

Het MSB kan bijdragen aan een meer bedrijfsmatige besturing van het ziekenhuis

Minister Schippers beschouwt het MSB als een tijdelijke oplossing voor medisch specialisten in vrije vestiging omdat dit volgens haar analyse onvoldoende gelijkgerichtheid oplevert en de ziekenhuisbesturing complexer heeft gemaakt. Bovendien meent Schippers dat de toegenomen invloed van de medisch specialisten ten koste is gegaan van de invloed van de ziekenhuisbestuurders. Dat vindt ze zorgwekkend gezien de eindverantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuurders voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Als het aan haar ligt gaan medisch specialisten uiteindelijk dan ook in loondienst of worden aandeelhouder van het ziekenhuis. Onze ervaringen tot nu toe met de integrale bekostigingseffecten zijn positiever dan het beeld van de minister.

Samenvatting

- We zien diverse voorbeelden van MSB's die bijdragen aan verbetering van de bestuurbaarheid van het ziekenhuis
- Zoals elk nieuw bedrijf maakt het MSB een aantal ontwikkelingsfasen door en heeft het tijd nodig om optimaal te functioneren
- Ziekenhuizen veranderen snel waarbij groei plaats maakt voor krimp en grenzen tussen vakgebieden vervagen. Een sterk MSB helpt bij de regulering hiervan
- Kansen zijn er voor die MSB's die professioneel worden gerund en samen met het ziekenhuisbestuur inzetten op een bedrijfsmatige aanpak waarmee meer kwaliteit voor de patiënt wordt gerealiseerd, met lagere kosten voor het ziekenhuis en behoud van honorarium voor de medisch specialist

Zichtbare verbeteringen ten opzichte van het 'oude model'

Als bureau werken wij meer dan 25 jaar voor en met ziekenhuisbestuurders, medisch specialistische maatschappen/vakgroepen en medische staven en hebben de organisatieontwikkeling daarvan aan den lijve meegemaakt. De interne organisatie van de medische organen vormden lange tijd de zwakste schakel van de ziekenhuisorganisatie. Dit tot grote frustratie van veel ziekenhuisbestuurders en managers die maar moeilijk tot afspraken en gezamenlijk beleid konden komen met medische vakgroepen. Ook met medische stafbesturen was het lastig samenwerken omdat zij hun achterban niet in de hand hadden.

Binnen sommige ziekenhuizen lukte het om de organisatiegraad te verbeteren door medisch managers aan te stellen en binnen de medische staf een kernstaf in het leven te roepen. Maar als deze medische managers te nauwe banden met het ziekenhuisbestuur ontwikkelden, ontstond er een te grote afstand met de achterban. Het gevolg was dat de medische staf als geheel zich na verloop van tijd onvoldoende herkende in het beleid wat als uiteindelijk effect nogal eens het vertrek van een ziekenhuisbestuurder tot gevolg had. Want als het erop aan kwam, bleek dat de medische staf het laatste woord had. De medische staf is daarmee altijd een orgaan geweest met veel macht, dat echter deze macht niet altijd effectief wist te benutten ten gunste van de bestuurbaarheid van het ziekenhuis.

De werkelijkheidsbeleving van medisch specialisten en ziekenbestuurders was in het verleden nogal verschillend. Medisch specialisten werden onzeker of raakten geïrriteerd van de abstracte managementtaal, de ziekenhuisbestuurders ergerden zich aan het 'tribunegedrag' van medisch specialisten die wel kritiek hadden, maar niet thuis gaven als het ging om samen verantwoordelijkheid te dragen voor het ziekenhuisbeleid.

Deze wat karikaturale schets van het klassieke ziekenhuis is met de introductie van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) drastisch veranderd. Er lijkt een soort bewustwording te zijn ontstaan onder medisch specialisten dat zij een belangrijke rol kunnen en moeten vervullen in de besturing van het ziekenhuis. Regelmatig worden we gevraagd een bijdrage te leveren aan samenwerkingsvraagstukken tussen raden van bestuur en MSB's en leiderschapsprogramma's voor medisch specialisten die als medisch manager functioneren of ambities hebben in die richting. Ziekenhuizen pakken dergelijke programma's steeds serieuzer op.

Het MSB maakt een aantal ontwikkelingsfasen door

De MSB's die zich in 2015 vooral hebben bezig gehouden met fiscale vraagstukken en met hun interne organisatie, zien we dit jaar op allerlei plekken zich door ontwikkelen tot serieuze partijen die soms in een machtsstrijd verwickeld raken met de raad van bestuur, maar vaak nauw samen optrekken met het ziekenhuisbestuur. MSB's stellen professionele managers aan ter ondersteuning van hun MSB-bestuur en stellen zowel kwalitatieve als bedrijfsmatige eisen aan het functioneren van vakgroepen. De raad van bestuur heeft hierdoor een counterpart gekregen waarmee ze beter zaken kan doen. In plaats van dat de invloed van de ziekenhuisbestuurder daardoor geringer wordt, wordt de ziekenhuisbesturing hierdoor juist slagvaardiger en effectiever. De tegenstelling waarin Schippers redeneert tussen meer invloed van medisch specialisten ten koste van de invloed van de ziekenhuisbestuurder, is wat ons betreft een schijntegenstelling.

Wij zien samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuis en MSB die uitgaan van gelijkgerichtheid, gemeenschappelijk belang en exclusiviteit over en weer. Wij zien dat de MSB's veel nadrukkelijker medeverantwoordelijkheid gaan nemen bij de besturing van het ziekenhuis en, niet minder belangrijk, bij de besturing van de diverse vakgroepen die binnen het MSB opereren.

Mooie voorbeelden uit onze adviespraktijk van samenwerking tussen medisch en ziekenhuisbedrijf

- Het MSB neemt initiatief tot een strategieconferentie met de RvB
- Het MSB denkt goed na over criteria om initiatieven van ondernemende vakgroepen te beoordelen
- Het MSB bemoeit zich nadrukkelijk met de werving van een nieuwe medisch specialist en eist een persoonlijke profiel analyse als onderdeel van de sollicitatieprocedure. Op die manier neemt het MSB een actieve rol bij de bewaking van de kwaliteit van nieuwe medisch specialisten die tot het ziekenhuis worden toegelaten.
- Het MSB denkt kritisch mee bij de beoordeling van businesscases van het ziekenhuis
- Het MSB claimt initiatief met betrekking tot mediation binnen een maatschap. Dat is onze zaak.
- RvB, MSB en VMS voorzitter werken nauw samen rond een conflictcasus binnen een vakgroep
- Het MSB werkt nauw samen met het leerhuis van het ziekenhuis en komt tot een doortimmerd leiderschapsprogramma voor medisch specialisten

Een MSB is een nieuw bedrijf dat noodzakelijkerwijs een aantal ontwikkelingsfasen door zal gaan, zoals dat geldt voor elk nieuw bedrijf. In 2015 toen de MSB's net waren opgericht hebben we onderstaande drie fasen onderscheiden:

Fiscaliteitsfase

- Behoud ondernemerschap
- Autonomie
- Relatie met RvB

Inregelfase

- Ingewikkeld
- Hoe governance hanteerbaar?
- Professionalisering

Strategiefase

- Toekomst ziekenhuis
- Portfoliokeuzes
- Slagvaardigheid en flexibilisering

Bovenstaande voorbeelden van positieve ontwikkelingen die wij in de praktijk zien, wijzen erop dat sommige MSB's de fiscaliteits- en inregelfase voor een belangrijk deel achter zich hebben gelaten en via één overlegtafel met de raad van bestuur werken aan de toekomst van het ziekenhuis.

We zien ook MSB's die zich nog vooral laten leiden door fiscale aspecten en bijvoorbeeld om die reden diensten willen gaan aanbieden aan andere ziekenhuizen dan hun 'eigen' ziekenhuis.

Voor de meeste MSB's zal echter gelden dat de 'inregelfase' enkele jaren in beslag gaat nemen. Immers het is wennen en leren in de praktijk voor zowel MSB-bestuur als raad van bestuur om samen op te trekken in een juiste rolverdeling en daarbij de passende toon/stijl te vinden. Daarbij hoort ook het op momenten met elkaar kunnen onderhandelen gericht op win/win, met respect voor elkaars positie en belangen.

Wat ook tijd kost is het intern regelen van de organisatie binnen het MSB. Vakgroepen en MSB-bestuur staan in een heel andere verhouding dan in het verleden vakgroepen en het 'oude' stafbestuur. De traditionele autonomie van vakgroepen maakt plaats voor een duidelijk kader van het MSB waarbinnen vakgroepen dienen te opereren en waarop ze worden aangesproken.

Individuele specialisten hebben nu een overeenkomst met het MSB en niet meer met de raad van bestuur. Op zich een logischer verhouding.

Tegelijkertijd moet het MSB bestuur bewaken dat ze haar mandaat zorgvuldig hanteert en haar hand niet overspeelt door in hiërarchisch gedrag te vervallen. Dat zal in een medisch professionele omgeving niet functioneren.

Het op die manier 'inregelen' en vinden van de balans tussen deze zaken kost tijd. Om tot een goed oordeel te komen over het functioneren van het samenwerkingsmodel tussen medisch en ziekenhuisbedrijf zoals dat binnen veel ziekenhuizen inmiddels functioneert, zullen we dan ook enkele jaren geduld moeten hebben.

Ziekenhuizen veranderen snel waarbij groei plaatsmaakt voor krimp

Ziekenhuizen zullen compacter en kernachtiger worden, functionerend binnen een regionaal netwerk. Een deel van de chronische zorg (nu circa 40% van de ziekenhuisomzet) zal naar de eerste lijn verschuiven. De electieve zorg (nu 15%) zal in zekere mate worden overgenomen door of georganiseerd in focusklinieken. De acute zorg (30%), de hoogcomplexen en de oncologische zorg (15%) zal overwegend binnen de ziekenhuizen blijven. Kleinere ziekenhuizen zullen hoogcomplexen zorg en een deel van de oncologisch zorg gaan verliezen.

Door technologische ontwikkelingen zullen steeds meer behandelingen minimaal en non-invasief worden uitgevoerd met als gevolg minder en nog kortere klinische opnames. Door steeds meer en samenhangende patiëntdata komt de nadruk te liggen op specialisme-overstijgende diagnostiek ondersteund door intelligente computertechnologie (de arts in de cockpit). Op langere termijn zullen ziekenhuizen transformeren van behandelcentra naar informatie/expertcentra.

Het gevolg van dit alles is dat de productie/omzetgroei van ziekenhuizen onder druk komt te staan, en daarmee de honoraria van medisch specialisten. Dit terwijl hoge investeringen nodig zijn voor innovatie.

Om de hierboven geschetste toekomst van het ziekenhuis aan te kunnen is een sterk MSB gewenst, dat de 'grensstrijd' tussen specialismen kan reguleren met de daarbij behorende financiële belangen. Vakinhoudelijk is het al moeilijk genoeg. Een harmonisatiemodel (met eventueel vormen van prestatiebeloning) binnen het MSB is randvoorwaarde en moet voorkomen dat er verdeel en heers ontstaat binnen het MSB.

Kansen voor 'shared savings' tussen ziekenhuis en MSB

Een 'volwassen' MSB (in termen van de hiervoor geschetste ontwikkelingsfasen) zal zoals elk serieus bedrijf vooral gericht zijn op lange termijn continuïteit in plaats van op winst-maximalisatie op korte termijn. Voor wat betreft honoraria van medisch specialisten kan inkomenszekerheid wel eens belangrijker worden dan inkomensgroei. In dit kader past ook de belangstelling voor meerjarenafspraken met 'shared savings' tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Maar ook in de samenwerking tussen ziekenhuis en MSB is het van belang te werken aan 'shared savings'. Oftewel, hoe kunnen we de zorg doelmatiger inrichten waardoor de kwaliteit hoger wordt en de kosten lager. Dat betekent in hoofdlijnen twee zaken:

1. Alleen die verrichtingen uitvoeren die kosteneffectief zijn en daadwerkelijk waarde toevoegen voor de patiënt (value based health care, shared decisionmaking).
2. Relatief dure specialisten doen specialistisch werk en delegeren de rest aan minder duur personeel. Dit is simpele bedrijfsmatige logica die echter nog maar beperkt is doorgevoerd in ziekenhuizen.

Door in te zetten op deze twee lijnen kan de kwaliteit van de zorg worden verhoogd, worden de kosten voor het ziekenhuis lager en worden specialisten productiever ten gunste van hun honorarium; een win/win/win-situatie.

Het MSB van de toekomst

Naar onze verwachting zal het MSB in ieder geval in een deel van de ziekenhuizen zich doorontwikkelen tot een professioneel gerund bedrijf. Daarbij zijn verschillende businessmodellen denkbaar. Een niet onlogisch model is dat dit medische bedrijf in de toekomst gerund gaat worden door een beperkter aantal partners en meer medisch specialisten in dienstverband van datzelfde MSB.

Dit is het eerste artikel van een artikelenreeks van vijf artikelen. In de volgende artikelen wordt dieper ingegaan op een aantal aspecten die in dit overzichtsartikel zijn aangestipt.

*Voor meer informatie neem contact op met Hemmo Huijsmans (huijsmans@devoa.nl)
Robert Paquay (paquay@devoa.nl) of Frans Spijkers (spijkers@devoa.nl).*