

ir. Hemmo Huijsmans  
partner DamhuisElshoutVerschure

drs. Roland Koopman  
dermatoloog, medisch directeur  
Bernhoven

2015 BIEDT KANS OM BESTUURLIJKE (MEDE)VERANTWOORDELIJKHEID TE NEMEN

# Medisch specialist, pak nu uw bestuurlijke rol

Volgend jaar wordt de integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg ingevoerd. Maar wat wordt de positie van de specialist in de besturing van het ziekenhuis? Dit is hét moment om dat goed te regelen.

In vrijwel alle ziekenhuizen van Nederland buigen medisch specialisten zich over het vraagstuk van de integrale bekostiging, die per 1 januari 2015 wordt ingevoerd. In eerste instantie leek de discussie vooral te gaan over de vraag 'hoe behouden we de vrije vestiging?' Inmiddels is duidelijk dat het om een veel fundamentele vraag gaat, namelijk 'welk besturingsmodel stelt ons als medisch specialisten in staat om ook

op lange termijn, ten behoeve van de uitvoering van ons vak en de kwaliteit van de patiëntenzorg, een goede rol en positie in te nemen in de besturing van het ziekenhuis?' Veel specialisten hebben de afgelopen jaren het gevoel gekregen een speelbal te zijn van het ziekenhuis, financiers en de overheid. Er is grote behoefte aan rust, aan duidelijkheid, aan waardering en aan (mede)zeggenschap over allerlei zaken die van belang zijn voor de uitoefening van hun vak, de patiëntenzorg.

## Gezamenlijk

Een groep van ruim zestien stafvoorzitters heeft op 21 maart jl. op een *invitationnal conference* in Den Bosch van gedachten gewisseld over de vraag hoe kansrijke en toekomstbestendige oplossingen eruit zouden kunnen zien. Daarbij was de stellige overtuiging dat ziekenhuis en medisch specialisten in plaats van naast elkaar en tegen elkaar, veel meer mét elkaar, als gezamenlijk medisch specialistisch bedrijf, zouden moeten werken aan gezamenlijke resultaten. Afgelopen decennia is al enige progressie geboekt, maar een echte stap voorwaarts zou een ziekenhuismodel zijn waarin medisch specialisten daadwerkelijk een positie krijgen in de besturing en eventueel zelfs in het eigenaarschap van het ziekenhuis. In een aantal ziekenhuizen zet men stappen in die richting. Op de conferentie werd het model van ziekenhuis Bernhoven – in Uden – gepresenteerd. Daar heeft



GETTY IMAGES

men sinds januari van dit jaar medisch specialisten stevig gepositioneerd in de besturing van het ziekenhuis. Geconcludeerd werd dat het oude model van 'wij en zij' (dat overigens ook binnen de medische staf, tussen maatschappen/vakgroepen heerste) geen toekomst meer heeft.

## **NS-Prorail-scenario voorkomen**

Bij de verkenningen die op dit moment in de ziekenhuizen plaatsvinden staan vooral het 'samenwerkingsmodel' en het 'dienstverbandmodel' op de agenda. In het samenwerkingsmodel organiseren medisch specialisten zich naast het ziekenhuis in een apart 'medisch bedrijf', dat 'leveringscontracten' afsluit met het ziekenhuis. Dit model is interessant omdat het de vrije vestiging, en daarmee een fiscaal voordeel, kan waarborgen. Voor het overige lijkt het model op het eerste oog sterk op het huidige model van de stafmaatschap. Er zullen echter wel degelijk grote verschillen zijn. Ten eerste moet er een échte onderneming worden

ingericht met personeel, investeringen, contracten met klanten en leveranciers, compliance aan allerlei wet- en regelgeving. Dit is wezenlijk anders dan de huidige situatie en betekent dat men ook daadwerkelijk ondernemersrisico gaat lopen.

Daarnaast is duidelijk dat er op allerlei vlakken eisen gesteld zullen worden aan dit bedrijf. Niet alleen door het ziekenhuis, maar ook door financiers, verzekeraars, fiscus, en diverse inspecties. Dit vraagt om een adequate, professionele besturing, beleidsontwikkeling en -uitvoering. Hiervoor is ook een professionele uitvoeringsorganisatie (bestuur, management en staf) nodig. Aanzienlijk meer management, hiërarchie en bureaucratie dus dan in de huidige staven en stafmaatschappen gebruikelijk is.

Een derde aspect is dat het model weliswaar als 'samenwerkingsmodel' te boek staat, maar dat het medisch bedrijf en ziekenhuis als onderhandelingspartners tegenover elkaar kunnen komen te staan.

## Een eigen bedrijf met eigen belangen en een eigen dynamiek

Er zullen 'leveringscontracten' worden uitonderhandeld waarin afspraken gemaakt worden over prijs, volume en kwaliteit van de te leveren diensten. Het is evident dat belangen daarin niet altijd gelijkgericht zullen zijn.

Een eigen 'bedrijf' dus, met eigen belangen en een eigen dynamiek. Het grote risico is dat het ziekenhuis en het medische bedrijf zich onbedoeld los van elkaar gaan ontwikkelen. Om een 'NS-Prorail-scenario' te voorkomen, moeten beide partijen dus, zoals in Bernhoven gebeurt, vanaf het begin bewust investeren in gezamenlijkheid. Die gezamenlijkheid moet gevonden worden op drie terreinen. Ten eerste moet sprake zijn van zoveel mogelijk gelijkgerichte belangen en prikkels. Bijvoorbeeld door vergoedingen aan het medische bedrijf te relateren aan resultaten of prestatie-indicatoren waar beide partijen belang bij hebben. Ook financiële participatie in het ziekenhuis is daarbij een optie. Verder moeten bestuurlijke integratie en afstemming gecreëerd worden, bijvoorbeeld door personele unies of medezeggenschapsconstructies. Ook op het niveau van RVE-management kunnen koppelingen gemaakt worden door specialisten te betrekken in het management. Meer operationeel ten slotte, kan het medisch bedrijf wellicht (staf) diensten, bijvoorbeeld op personeel, financieel, administratief of juridisch gebied inhuren van het ziekenhuis. Het derde terrein is het beleid. Het is essentieel dat een gezamenlijke of afgestemde strategie- en beleidsontwikkeling plaatsvindt. Denk hierbij aan keuzes over groei, krimp, profiel, investeringen,

## **BERNHOVEN**

Met 'gezamenlijkheid' als vertrekpunt is het besturingsmodel in ziekenhuis Bernhoven als volgt ingericht. De klassieke raad van bestuur is vervangen door een directiecomité. Dit bestaat uit twee medisch directeuren, naast de directeuren HR, financiën en ICT, en staat onder voorzitterschap van een algemeen directeur. In het directiestatuut is vastgelegd dat de medisch directeuren leiding geven aan het medisch-specialistisch bedrijf.

De twee medisch directeuren sturen de medisch leiders aan die, ondersteund door managers, eindverantwoordelijk zijn voor de resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). De medicus is dus 'in the lead'. Alleen de medisch leiders hebben stemrecht in de RVE-raad die zij samen met de managers vormen. In die RVE-raad wordt beleid vastgesteld en gecoördineerd.

Alle taken van de Vereniging Medische Staf zijn ondergebracht en geborgd in de ziekenhuisorganisatie. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid wordt geleid door een medisch specialist uit de eigen staf. Mede hierdoor kon de Vereniging Medische Staf worden opgeheven. De stafmaatschap heeft een belangrijke stap naar eenheid tussen de maatschappen gezet, door de goodwill integraal te regelen via een in- en uitgroeieregeling.

Wellicht even belangrijk als deze veranderingen in de besturingsstructuur is de cultuurverandering die hiermee gepaard gaat. Er is een gevoel van betrokkenheid en gezamenlijkheid ontstaan. Gezamenlijke leer- en ontwikkeltrajecten voor bijvoorbeeld directie en medisch leiders dragen hieraan bij.

(medisch) technologische ontwikkelingen, et cetera. Dit kan vorm krijgen door gezamenlijke (beleids)commissies, voldoende overlegmomenten, integrale beleidsplannen, jaarplannen en business-cases.

### Dienstverband

De tweede oplossingsrichting, het dienstverbandmodel, kan vanuit het perspectief van het gezamenlijk medisch bedrijf een interessante optie zijn. Er zijn echter ook enkele hobbels, zoals de goodwill en het inkomensniveau in relatie tot de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT). Een deel van deze financiële hobbels kan wellicht verzacht of gecompenseerd worden. Op financieel gebied biedt het dienstverband een aantal zekerheden en waarborgen (AMS – arbeidsvoorwaarden medisch specialisten –, arbeidsongeschiktheid, pensioen en WW) die de optie van het vrije ondernemerschap niet kent. Voor de goodwill kunnen lokale oplossingen bedacht worden. In Bernhoven maakt de stafmaatschap bijvoorbeeld gebruik van een in-/uitgroeiregeling. Bij een overgang naar dienstverband kan bovendien nog een beroep gedaan worden op een landelijk transitiefonds ('zolang de voorraad strekt'). Landelijke partijen (NVZ, OMS, LAD) zouden moeten bewerkstelligen dat medisch specialisten ook na 2017 buiten de werkingssfeer van de WNT zullen vallen. Indien de maatschappelijke en politieke druk op topinkomens aanhoudt, is overigens zeer onzeker of het samenwerkingsmodel in dat kader wel veiligheid biedt.

Wellicht de belangrijkste hobbel die genomen moet worden is het gevoel van verlies van 'autonomie'. Hoewel deze autonomie ook in het samenwerkingsmodel sterk beperkt zal worden, is dit voor veel specialisten nog de belangrijkste reden om niet te kiezen voor het dienstverband. Paradoxaal genoeg biedt juist het dienstverbandmodel bij uitstek mogelijkheden om een écht medisch bedrijf in te richten, waarin dokters daadwerkelijk bevoegdheden en verant-

woordelijkheden krijgen in beleid en bestuur en eventueel ook in het eigenaarschap van de organisatie. De voordelen van participatie in eigendom van een ziekenhuis moeten volgens velen ook niet zozeer worden gezien in financiële beloning (winstuitkering) maar vooral in het gevoel van eigenaarschap ('ons ziekenhuis') en de (getrapte) zeggenschap als aandeelhouder. Een dergelijk participatiemodel is op korte termijn misschien nog een stap te ver, maar voor de toekomst een optie die zowel vanuit het samenwerkingsmodel als het dienstverbandmodel bereikbaar is.

### Kans

De tijd gaat dringen en veel ziekenhuizen grijpen pragmatisch naar een van de geschetste modellen. Veelal zal dit een 'overgangsmodel' zijn. Wij pleiten ervoor dat ziekenhuis en medische staf daarbij steeds het gewenste toekomstbeeld voor ogen houden. Het is zaak om met zo'n overgangsmodel goed 'voor te sorteren' op weg naar een meer duurzaam besturingsmodel voor het gemeenschappelijk medisch bedrijf. In Bernhoven is een belangrijke stap in die richting gezet. Maar ook daar is het model nog niet af. De juridische positionering van de medisch specialisten moet nog vorm krijgen en het samenwerken binnen het nieuwe besturingsmodel zal zich de komende periode nog moeten ontwikkelen. Maar de 'backbone' die de bestuurlijke integratie en positie van de medisch specialisten borgt, die staat. Onder druk van de integrale bekostiging ontstaat er in ziekenhuizen nu een noodzaak én de ruimte om te veranderen. Laat dit een kans zijn om een stap vooruit te zetten! ■

### contact

huijsmans@damhuiselshoutverschure.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

### WK-PIL

Ik heb avonddienst op de intensive care en mijn patiënt is hypotensief. Ik overweeg om hem toch weer extra vulling te geven of misschien wat noradrenaline, maar dan valt me iets op. Vanuit zijn toilettaas staart een Albert Heijn-hamster met oranje kuif me aan. 'Goh, bent u fan?', vraag ik. Zijn ogen beginnen te glinsteren. Ik zet de tv aan en zap naar de voetbaluitzending. Zo aandachtig als hij naar het scherm kijkt, staar ik naar de monitor. Langzaam zie ik de bloeddruk stijgen. Hij heeft geen nor of vulling meer nodig gehad.

De volgende avonden probeer ik mijn nieuwe interventie verder uit. Zoals elk middel, heeft ook mijn WK-pil zijn beperkingen. Er zijn helaas relatief veel non-responders, overigens zonder duidelijk man-vrouwverschil. Daarnaast is er een groot tekort aan wedstrijden en is het effect behoorlijk lastig te titreren. Potentiële bijwerkingen zijn palpitations, stemmingswisselingen en hypertensie. Maar, het is goedkoop en de patiënttevredenheid is groot. Prima middel dus. Een paar weken later heb ik weer dienst. Mijn hypotensieve WK-fan is duidelijk herstellende en zwaait vrolijk. De hamsters in zijn toilettaas hebben zich vermenigvuldigd en hij heeft al zijn antihypertensiva weer teruggekregen. Er is zelfs een extra pil toegevoegd, en met name de toedieningstijd is opvallend. Sinds wanneer doseren we amlodipine om 5 uur 's middags? Mijn collega vertelt dat hij een asthma cardiale gehad heeft, bij hypertensie. Ze moet lachen om mijn verbaasde blik. 'Ja' zegt ze, 'Heel onhandig, net tijdens de wedstrijd'. Ik schrik. Asthma cardiale geluxeerd door Nederland-Chili... en we waren nota bene al door naar de volgende ronde! Ik haal mijn WK-pil meteen weer uit de handel. Net op tijd, want verliezen met strafschoppen? Daar zou ik zelfs een gezond hart niet aan willen blootstellen!

Eva Vogel