt met National Health Consultants en op afroep werken en dus minder betrokken zijn bij de ziekenhuizen. In de ziekenhuizen in Nederland vindt ze het tekort aan tijd en de omgangsregels problematisch.



## **Bijlage 4 Samenvattingen van de gesprekken met bestuurders van ziekenhuizen**

## **Interview 1, Bestuurder, 10 januari 2008**

<b>Functie:</b>	Directeur Patiëntenzorg. Tweehoofdige raad van bestuur
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	51 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis, 300 bedden
<b>Algemeen:</b>	Wel verbouwing, geen fusiegesprekken.

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

Het huidige overleg is geformaliseerd. Er is een soort van dagelijks bestuur dat bestaat uit twee mensen van de medische staf en twee van de stafmaatschap. Zij zijn de vertegenwoordiging van iedereen. Het is een betrekkelijk informele organisatie. In zijn ogen is er weinig veranderd aan de onderhandelingen. Er speelt een stuk eigen belang mee. Wel zou hij graag een harmonisatie zien van de vrijgevestigden en de mensen in loondienst. Momenteel is het moeilijk samen te werken als de een meer verdient dan de ander. Zou je dan niet juist loondienst moeten stimuleren? Aan de andere kant is de prestatiebeloning een goed middel om mensen te sturen. Zolang je er maar goede afspraken over maakt maar dat werkt in de nieuwe DBC-systematiek ook niet. In de onderhandeling stond de inkomenspositie van de specialisten centraal. Hij hoopt dat het dagelijks bestuur nu meer gaat meedenken als partner over het totale ziekenhuis in plaats van alleen over inkomen.

#### **1.2 Machtsprocessen**

De verhoudingen liggen nu anders maar met name bij de specialisten onderling. De veelverdieners zijn opeens wat minder gaan verdienen in het nieuwe systeem. Dat levert spanningen op die weer worden afgereageerd op de directie. De uitkomst van de onderhandelingen is dat iedereen voor zichzelf moet opkomen. Wel is duidelijk geworden dat de raad van bestuur hierbij de eindverantwoordelijkheid draagt en niemand anders.

#### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Hij koppelt de machtsverhoudingen niet aan het huidige systeem. Macht is gelegen in kennis, relaties, etc. Soms zit dat in een specialisme vevat. Wel is het zo dat de grote moedervakken zoals chirurgie, interne geneeskunde en gynaecologie mee macht hebben dan de andere vakken. Het verschil tussen loondienst en vrijgevestigd zijn, is dat de vrijgevestigde meer speelruimte heeft in het ziekenhuis en dat kan niet vanuit het kwaliteitsdenken. Bij hem begint het in loondienst zijn van de specialist toch steeds meer de boventoon te voeren.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Die bandbreedte is waardeloos. Er wordt niet geredeneerd vanuit het hebben van een bandbreedte maar vanuit het overgaan op een nieuw systeem. Het uurtarief ligt wel in de lijn van het AMS, dat is wel mooi. Wel jammer dat er geen prestatiebeloning zit in dit systeem. Nu kan hij het instrument van +6 of -6 niet goed toepassen. De -6 is niet reëel. Dat moet ergens vandaan komen. Als de een meer krijgt, krijgt de ander dus minder, tenzij het ziekenhuis bij schiet maar dan gaat het ten koste van de verpleegkundigen. Als dan de vraag aan de specialisten gesteld wordt wie er meer moet verdienen dan komen ze er niet uit, omdat iedereen wel een reden heeft waarom hij meer zou moeten krijgen of waarom het niet eerlijk zou zijn. Hij blijft gewoon de €132,- aanhouden dan is er ook geen probleem. Zij hebben nu de afspraak dat het bedrag voor iedereen hetzelfde is, daarnaast wordt er wel gediscussieerd over de beroepskosten. Die heeft hij hetzelfde gehouden. In de 132 euro zitten ook de beroepskosten vervat maar het ziekenhuis vergoed een deel van de beroepskosten van de specialisten uit de lumpsumperiode. Er zijn ook regelingen achter de voordeur, de smeergelden, die zitten vooral in de kostenvergoedingen. Daar kan het ziekenhuis een gewilde specialist in tegemoetkomen. Voor wat betreft de MTO heeft hij de nieuwe nog niet gezien. Het MTO is nu een soort van toelating i.p.v. arbeidsovereenkomst.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Positief. Innovatief idee. Het grote pluspunt van dit voorstel is de opgelegde harmonisatie, tenzij je wat anders afspreekt. Het is nu juist zo dat het geen harmonisatie is tenzij je het voor elkaar krijgt. Met het voorstel draaien ze het om. Een aantal zaken blijft onduidelijk. Bijvoorbeeld de vakken met meer kostenvergoedingen. Zit dat in het uurloon of niet. Je zou het voorstel kunnen koppelen aan een belangenovereenkomst en het dan een loondienstverband kunnen noemen. Hij zou eventueel i.p.v. verwachte DBC's, gerealiseerde DBC's opnemen in het voorstel omdat er dan een prestatiebeloning in zit. Het voorstel ziet hij evenwel niet passen in het verantwoordelijkheidsverhaal dat geldt binnen zijn ziekenhuis.

Qua uitvoeringslasten ziet hij geen verandering maar spreekt wel de wens uit dat de administratieve lasten minder zijn.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

- 1. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Met 0% zijn de onderhandelingen afgerond.
  - b. In dit ziekenhuis is het B-segment belangrijk. De onderhandelingen met de ZV lopen nog. De ZV hebben de premie al bepaald maar zij zijn nog over de prijs aan het onderhandelen. Het gaat nu eerst over de prijs.
- 2. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. Eerst geïnteresseerd met 10% B-segment en nu willen ze er geen geld mee verliezen. Wat overgeheveld is naar het B-segment krijgt nu een andere financieringsstructuur en daar wordt nu over onderhandeld.
- 3. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Momenteel met 0%.
  - b. (vraag 4) Volume is steeds minder belangrijk. ZV kunnen over volume geen garanties geven. In de onderhandelingen wordt over prijs, kwaliteit en volume gesproken. Prijs en volume zijn gekoppeld. ZV kijken wat onder de streep staat.
- 4. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Zie bij vraag 3b.
- 5. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Stijging van 3 à 4%.
- 6. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Hier kan hij niet zo goed antwoord op geven omdat niet helemaal duidelijk is wat er dan opgeteld moet worden. DBC's kan van alles zijn maar de patiëntenstroom blijft hetzelfde en die groeit maar 3% per jaar.
- 7. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Zij willen in ieder geval de prijsindex gecompenseerd zien. De ZV stelt irreële targets. Verder weet hij niet waar hij al die DBC's naartoe moet rekenen. DBC heeft gesystematiseerd en gestimuleerd. Nu is er een nieuwe fase. Intern heeft het geholpen om meer prijsmatig te denken maar het moet ook vertaald worden naar de ZV en daar schiet het zijn doel voorbij.
- 8. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**
  - a. Zie vraag 7.

## **Interview 2, Bestuurder, 10 januari 2008**

<b>Functie:</b>	Voorzitter raad van bestuur. Raad bestaat uit twee personen
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	53 jaar, man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis, ontstaan na fusie in 2004, 930 bedden
<b>Algemeen:</b>	Wel verbouwing, geen fusiegesprekken.

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

In het ziekenhuis is er een vereniging van de medische staf met een bestuur van zeven mensen. Deze vertegenwoordigt alle specialisten waaronder 25% in loondienst en 75% vrijgevestigd. Deze vereniging kijkt puur naar de inhoud, naar de kwaliteit. Daarnaast is er een vakmaatschap met daarin alleen de vrijgevestigden. Deze is primair gericht op de financiën. Momenteel is het uurtarief een belangrijk thema in de onderhandelingen

#### **1.2 Machtsprocessen**

Momenteel is de balans meer uitgeslagen richting raad van bestuur. Voor de lumpsumperiode lag de macht meer bij de specialisten. Interessant om nu te kijken wat er gaat gebeuren nu de lumpsum wordt losgelaten. Misschien dat de productieprikkel voor een deel weer terugkomt. Tegelijkertijd speelt de discussie over de B-segmenten dat er meer vrijheid komt. Dat de balans doorsloeg richting raad van bestuur had ook te maken met de algemeen maatschappelijke ontwikkeling van het ziekenhuis als bedrijf. Iedereen wil nu weten wat er gebeurt in het ziekenhuis. Over vijf tot tien jaar zul je zien dat specialisten (een beperkte groep ervan) zich meer richting ZBC gaan bewegen. Een aantal vakken leent zich hier traditiegetrouw goed voor zoals kno, oogartsen en dermatologen. Men is als specialist pas laat gaan nadenken over wat te doen nu die lumpsum eraf gaat. Dit zou kunnen komen omdat men slecht zicht had op de effecten van de afschaffing. Er is een aantal uitzonderingen zoals de cardiologen, de kno-artsen en gynaecologen, zij hadden er al wel over nagedacht. Zij hebben aangegeven hun relatie met het ziekenhuis te willen herdefiniëren.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

**Zie I.2.**

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Dat betekent dat zij grofweg 4% moeten inleveren. De bandbreedte is op zich een mooie mogelijkheid in de overgang van vast naar helemaal vrij om wat speelruimte te behouden maar het uurtarief ligt niet erg hoog vindt hij.

Hij denkt dat de discussie in de onderhandelingen zal gaan over de vrij strakke hantering van het nieuwe honorarium en de bandbreedte. Als je boven de bandbreedte van 6 uitgaat, heb je een economisch delict. Dan kun je bepaalde specialismen stimuleren, meer productie te maken. En/of de faciliteiten, de ondersteuning van assistenten vergroten om meer productiemogelijkheden te geven. Je kunt niet over de grens van +6 dus ga je kijken wat de mogelijkheden zijn in het faciliteren of anderszins ondersteunen.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Zij hebben als insteek dat de plussen en de minnen elkaar moeten opheffen. Dat betekent dat een specialisme wat meer krijgt en een ander wat minder. Hierover wordt nog onderhandeld. De specialisten zouden graag allemaal bovenaan die bandbreedte zitten. Dan zouden zij zelf onderling de verhouding wel regelen. Terwijl de raad van bestuur op de 132 euro wil gaan zitten en dan de bandbreedte wil gaan gebruiken om vakken te differentiëren waar zij belang aan hechten. Dus dat zij op het terrein van kwaliteit en prestatie-indicatoren (speerpunten van het ziekenhuis) bepaalde wensen hebben.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Nog meer differentiatie mogelijk maken in de uurlonen. Dit sluit aan in de gedachte die de raad van bestuur zelf voorstaat, waarbij hij in toenemende mate de grens bepaalt van het kernziekenhuis. Eigenlijk zou je moeten zeggen dat je in dat kernziekenhuis veel meer wil afrekenen op DBC's waarbij de honorariumdiscussie eigenlijk op stafmaatschapniveau kan plaatsvinden. Het voorstel is er meer op gericht gezamenlijk iets te bereiken vanuit een gelijkheidsbeginsel. De specialisten willen allemaal hetzelfde verdienen. Sommigen vragen zich dan ook af waarom ze niet in een loondienstverband gaan werken met een ingebouwde prestatieprikkel, een soort van bonussysteem. Wel vindt het gros dat microbiologen die al jaren met zo min mogelijk belasting een zo hoog mogelijk inkomen realiseren en die dan weer omhoog zullen gaan, dat dat hersteld moet worden.

In vergelijking met het uurtarief 2008 (132 euro plus bandbreedte) zal er met laatstgenoemde meer strijd zijn tussen de machtigen en de zwakken. Het voordeel van die bandbreedte is dat die verschillen beperkt zullen zijn.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

- 1. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Met 60% van de zorgverzekeraars zijn de onderhandelingen over het B-segment afgerond.
  - b. Voor de vraag binnen het B-segment zijn zij scherper geworden. Ook is de vraag bij een aantal volumebegrenzings aangegeven en is bij een aantal meer de nadruk komen te liggen op de prijs en de prestatieomschrijving. Het ziekenhuis heeft een zeer scherp voorstel gedaan voor een jongerenpolis om zo een differentiatie aan te brengen in de doelgroepen.
- 2. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. Heeft invloed gehad. Er is eerst discussie geweest over de opschoning. Zij hebben alles van het B-segment in kaart gebracht en dat meegenomen in de onderhandelingen met de ZV.
- 3. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Met 50% zijn volumeafspraken gemaakt.
  - b. Met twee zijn volumeafspraken gemaakt, voor de rest geldt een onbeperkt volume.
- 4. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Zie 3b.
- 5. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Stijging van 1 à 2%.
  - b. Dat betekent dat voor de omzet van dat B-segment er iets beter gescoord is maar het kan altijd beter. Zij dachten dat 10% tot het B-segment behoorde maar dit bleek 7% te zijn en daar hebben ze wel op in kunnen lopen.
- 6. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Kleine stijging. De regionale ZV hebben een zeer restrictief beleid gevoerd ten aanzien van de productie. Die lag te hoog vonden zij. Dat hebben zij naar beneden willen brengen. Hij is het er dus niet mee eens dat de rol van de ZV beperkt is in de onderhandelingen.
- 7. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Een beperkte stijging van 1%. Dat is nog los van de inflatie. Het kost steeds meer moeite om de bedrijfsvoering op een gezonde manier rond te krijgen omdat de prijsstijging geen verband houdt met de maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing.
- 8. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**

### **Interview 3, Bestuurder, 9 januari 2008**

<b>Functie:</b>	Voorzitter raad van bestuur, 3-koppig bestuur
<b>Leeftijd, geslacht:</b>	58 jaar
<b>Soort ziekenhuis:</b>	UMC, 1.000 bedden

## **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

Er wordt niet overlegd over de honoraria van medisch specialisten. Zij zijn medewerkers die bepaalde taken uitvoeren. Zij spreken wel prominent mee in de voorbereiding van strategieën omdat het key-professionals zijn. De organisatie is opgedeeld in 12 divisies met allemaal een MT van vier personen. Dit MT is integraal verantwoordelijk voor het divisie functioneren naar de raad van bestuur. De 12 voorzitters van de divisies spreken één keer per maand met de voltallige raad van bestuur. Vroeger waren er 22 divisies met allemaal een hoofd. Dit leverde spanningen op terwijl de werkwijze (o.a. patiëntenzorg) verder goed was. Vanaf 2001 is het aantal divisies teruggebracht naar 12 en is er enkel overleg van de leiding met de raad van bestuur. Daarnaast is een cultuur gecreëerd waarbij veel mensen bij de zaak betrokken zijn.

### **1.2 Machtsprocessen**

De divisieleidingen zijn in principe redelijk machtig. Zij bepalen veel voor hun eigen divisie, wat dat betreft zou je ze het beste kunnen aanmerken als gemandateerd door de raad van bestuur. In termen van productieontwikkeling vindt de afstemming plaats tussen enerzijds het lokale belang van de ambitie van de divisie, anderzijds het concernbelang van de totale organisatie. Daarnaast speelt de inschatting van de haalbaarheid in de buitenwereld een rol. Dit model zal in de toekomst niet veranderen.

Het belang van het B-segment is niet prominent in een UMC maar er wordt wel gezocht naar een samenwerkingsvorm. De 10% bleek in het UMC maar 4% te zijn en dat wel iets meer worden als het opgehoogd wordt naar 20% maar niet veel. Het UMC wil geen prominente rol gaan spelen in het overleg met de ZV. Het zijn geen verrichtingen die tot de core business horen van een UMC. Waarom zij wel een rol zouden willen spelen, is omdat er gekeken kan worden naar nieuwe vormen. Bijvoorbeeld een samenwerkingsverband met een ZBC.

### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

De oogartsen hebben op een gegeven moment geweigerd mee te werken aan een samenwerkingsovereenkomst met een ZBC waar staar behandeld werd. De raad was voor, de divisieleiding was voor, maar de specialisten vonden dat ze moeilijk werk hadden en geen zin hadden om in een productieomgeving als een staar-straat te gaan



werken. Zij hebben zich met zijn twaalven verzet en de raad heeft besloten om het niet door te drukken omdat je dan een verkeerde start hebt. De orthopeden daarentegen hebben zich bereid getoond mee te werken aan een soortgelijk samenwerkingsverband op orthopedisch gebied. Zo heb een academische component te pakken en flink veel patiënten uit het B-segment.

De stelselwijziging van de financiering van de aanbieders kan efficiency tot gevolg hebben als ondersteunende faciliteiten gerationaliseerd worden en als de echte elatieve zorg georganiseerd gaat worden in efficiënte eenheden.

Op de lange termijn zullen er geen onderhandelingen zijn tussen de zorgaanbieders en de ZV over dingen als waar en tegen welke prijs en kwaliteit wordt ingekocht.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Visie op vrijevestigden**

Hij vindt het bestaan van de vrijevestigden in een ziekenhuis apart. Je hebt mensen in je bedrijf werken waar je weinig zeggenschap over hebt.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Hij heeft geen idee hoe je de bandbreedte moet toepassen. Hij kan er ook niet bij hoe ze dat in Nederland zo lang hebben volgehouden. Hij heeft verder geen ervaring met de lumpsum in het UMC want hij heeft gewoon een budget en medewerkers. Hij vindt het uurtarief armoede maar wel deftige armoede. Er wordt wel eens achter de voordeur zaken gedaan als een specialist een hoge marktwaarde heeft en je die specialist wilt behouden. Soms denkt men dat als men in loondienst is alles onmogelijk is geworden maar dat is niet zo. Vroeger stortte de particuliere ZV geld op een aparte rekening waardoor er een scheve verhouding was ontstaan tussen bijvoorbeeld de internisten en de kno-artsen. Tegenwoordig wordt daggeld neergelegd bij de raad van bestuur die het dan weer verdeelt.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Hij is voor het opleiden van meer medisch specialisten zodat ze uit de gijzelklem kunnen raken omdat de marktwaarde dan naar beneden gaat. Dus als er meer vrijheid zou komen dan heeft men een groot belang bij verhoging van de productie en omdat men schaars is, kan men tegen het ziekenhuis zeggen dat zij meer moeten betalen als het ziekenhuis wil dat al die bedden gevuld worden. Het uurloon van specialisten verhogen door bovenin de bandbreedte te gaan zitten, gaat ten koste van de verpleegkundigen en dat is wat er nu aan het gebeuren is.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Het voorstel zal een gevecht tussen de medisch specialisten tot gevolg hebben aangezien de cardioloog twee keer zoveel wil verdienen als de dermatoloog. Het voorstel werkt wel verschillen in de hand maar die verschillen kunnen niet ten laste vallen van het

macrokader. Zolang je geen markt creëert van medisch specialisten waar door de raden van bestuur ruimte gecreëerd wordt om nee te zeggen tegen bepaalde zaken, houd je een probleem. Je spreekt nu een uurtarief af en daarboven mag je niet komen. Zo raak je wel specialisten kwijt.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

- 1. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - b. Met 100% van de ZV zijn de onderhandelingen over het segment afgerond.
- 2. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. Niet veel. Het B-segment is lager bij dit ziekenhuis en ze maken geen key issue van waar ze in willen groeien.
- 3. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Met 100%.
  - b. Het is continuering van historische getallen, dat was het en dat blijft zo.
- 4. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Zie 3 b.
- 5. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Geen stijging. Dat heeft te maken met dat zij meer groeien op heel andere gebieden zoals harttransplantatie.
- 6. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Zelfde als bij 5. Blijft allemaal hetzelfde. Dat geldt voor de meeste ziekenhuizen. Bij dit UMC zit er dus de minste beweging in en bij de ZBC's het meest.
- 7. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. De onderhandelingen met de ZV hebben zij net achter de rug en die zijn vlot verlopen. De onderhandelingen zijn niet zozeer over productie. Wat de ZV's van elkaar moet gaan onderscheiden, is dat ze gaan voorzien in de aanvullende zaken. Dus nieuwe ontwikkelingen bijvoorbeeld met de ZV een bondje kunnen afsluiten om over een heel nieuwe manier die zorg voor diabetespatiënten te kunnen opzetten. Dus dat je meerwaarde creëert.
- 8. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**

## **Interview 4, Bestuurder, 10 januari 2008**

**Functie:** Voorzitter raad van bestuur, 3 leden  
**Leeftijd:** 56 jaar, vrouw  
**Soort ziekenhuis:** UMC, 1.000 bedden

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De voorzitter van de raad van bestuur is tevens decaan van de medische faculteit. Het ziekenhuis kent 10 divisies. Er is een kwartaaloverleg met elk van de divisies waarin vaak inhoudelijke zaken ter voorbereiding van de besluitvorming worden besproken en daarnaast is er een maandelijks overleg met alle 10 de divisievoorzitters. In beide overleggen worden geen besluiten genomen, het gaat om strategisch beraad. Besluiten worden alleen in de raad van bestuur genomen.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Er wordt niet gesproken over de sfeer of de balans tijdens onderhandelingen. Wel is het zo dat er sprake is van gedecentraliseerde verantwoordelijkheden in de organisatie. Besluiten worden echter door de raad van bestuur genomen. Het is in dit ziekenhuis al heel lang zo dat de medisch specialisten in loondienst zijn. De afdelingshoofden zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Voor een medisch oordeel zijn er altijd de specialisten die de gedelegeerde verantwoordelijkheid van de raad van bestuur hebben.

De machtsverhoudingen zijn al heel lang neergelegd in formele zin in de organisatiestructuur. Dat is in dit ziekenhuis heel helder. Daarnaast zijn er gedecentraliseerde verantwoordelijkheden ten aanzien van het budgettaire draaien. Er is sprake van een vergaande geïntegreerde verantwoordelijkheid bij professionals en dat geldt ook voor de medisch specialisten.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Elk afdelingshoofd heeft een verantwoordelijkheid over een cluster en werkt samen met zijn specialisten en de discussies houdt hij ook netjes binnen de lijnen van zijn verantwoordelijkheid.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

In 1999 is de gezamenlijke honoreringsregeling voor academische ziekenhuizen ondertekend. Hierin zaten verschillende schalen en rangen. Ook is de afspraak gemaakt om de beschikbare budgetten ook een tijd lang apart te verantwoorden om te voorkomen dat een afdeling specialisten buiten de regeling om zou betalen ten koste van het budget. De afdelingen hebben zelf de keuze om veel nieuwe mensen op te leiden of om gerenommeerde mensen in dienst te nemen. Soms het lastig om bepaalde mensen te krijgen en dan hebben zij de mogelijkheid om achter de voordeur op wetenschappelijk criteria iets extra's te kunnen bieden. Qua geldelijke honorering is dat niet mogelijk namelijk. Toen zij de honoreringsregeling ingevoerd hadden, was de vooronderstelling dat andere ziekenhuizen snel zouden volgen maar dat bleef uit. Dat had wel de mobiliteit tussen specialisten makkelijker gemaakt. Specialisten houden zich nu meer afzijdig waardoor de potentie van ziekenhuizen niet ten volste benut wordt. Zij vindt dat de specialisten goed betaald worden en zeker in vergelijking met de rest van Europa. Zij heeft moeite om door schaarste te moeten betalen voor middelmaat. Veel liever wordt excellentie gezien.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Ziet het als een afspraak die is gemaakt. Het komt dicht in de buurt van wat zij zelf hadden berekend voor de specialisten. Het moet wel sporen met de huidige honoreringsregeling van het ziekenhuis. Qua bandbreedte is zij niet heel positief. Je gaat naar stukloon. Dit zorgt ervoor dat je van een paar dingen heel veel gaat doen wat niet positief is. De honoreringsregeling van dit ziekenhuis was er juist voor om ervoor te zorgen dat de integrale verantwoordelijkheden meer bij de specialisten kwamen te liggen. Wat je nu ziet, is dat de ziekenhuizen als organisatie en de medisch specialisten uit elkaar groeien. De maatschappen praten enkel over de financiële kant en niet over de integrale verantwoordelijkheid. Verder raak je verder verwijderd van de beweging die in het verleden in beweging is gezet, dat het ziekenhuis meer is dan alleen dokter of ziekenhuis.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Je brengt met dit model de raad van bestuur in een heel lastige situatie. Je hebt geen formele lijn van regie waarin je afspraken ook netjes in totaalbudgetten kunt neerzetten. De structuur in een ziekenhuis waar de medisch specialisten in een maatschap zitten, maakt dat het moeilijk is om aan de eisen van individuele specialisten tegemoet te komen. De cardioloog vindt dat hij meer moet verdienen. Ze denkt dat het een ingewikkelde organisatievorm met zich mee brengt. Het enige voordeel van het uurloon zoals het nu is, is de directe relatie tussen prestatie en beloning. Ze kan zich voorstellen dat de raad van bestuur wil differentiëren naar excellentie maar dat verhoudt zich weer niet goed met de maatschapconstructie.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

Het B-segment is niet heel belangrijk. Bepaalde behandelingen kunnen het best uitgevoerd worden in een instelling die zich daarin specialiseert. Wel moet de deskundigheid binnen het UMC zijn voor het geval dat naast de reguliere behandeling de patiënt een bijzondere behandeling behoeft die alleen te krijgen is in een UMC. Het onderscheid tussen A- en B-segment is een pervers onderscheid. Het moet niet zo zijn dat wat individueel onderhandeld wordt in het B-segment repercussies heeft voor patiënten in het A-segment. Je moet wel een systeem hebben waar het geld benut wordt voor patiënten die het het hardst nodig hebben.

- 1. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Met vrijwel geen van de zorgverzekeraars zijn de onderhandelingen afgerond. Voor onderhandelingen met het ZV hebben zij als raad van bestuur een mandaat afgegeven aan het onderhandelingsteam. Dat gebeurt ook in nauw overleg met de afdelingen.
- 2. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. De onderhandelingen gaan vooral over de verruiming van het A-segment omdat daar voor hen de rek zit.
- 3. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Voor het B-segment worden altijd volumeafspraken gemaakt. Voor het A-segment zijn er specifieke gebieden waar volumeafspraken voor gemaakt worden. Dat zijn de gebieden waar zij in willen groeien zoals niertransplantaties.
- 4. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Zie 3.
- 5. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Het zal iets groeien maar niet veel. Ongeveer zo een 2%.
- 6. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Er zal een groei zijn omdat het B-segment verruimd wordt. Het is niet duidelijk of in het definitieve B-segment de onderdelen vervat zitten waar zij in willen groeien.
- 7. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Dat is niet iets waar zij op inzetten, omdat zij niet zo met dat B-segment bezig zijn. Je loopt dan een zeker volumerisico maar het is niet een onderwerp waar ze werk van maken. Het A-segment is vele malen belangrijker.

- 8. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**
- a. Zie 7.

## **Interview 5, Bestuurder, januari 2008**

<b>Functie:</b>	2 <sup>e</sup> directeur, financiële man, tevens RA
<b>Leeftijd:</b>	n.v.t., man
<b>Soort ziekenhuis:</b>	Algemeen ziekenhuis, 500 bedden
<b>Algemeen:</b>	Ziekenhuis heeft ook een privékliniek met activiteiten zoals plastische chirurgie, orthopedie, preventie: vaatonderzoeken voor preventie hart- en vaatziekten.

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De onderhandelingen lopen nu een maand. De uitkomst moet budgettair neutraal zijn. De gesprekken worden gevoerd tussen de stafmaatschap en de directie. Er wordt niet onderhandeld met de specialisten onderling.

In vergelijking met vroeger heeft de politiek het ziekenhuis opgezaagd met een probleem. Positief is dat de specialist gebonden is aan een bepaald aantal uren met bepaalde tarieven.

De huidige positie van het ziekenhuis is dat de verdeling van het geld en dus de tarieven aan specialisten moet worden overgelaten zolang het budgettair neutraal is. Nu is het wel zo dat de specialisten de kwaliteitsdiscussies onderling ook vermijden. Dit is tot nog toe voor hem geen probleem geweest. Wel zou hij willen praten over beleidskwesties, maatregelen op het gebied van efficiency. Ook dat zou de inkomens kunnen beïnvloeden. Zij hebben ook internisten in dienst, dus met de maatschappen en de privékliniek hebben ze een hybride systeem. Hij voelt zich daartoe gedwongen omdat anders de specialisten weglopen.

#### **1.2 Machtsprocessen**

De machtsverhouding is diffuus door de huidige juridische verhoudingen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten. Je moet naar het hybride aanbod van arbeidsverhoudingen: loondienst, vrije vestiging en commerciële privékliniek, om mensen te houden.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Bij sommige vakken ligt de nadruk op veel verrichtingen om geld te verdienen. Dit zijn de kleinere specialismen. Die hebben ook minder stem in de totale groep. Bij chirurgen heeft men meer statusbehoeften met hogere salarissen. Bij internisten is die behoefte weer bescheidener. Daarbij komt het verschil tussen de specialisten in loondienst en de vrijgevestigden waarbij hij minder geduld heeft met de mensen in loondienst.

Momenteel zit hij om de tafel met een vertegenwoordiging, bestaande uit een junior chirurg, een kno-arts en een anesthesist. Voor de sfeer had hij er liever nog een internist bij gehad.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

De hele focus op tarieven is fout, net als de DBC-normen. Het moet ook om inhoudelijke zaken gaan als efficiency en kwaliteit. Daarop moet je mensen kunnen beoordelen. Als iemand niet presteert, krijgt hij ook niets. Als ziekenhuis moet jezelf een differentiatie qua uurtarief met specialisten kunnen maken. De huidige methodiek vermijdt de belangrijke kwaliteitsdiscussies.

Bij de onderhandelingen wordt duidelijk dat de specialisten met het verlaten van de lumpsum hun slag denken te kunnen slaan. Hij laat niet toe dat specialisten van collega's geld afpakken of dat het ten koste van de verpleging gaat.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Hij kan niet aangeven wat het juiste niveau is. Hij wil niet een tarief voor ieder soort specialist. Hij wil vrij onderhandelen met een zakelijk partner, een vrije ondernemer. Voor een echt vrije markt wil hij zelf onderhandelen met de zorgverzekeraars en aan de andere kant de specialisten. Op dit moment is 'vrije vestiging' geen echte vrije ondernemer met wie je onderhandelt. Dit komt door het kunstmatig laag houden van de opleidingsplaatsen. Importspecialisten is ook bijna geen optie vanwege taalproblemen. De overheid moet beperking van het aanbod door afscherming van opleidingsplekken doorbreken.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Wil je er een echt vrije markt van maken met vrije onderhandelingen met specialisten dan moet je zorgen voor vrije opleiding. De huidige 'vrije vestiging' is dat eigenlijk niet maar ook geen loondienst. Dit maakt de onderhandelingspositie van ziekenhuisdirecties diffuus.

Specialisten lopen niet direct weg. Het gaat niet alleen om geld maar ook om het bieden van een plezierige werkomgeving.

Plafonds zijn maatschappelijk verdedigbaar omdat er anders geen prikkel is richting efficiency. Zonder plafonds is de behoefte aan groei oneindig. Er is nog heel veel te winnen qua efficiency en de specialisten moeten willen meewerken.

Zorgverzekeraars kunnen zich ook in hun afspraken met ziekenhuizen gaan profileren richting consumenten, bijvoorbeeld met extra dienstverlening. Dat leidt tot andere afspraken.



## 2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium

De eerste alinea ziet hij niet als een alternatief voor de huidige verhoudingen. Het is wat ze nu kwijt zijn aan de specialisten en de rest zoekt het maar uit.

De tweede alinea beschrijft wat er nu aan het gebeuren is.

Ik zou idealiter vrije marktonderhandelingen willen met specialisten aan de ene kant en zorgverzekeraars aan de andere kant. Echt vrij dan met kwaliteitsbeoordelingen.

### III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008

1. **Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Met 3 grote al wel afgerond maar met 217 kleinere nog niet. Hij maakt geen onderscheid tussen verzekeraars. Zijn grootste is 70% van zijn omzet.
2. **Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. Niet.
3. **Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. 1 van de 20 zorgverzekeraars.
4. **Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Alleen met de grootste wil hij dat, met de andere wil hij geen volumeafspraken.
5. **Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Het was 10% in 2007, het wordt 20% in 2008 en 30% in 2009.
  - b. Ligt ook aan de politiek.
6. **Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Zie 5.
7. **Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Hij weet geen percentage te geven maar omdat de vraag structureel groter is dan het aanbod zullen de prijzen stijgen.
8. **Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**
  - a. Zie 7.

## **Interview 6, Bestuurder, januari 2008**

**Functie:** Algemeen Directeur  
**Leeftijd:** n.v.t.  
**Soort ziekenhuis:** Algemeen ziekenhuis, 330 bedden

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

De onderhandelingen lopen op dit moment. Belangrijk is dat alle specialisten vinden dat zij het maximale uurtarief verdienen omdat de kwaliteit van de zorg uitzonderlijk goed is, de relatie patiënt-arts bijzonder goed is: specialisten doen patiëntenbezoeken zelf en laten het niet over aan studenten, bij een lager uurtarief leveren diverse specialisten enorm veel salaris in. De algemeen directeur en de controller voeren de gesprekken. De controller gaat na of alles financieel kan en klopt. De specialisten zijn verenigd in een stafmaatschap die worden vertegenwoordigd door enkele specialisten. Tegenwoordig heeft de bestuurder wel een instrument om prikkels uit te delen, alhoewel dat slechts €10.000,- per specialist zal schelen. Nu is het zo dat je vertrekt van 126 euro en iedere specialist wil 138 euro verdienen maar dan gaat het ziekenhuis failliet. Hij heeft zelf al een spreadsheet gemaakt met de waardering erin per specialisme.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Je kunt nu prikkels uitdelen, echter, specialisten zijn (over)gevoelig voor externe kwaliteitsbeoordeling. Bij inhoudelijk aanspreken op disfunctioneren heb je snel oorlog met de hele groep. Mogelijk zullen specialisten reageren door maatschappen op te richten die ziekenhuis overschrijdend zijn. Daarmee ontstaat tariefconcurrentie tussen ziekenhuizen en inkoopmacht van specialisten. Mensen kunnen aanspreken op hun professioneel niveau, bijvoorbeeld qua arts-patiëntrelaties schiet men tekort, dat is wel wenselijk.

#### **1.3 Machtsverhouding onder de specialisten**

Chirurgen hebben de grootste mond en anderen minder. Internisten zijn wat diplomatieker. Gynaecologen klagen over de betaling van hun disutility-uren. Radiologen zijn wat stil. Specialisten verenigen zich tot stafmaatschap voor de onderhandelingen en in de toekomst zullen er meer privéklinieken bij komen voor bepaalde vakken die meer betalen. Verder vindt hij dat de huisarts weer de centrale regiefunctie moet hebben die het nut van specialistische behandelingen tegen elkaar afweegt. Een overallvisie op iemands gezondheid.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het tarief is laag. Het had beter richting de €150 kunnen gaan. De toegestane bandbreedte is te klein om echte prikkels van te laten uitgaan.

Het is tot stand gekomen op landelijk niveau. Zorgverzekeraars gingen uit van €100 p/u dus de specialisten hebben dat wel flink opgehaald.

Het is soms nodig en mogelijk om specialisten via omwegen toch meer te betalen. In het verleden werd het honorarium minder bepaald door de prestatie en meer automatisch door de positie. Minder verschillen waardoor sommigen teveel en anderen qua prestatie te weinig ontvingen. Bij de onderhandelingen speelde het belonen van disutilities en verschillen tussen specialismen een rol.

Hij geeft verder aan dat specialisten in Nederland teveel willen wat tot spanningen onderling kan leiden. Daarnaast moeten vraag en aanbod beter geregeld worden. Het aanbod is ook slecht afgestemd op maatschappelijke trends.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Het is aan de lage kant, had €150 mogen zijn. En de bandbreedte is te klein om een echte prikkel vanuit te laten gaan. Toen iedereen €138 vroeg, heeft hij schriftelijk gereageerd dat hierdoor het ziekenhuis failliet zou gaan. Dat sloeg in als een bom.

Als bijzonderheid noemt hij nog de standaardbehandeltijd in elke DBC. In de praktijk treden daarbij grote verschillen op. Specialisten kunnen ook meer verdienen door sneller te werken dan de DBC. Bovendien worden er veel registratiefouten gemaakt over wat verrichtingen in het A- en het B-segment zijn.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Je wilt voor tariefverschillen ook prestatieafspraken vastleggen wat een lastig proces is om te meten.

Hij vindt de productieplafonds van typen verrichtingen beperkingen in de ziekenhuismarkt. Hij is verder met MTO niet bekend. Hij wil wel een contract met duidelijke prestatienormen waardoor hij ook een overeenkomst eenvoudiger kan verbreken bij disfunctioneren.

Het aanvullende beleid zou moeten liggen in het loslaten van plafonds. Ook zou er kritisch gekeken moeten worden naar de registratie van de DBC's.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Niet goed: je stelt vast hoeveel mensen geholpen zullen worden, dat leidt tot doorschuiven en ongelukken. Wat wel mogelijk is, is dat wij €132 per uur aan de specialisten betalen en dat ze dat zelf onderling verdelen.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

- 9. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Met 3 grote al wel. Met 17 kleinere nog niet.
- 10. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a.
- 11. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Met de grote drie. Wil met de kleinere partijen zeker geen volumeafspraken maken. Aantallen te klein om te kunnen schatten. Ieder ziekenhuis wil de plafonds eruit hebben.
- 12. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
- 13. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Afgelopen jaar daling van 3%, geen idee waarom.
- 14. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Moeilijk in te schatten.
- 15. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Prijzen zullen eerst even dalen, dan fors stijgen en daarna weer dalen. Een normaal patroon in een liberale markt. Zoeken naar evenwicht.
- 16. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**
  - a. Zie 7.

## **Interview 7, Bestuurder, januari 2008**

**Functie:** Algemeen Directeur  
**Leeftijd:** n.v.t.  
**Soort ziekenhuis:** Algemeen ziekenhuis, 265 bedden

### **I. Onderhandelingen en macht: medisch specialisten en ziekenhuis**

#### **1.1 Waar wordt aan gedacht als gesproken wordt over onderhandelingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis?**

Afschaffing lumpsum voor nieuwe systematiek heeft voor onrust, onzekerheid en interne fricties geleid. Menige specialist is bang voor de toekomst. Het moet ook allemaal te snel worden ingevoerd om de discussie transparant en zuiver te maken. Het is voor een toename van de efficiency of kwaliteit ook geen goed inhoudelijk instrument. De diverse maatschappen onderhandelen zelf met het ziekenhuis; geen overall stafmaatschap.

We streven naar norminkomens per maatschap. Daarbinnen moeten ze het zelf herverdelen. Bij gynaecologen is er onrust over de beloning van hun disutility-uren.

#### **1.2 Machtsprocessen**

Het is vervelend dat de systematiek met de bandbreedte op landelijk niveau is vastgesteld, tussen de overheid en de specialisten, maar buiten de ziekenhuizen om. Dit geeft de specialisten op landelijk niveau meer macht.

Door de marktwerking minder professionele autonomie. Er moet meer over efficiency worden nagedacht. Welke aantallen moet je doen voordat je een specialist daarin mag zijn en hoe verdeel je dat over de specialisten. Moet je gaan nadenken over zorgprofielen en segmentatie.

Dit is een attitudeverandering die tijd kost. Specialisten nu zijn ambachtelijke doeners die weinig tijd steken in bedrijfsstrategisch nadenken.

#### **1.3 Machtverhouding onder de specialisten**

Bij gynaecologen is er onrust over de beloning van hun disutility-uren.

Eigenlijk gaat het per specialist maar om een heel klein deel van hun inkomen dat variabeler wordt. Zeg €10.000 op een salaris van €300.000 à 400.000. Maar het voelt zwaar voor de specialisten.

## **II. Reguleringsplannen: voorstellen uurtarief honorarium**

### **2.1 Het huidige tarief**

Het dreigt in de praktijk allemaal €132 plus 6 per uur te worden. Dit gaat ten koste van andere functies binnen het ziekenhuis.

### **2.2 Het nieuwe uurtarief en de bijbehorende bandbreedte**

Kwaliteitsverschillen expliciet benoemen en financieel belonen tussen specialisten is lastig terrein voor een directie en voor collega's.

We moeten toe naar het vinden van transparante kwaliteitscriteria voor de inhoud en de efficiency. Ook moet managementparticipatie gehonoreerd gaan worden.

### **2.3 Vrijheden in het honorarium van medisch specialisten**

Laat de bandbreedte meer los als het gemiddelde maar gelijk blijft. De bandbreedte gaat nu om te kleine bedragen.

Bovendien zou hij graag meer onderhandelingsvrijheid met de zorgverzekeraars willen. Toepassing MTO: het huidige document is te complex. 24 pagina's en dat leidt tot meer overleg dan hij wil. Het is verouderd qua inhoud. Er is meer ruimte nodig voor opties rond privéklinieken en dienstverbanden voor beperkte tijd opdat ze ook eenvoudiger van elkaar af kunnen.

### **2.4 Voorstel alternatieve berekening honorarium**

Laat die bandbreedte vrijer. Vrijgevestigde artsen noemen zichzelf ondernemers terwijl ze dat eigenlijk niet zijn. Er moet gezocht worden naar transparante criteria die honoraria ook goed uit te leggen maken. Ze moeten weggkomen uit puur de gelddiscussie zonder inhoudelijke criteria. Het gaat om zorgprofielen: wat kosten die en wat mogen daarbij de marges zijn?

Er is weinig visie op de maatschappelijke behoeften. Huidige redematies gefocust op zo min mogelijk schade aan de huidige positie.

De veranderingen moeten wel gedoseerd en goed doordacht gaan.

### **III. Ziekenhuis en zorgverzekeraars: onderhandelingen en ontwikkelingen uitbreiding in B-segment 2008**

- 17. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis onderhandelingen over het B-segment voor 2008 afgerond?**
  - a. Is nog niet geregeld. Zijn net begonnen.
- 18. Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het B-segment?**
  - a. Wat uit het A-stuk is gehaald moet in het B-segment worden terugverdiend. Tot nu toe 10% B-segment erbij. De prijzen moeten nog bepaald worden. Het dwingt tot inzicht met nieuwe indicatoren.
- 19. Met hoeveel procent van de zorgverzekeraars heeft uw ziekenhuis volumeafspraken (aantal uitgevoerde behandelingen) gemaakt?**
  - a. Nog niet gedaan. In het B-segment is meer gespecificeerd. De markt is nog te onvoorspelbaar.
- 20. Welke volumeafspraken heeft uw ziekenhuis gemaakt?**
  - a. Nog niet. Hier komen wachtlijsten van.
- 21. Ziet uw ziekenhuis een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2007 t.o.v. 2006? Wilt u daarvan een schatting geven?**
  - a. B-segment stijgt sterker dan het A-segment. Er is geen rem omdat er nog geen volumeafspraken zijn gemaakt.
- 22. Verwacht u een stijging/daling in het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van het B-segment in het jaar 2008 t.o.v. 2007? Kunt u daarvan een schatting geven?**
  - a. Die trend zal doorgaan, 2% extra stijging.
- 23. Ziet u een stijging/daling van de contractprijzen in 2008 t.o.v. 2007?**
  - a. Tussen de 3-5% stijging, minimaal gelijk als de cao-stijging. Kosten van dure geneesmiddelen lopen snel op. De hele discussie wordt enkel vanuit financiële argumenten gevoerd. Niets vakinhoudelijk.
- 24. Welke mogelijke oorzaken kunnen volgens u een verklaring bieden voor deze prijsverandering?**
  - a. Zie 7.