

Versterken participatie medisch specialisten op alle niveaus van het ziekenhuis

Inleiding

Op de vraag: welke tarieven gelden eigenlijk voor medisch specialisten als in 2015 het convenant afloopt, is het antwoord: géén. Medische specialisten en ziekenhuizen zullen er met onderhandelen op basis van integrale tarieven samen uit moeten komen. Deze situatie is voor alle betrokkenen zo nieuw, dat het verstandig is zich hier goed en tijdig op voor te bereiden. De Orde van Medisch Specialisten neemt hierin initiatieven, de NVZ heeft een positioneringsnota uitgebracht en de NZa zal uitspraken doen over de vormgeving van het declaratierecht. Het is aan de stafcollectieven in de ziekenhuizen om met het bestuur van het ziekenhuis in de lokale situatie een model voor de toekomst uit te werken. Integrale bekostiging geldt als het sluitstuk nadat de historische verschillen in *incentives* tussen ziekenhuizen en specialisten zijn geëlimineerd en de belangen vanaf 2015 volledig parallel lopen.

De eerdere convenanten voor ziekenhuizen en medisch specialisten en het Zorgakkoord (zomer 2013) redeneren alle vanuit kwaliteit, doelmatigheid, continuïteit van de zorg én beheersing van de kosten. Onze stelling is dat deze doelen het beste kunnen worden behaald door een structurele inbreng van de medisch specialisten in de besturing van het ziekenhuis. Medische staven en ziekenhuizen doen er verstandig aan de vraagstelling: *hoe verdelen we de inkomsten?* te verbreden naar: *hoe geven we met participatie van medisch specialisten de besturing van het ziekenhuis effectief vorm.*

Vervolgens kan dan de aandacht uitgaan naar het redelijk verdelen van de inkomsten.

Dit artikel gaat in op de vraag hoe stafcollectieven of medische staven zich kunnen voorbereiden op de veranderingen van '2015' en vooral: hoe als medisch specialisten te participeren in het bestuur van het ziekenhuis op alle niveaus.

We sluiten af met de vraag op te werpen hoe de voorstellen voor sterkere participatie in het bestuur zich verhouden tot de optie van aandeelhouderschap. Dit artikel vormt een tweeluik met onze eerdere publicatie "*Dokter, manager, bestuurder...eigenaar? Enige beschouwingen over mede-eigendom van ziekenhuizen door medisch specialisten*", waarin een model is uitgewerkt van medisch specialisten als aandeelhouders van het ziekenhuis.¹

Ziekenhuisorganisatie en positie medische staf

In veel ziekenhuizen is de laatste jaren het model van *resultaatverantwoordelijke eenheden* (RVE) in zwang

geraakt. De structuur van vakgroepen/maatschappen is veelal als uitgangspunt gekozen, om de overgang niet te groot te maken, met als resultaat een groot aantal RVE'en van sterk verschillende omvang. Meestal worden de RVE leiders tamelijk direct door de Raad van Bestuur aangestuurd. Medische leiders van RVE'en kunnen zo snel terecht kunnen bij de bestuurder. Voor problemen in de bedrijfsvoering tussen RVE'en zijn echter aanvullende maatregelen nodig.

Het instellen in ziekenhuizen van een *Co-Bestuur*, enkele leden van het stafbestuur die participeren in de vergaderingen van de Raad van Bestuur, is een poging de integratie vorm te geven. Maar waar statutaire verankering ontbreekt en grote verschillen bestaan bijv. in toegang tot informatie, stafondersteuning en entree bij de RvT e.d. zal Co-Bestuur waarschijnlijk halverwege blijven steken tussen vertegenwoordiging van de medische staf en daadwerkelijk medebestuur.

Bezwaren van het RVE model

Wij hebben twijfels of een organisatie met RVE'en en Co-Bestuur bestand zal zijn tegen de veranderingen die '2015' met zich mee brengt.

Kernproblemen lijken ons de volgende:

- Zonder een stevig *medisch beleidsplan* lijkt de inbreng van de medische staf in beleid en besturing vrijblijvend. Onmisbaar bij echte strategische vraagstukken, zoals de portfolio van het ziekenhuis; samenwerking, positionering en profilering.
- Het is logisch in te zetten op medisch leiderschap op het laagste organisatorische niveau (RVE) als de grootste doelmatigheidswinst behaald kan worden binnen de RVE'en. Zijn echter de centrale vraagstukken: organiseren van ketenzorg, multidisciplinair en patiëntgericht werken of integrale herpositionering van het ziekenhuis, dan past een andere organisatievorm beter.
- RVE'en zijn niet toegesneden op het effectief aanpakken van problemen tussen RVE'en en 'opspelen' naar de RvB ligt dan voor de hand, maar is onwenselijk. Om doelmatigheidswinst te bereiken is beter afstemmen van zorg- en ondersteunende processen essentieel en dit overstijgt meestal afzonderlijke RVE'en.
- Met het model van RVE'en lijkt impliciet gekozen voor 'operationeel excelleren' als primaire doelstelling boven bijvoorbeeld 'innovatie' of 'uitmuntende kwaliteit van dienstverlening'. Dit zal niet voor elk ziekenhuis de meest logische keuze zijn.

Samenvattend: RVE'en dragen wellicht bij aan de bedrijfsmatige oriëntatie, maar vanwege de bezwaren zien wij niet dat dit model daadwerkelijk leidt tot integrale besturing van ziekenhuizen. Bovendien doet een RVE model een groot beroep doet op schaarse

¹ Dit artikel is op te vragen bij de auteurs of te raadplegen via www.Leguijadvies.nl/artikelen/

talenten en vaardigheden in medisch management. Gelet op deze bezwaren is de uitdaging: hoe het RVE model door te ontwikkelen naar een organisatie-model dat beter de participatie van medisch specialisten in de besturing van het ziekenhuis kan vorm geven.

Hoe kunnen medisch specialisten effectiever participeren in de besturing van het ziekenhuis?

Ziekenhuizen zullen zich in toenemende mate toeleggen op waar zij echt goed in zijn. Daardoor krijgen zij een meer onderscheidend profiel (portfolio) én dat maakt het mogelijk zaken doelmatiger te organiseren. Het organisatie-model moet hierop aansluiten. Wij denken dat dit haalbaar is door het RVE model als het ware door te ontwikkelen in een model met:

- Een beperkt aantal eenheden die gelijksoortige processen omvatten (zie kader voor voorbeelden)
- Een medisch specialist als medisch leider van de eenheid, met de functie 'medisch directeur'
- De leiders van de eenheden vormen samen de 'operationele directie' van het ziekenhuis en rapporteren (als college en individueel) direct aan de Raad van Bestuur/Co-Bestuur.

De vorming van een *operationele directie* bevordert de samenhang in de besturing van het ziekenhuis en zorgt er mede voor dat Raad van Bestuur/Co-Bestuur zich beter kunnen richten op de vraagstukken van strategische aard.

Mogelijke indeling van nieuwe eenheden

Bij een beperkt aantal eenheden (bijv. 4 – 7) wordt voor de samenstelling gekeken naar criteria als: overeenkomstige of vergelijkbare *patiënten* (doelgroepen), vergelijkbare *processen* en *verwijspatronen*. Als voorbeeld de volgende indeling:

Oncologische zorg

Vrouw- en kindzorg

Laag complexe, hoog volume zorg (de 'behandelstraten' en een groot deel van de poli's)

Chronische zorg

Spoedeisende en intensieve zorg

Het opstellen of reviseren van het medisch beleidsplan is bij uitstek de gelegenheid om de samenstelling van de eenheden te bepalen of te heroverwegen.

Verdienmodel ziekenhuis, doorontwikkeling verdeelmodel

Eén van de instrumenten die voortvloeien uit het convenant over de honoraria is het verdeelmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten. In het licht van '2015' dient dit model o.i. in twee richtingen *doorontwikkeld* te worden:

- a) Krachtige *koppeling* van het *verdienmodel* van het *ziekenhuis* en het *verdeelmodel* van de *medisch specialisten*; ziekenhuis en medisch staf maken afspraken hoe het resultaat van het ziekenhuis doorwerkt in de beloning van medisch

specialisten. Het samen in het stafcollectief ontwikkelen van en samen keuzes maken in het verdeelmodel (bijv. hoe loont productiviteit, inconvenienten; bandbreedte onderlinge verschillend etc.) heeft bijgedragen aan de samenhang van de (vrijgevestigde) medisch specialisten, daar moet gebruik van gemaakt worden bij het inrichten van het nieuwe regime.

- b) *Uitbreiden van de werkingssfeer van het verdeelmodel* tot: dienstverbanders, klinisch technologische specialisten, chefs de clinique, A(N)IO's, zodat dit het karakter krijgt van het *beloningsmodel voor alle medisch professionals*. Doelen die hiermee worden beoogd: (a) gelijkgerichtheid van vrijgevestigden en dienstverbanders door gelijksoortige risico's en incentives; (b) een evenwichtige stafopbouw; (c) eenduidigheid in de aansturing van andere disciplines die een rol spelen in het 'medisch-specialistisch bedrijf' (PA's, NP's en andere specialistisch verpleegkundigen, paramedici).

Door deze maatregelen wordt in de bedrijfsvoering een belangrijke stap gezet naar het harmoniseren van belangen en incentives van ziekenhuis en medische staf. Wij zien dit als het complement van het aanpassen van het organisatie-model van het ziekenhuis, waarin de *doctor in the lead* is geplaatst.

Versterken participatie medisch specialisten - volgende stap?

Hiermee is nog geen oplossing gevonden voor het probleem van de groeiende kapitaalbehoefte en hogere eisen aan solvabiliteit van ziekenhuizen. Dit vraagt van de medische staf van het ziekenhuis om zijn positie te bepalen ten aanzien van grofweg drie alternatieven: (i) versneld mogelijk geforceerd opbouwen van eigen vermogen van het ziekenhuis door kostenvermindering; (ii) aantrekken van kapitaal van investeerders in ruil voor zeggenschap in het ziekenhuis; (iii) medisch specialisten nemen een aandeel in het ziekenhuis.

Elders (zie verwijzing op de 1^e pagina) hebben wij een model met medisch specialisten als aandeelhouder van het ziekenhuis uitgewerkt. Het is zeer wel denkbaar de hiervoor bepleite doorontwikkeling van het organisatie-model + het verdeelmodel vroeger of later samengaan met wordt aangevuld doordat de medisch specialisten een aandeel nemen in het ziekenhuis

Frank Leguijt, revisie december 2013

Raadgevers in de Zorg is een initiatief van Douwe de Vries, Jos Röselaers, Aby Hartog en Frank Leguijt. Wij werken samen met Wim Snoek en André van Beurden.