

Verdienmodel ziekenhuis en beloningsmodel medisch specialisten

1. Inleiding

De invoering van *integrale tarieven* voor ziekenhuiszorg en medisch specialisten in 2015 leidt ertoe dat in de algemene ziekenhuizen regelingen moeten worden getroffen voor:

(a) de verdeling van de integrale opbrengsten over: het beloningsbudget voor medische specialisten, alle andere kosten van het ziekenhuis én het te realiseren financieel resultaat en

(b) De verdeling van het beloningsbudget over de medisch specialisten van het ziekenhuis.

Anders dan bij eerdere gelegenheden is het bestuur van het ziekenhuis bij dit tweede punt nadrukkelijk betrokken. We zetten deze opgaven eerst in historisch perspectief, gaan dan in op de inhoud van de systeemverandering in 2015 en plaatsen deze daarna in een bredere context.

We beschrijven de reikwijdte van het verdeelmodel in relatie tot de verschillende basismodellen van besturing en samenwerking die medische specialisten en ziekenhuizen kunnen kiezen en werken ten slotte de kernelementen van een verdeelmodel uit: hoogte, verdelingsparameters en mate van resultaatafhankelijkheid.

2. Eerdere ervaringen met een verdeelmodel: lumpsum voor honoraria en invoering van DBC's

In de meeste ziekenhuizen is rond de eeuwwisseling ervaring opgedaan met het verdelen van de *lumpsum* voor honoraria. De coöperatie van vrijgevestigde specialisten moest de Fte's per specialisme vaststellen om te bepalen welk deel van de lumpsum ieder toekwam. De mate waarin hierbij tussen specialismen werd geharmoniseerd verschilde tussen de ziekenhuizen. In dit model is de relatie tussen de beloning en wat elk specialisme bijdraagt aan de te verdelen lumpsum lastig vast te stellen. Getracht is deze relatie enigszins te leggen door (interne) productieafspraken. Incentives voor ziekenhuis en specialismen waren echter verschillend waardoor belangentegenstellingen tussen ziekenhuis en coöperatie én tussen specialismen onderling optraden. Het dynamische element in de lumpsum periode vormt de honorarium-opbrengst als gevolg van extra productie om wachtlijsten te reduceren. Deze 'boter bij de vis' afspraken met zorgverzekeraars zetten in toenemende mate de interne verdeelafspraken onder spanning.

Het aflopen van de lumpsum overeenkomsten en de invoering van DBC's betekende het herleven van het *stukloon* model volgens vaste tarieven per medisch specialistische verrichting.

Geleidelijk kwam de paradox aan het licht: een minutieus in honorariumbedragen uitgewerkt systeem van tienduizenden diagnosebehandelingscombinaties kon een explosie van honorariumkosten niet voorkomen. Terwijl hiervoor in de lumpsum periode eigenlijk geen tarieven bestonden. Een combinatie van generieke en specifieke kortingen per specialisme (2009-2010) was nodig om de kosten terug te brengen tot het niveau van 2007. In het bijzonder de medisch ondersteunende specialismen hebben hierdoor tijdelijk een aanzienlijk voordeel genoten. Aannemelijk is dat het lucratieve honorarium in deze periode heeft bijgedragen aan productiegroei van de ziekenhuizen.¹

3. Convenant honorariumbudget: invoering honorarium verdeelmodel

Het convenant over specialistenhonoraria van mei 2011 maakt het nodig in alle ziekenhuizen stafcollectieven of stafmaatschappen te vormen die een verdeelmodel vaststellen voor het honorariumbudget: een 'vast deel' (75 à 85%) en een 'variabel deel' (15-25%). Over in ieder geval dit laatste moet het stafcollectief overeenstemming bereiken met het ziekenhuisbestuur.

Veel meer expliciet dan onder vigeur van de lumpsum is *loon naar werken* het leidend beginsel voor de verdeling van het honorariumbudget. Een stafcollectief moet het eens worden over twee zaken:

- Vaststellen hoeveel werk ieder specialisme in het ziekenhuis levert? Is de honorariumopbrengst van voorgaande jaren (voor of na tariefkortingen) een goede maat? Geeft de ziekenhuisproductie een goede aanwijzing? En hoe weeg je die? Moet en kan rekening worden gehouden met onconvenianten, immers sommige specialismen dragen meer dan andere het 24-uurs ziekenhuis. En hoe weeg je bijvoorbeeld marktaandeel per specialisme ten opzichte van verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid; of: innovatie en taakherschikking en verantwoorde zorg, i.h.b. tegengaan van overbehandeling? Ter illustratie in het kader de grafische weergave van een bruikbaar verdeelmodel voor de periode 2012-2014.
- Een verdeelmodel met zulke uiteenlopende elementen moet zo worden ingericht dat het redelijk *verdeelt* wat er binnenkomt, maar moet ook voldoende stimulans bevatten om zowel de *kwalitatieve* als ook de *kwantitatieve* doelstellingen ('vullen van het honorariumbudget') te behalen.

¹ In de periode 2008-2011 is de ziekenhuisproductie in FB-parameters, gewogen in patiënteneenheden, per jaar toegenomen met 3,9% (eigen berekening o.b.v. NVZ publicatie 'Zorg loont', september 2013)

Honorarium verdien- en verdeelmodel		
Strekking convenant: 'loon naar werken', harmoniseren inkomens met behoud productiviteitsprikkel, alle maatschappen in stafcollectief		
Variabel (15%) - kosten - knelpunten model	Arbeidsbeloning (43%) geen spreiding, één bedrag / FTE	
	Inconveniënten (6%): spreiding: 6 - 19% over arbeidsbeloning	
	Productiviteit (24%) Benchmark: patiënteneenheden / FTE specialisme ziekenhuizen NL spreiding: - 16% tot + 48%	Marktbewerking (12%) Benchmark: Adherentie van het ziekenhuis spreiding: - 18% / + 12%
	< Maximum bandbreedte verschil maatschappen: € 50.000 / FTE >	
<i>Voorbeeld van de mogelijke opbouw van een honorariumverdeelmiddel uit een aantal elementen</i>		

Een verdeelmodel is in eerste instantie een *verdienmodel*.

Het moet op korte en langere termijn bijdragen aan de kwaliteit van de zorg én aan de continuïteit en de verdien capaciteit van medisch specialisten en van het ziekenhuis.

4. Systeemverandering in 2015: parallele belangen & noodzaak tot samenwerking

Deze toevoeging: '...en van het ziekenhuis' is de essentie van de systeemverandering per 2015. Zijn tot dan toe de belangen en incentives nog voor een deel verschillend gericht, bij integrale tarieven zijn deze verschillen tussen medische specialisten en ziekenhuis opgeheven. Dit betekent dat de medische specialisten en het ziekenhuisbestuur in beider belang met elkaar afspraken moeten maken over het *beleid* en de *bedrijfsvoering* van het ziekenhuis en over de *hoogte* en de *verdeling* van het geheel aan beloningen voor medisch specialisten. Een centraal punt is de samenhang tussen beide: de mate waarin de beloning *afhankelijk* is van het *resultaat* van het ziekenhuis.

Het is logisch dat de medische staf zich meer en vanuit een consistente visie moet gaan bezig houden met de strategie, het beleid en de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Het bestuur van het ziekenhuis zal vanuit zijn integrale verantwoordelijkheid invloed willen uitoefenen op hoe medische groepen hun bijdragen leveren aan de overall prestaties van het ziekenhuis. De afspraken rond de hoogte en de verdeling van het beloningsbudget vormen een belangrijk onderdeel van het pakket aan afspraken tussen medische specialisten en ziekenhuisbestuur.

5. Basismodellen van besturing en samenwerking

OMS en NVZ hebben publicaties uitgebracht hoe de samenwerking van medische staven en besturen van ziekenhuizen kan worden vorm gegeven: van volledige integratie in dienstverband tot afspraken over

wederzijdse verantwoordelijkheden in zakelijke dienstverleningsovereenkomsten. Een derde grondvorm is die van het mede-eigenaarschap van medisch specialisten in het ziekenhuis als volwaardig aandeelhouder of, in een lichtere variant, waarbij medisch specialisten beperkt financieel participeren en voor dat deel van hun inkomen afhankelijk zijn van het resultaat van het ziekenhuis.

Voordat we ingaan op hoe afspraken over het beloningsbudget medisch specialisten en het verdeelmodel er uit kunnen zien, is het goed de belangrijkste trends in de relevante omgeving aan te stippen [zie verder bijlage]:

- De veranderende financiële positie van ziekenhuizen t.o.v. zorgverzekeraars en banken
- Actuele thema's waarover koepelorganisaties in convenanten afspraken hebben gemaakt en
- De visie van de Orde van Medisch Specialisten op de moderne medisch specialist.

Conclusie: de kaders laten zien dat door een gezamenlijke inspanning van medische staf en bestuur van het ziekenhuis en met onderling afgestemde beleidsinstrumenten, zoals een integraal model voor de beloning van medisch specialisten, de kwaliteit en de continuïteit van het ziekenhuis en de daarin gevestigde praktijken het beste kunnen worden gewaarborgd.

6. Reikwijdte van het verdeelmodel beloning specialisten in verschillende besturingsmodellen

De modellen die als handreiking door NVZ en OMS zijn voorgesteld kennen een verschillende plaats toe aan het verdeelmodel voor de beloning van medische specialisten.

In een *dienstverbandmodel* is de beloning bij cao geregeld in de AMS. In de onderhandelingen over de nieuwe AMS staat de decentrale uitwerking van meer gedifferentieerde beloning centraal.

In ziekenhuizen met een gemengd samengestelde medische staf kan deze beleidsruimte misschien worden benut om voor specialisten in dienstverband gelijke beloningsincentives (en het afzien hiervan) in te voeren als voor vrijgevestigde specialisten. Voor vrijgevestigde specialisten in bepaalde ziekenhuizen kan het dienstverbandmodel door de nieuwe elementen van de AMS aantrekkelijk zijn.

In een model dat *verzelfstandiging* als uitgangspunt neemt en waarin medisch specialisten van eventueel meerdere ziekenhuizen zich verbinden in een coöperatie (of een andere rechtsvorm), zal het beloningssysteem door de coöperatie zelf worden vastgesteld. De opzet van het beloningssysteem kan spanning opleveren met de belangen van ziekenhuizen die vanuit de coöperatie worden voorzien van medisch specialisten, maar kan ook leiden tot spanningen tussen de specialisten onderling. Dit model draagt waarschijnlijk niet bij aan het harmoniseren van de positie van vrijgevestigden en dienstverbanders binnen hetzelfde ziekenhuis.

Interessant is hoe in het *participatiemodel* en het *aandeelhoudersmodel* de regeling van de verdeling

van het beloningsbudget van medische specialisten kan bijdragen aan de gezamenlijk te formuleren doelstellingen. De twee modellen verschillen principieel op één punt, namelijk of medisch specialisten al dan niet mede-eigenaar worden van het ziekenhuis. Wat betreft de mate waarin medische specialisten financieel afhankelijk zijn van het resultaat van het ziekenhuis is het verschil veel meer gradueel. In een model zonder mede-eigenaarschap kan worden gekozen voor een grotere of een kleinere resultaatafhankelijke beloningscomponent.

In het vervolg richten we ons vooral op deze beide modellen. De bevindingen en aanbevelingen kunnen overigens ook nuttig zijn voor de verdeelsystematiek van een zelfstandig van het ziekenhuis opererende coöperatie.

7. Bouwstenen van een beloningsmodel

De drie belangrijkste elementen van een beloningsmodel zijn: de *hoogte* van het beloningsbudget, de *parameters* die een rol spelen bij de *verdeling* en hun onderlinge *weging* en de mate waarin de beloning *afhankelijk* zijn van het *resultaat* van het ziekenhuis.

Collectieve of individuele beloning?

In de periode voor invoering van het honorariumbudget zijn ZBC's of zorg-bv's opgezet, vaak in de vorm van een joint venture van een medisch specialisme en het ziekenhuis, waarbij de 'winst' werd verdeeld of specialisten een vaste managementfee ontvangen. Deze constructies zijn blijven bestaan of onderdeel geworden van het verdeelmodel voor het honorariumbudget. De laatste vorm lijkt het meeste toekomstgericht: (a) het voorkomt spanningen met andere (ondersteunende) specialismen; (b) een integraal beloningsmodel draagt bij aan de cohesie van het stafcollectief / de medische staf; (c) en dat is een belangrijke voorwaarde om invloed te kunnen uitoefenen.

7.1 Bepalen van de hoogte van het beloningsbudget medische specialisten

Een pragmatisch uitgangspunt voor het initieel vaststellen van het beloningsbudget is: *honorariumbudget-2014 +/- de indexatie 2015* die geldt voor de productieafspraken (of de aanneemsom) van het ziekenhuis. Een redelijke voorwaarde: de omzet van het ziekenhuis is niet

(althans niet substantieel) verkleind door achterblijven van productie (wat blijkt doordat het honorariumbudget onvoldoende is 'gevuld'). Vervolgens moet bepaald worden hoe ziekenhuis en medische specialisten ieder bijdragen aan het te bereiken resultaat voor het komende jaar. De systematiek in een *participatiemodel* verschilt van die in een *aandeelhoudersmodel*, zoals geïllustreerd in onderstaande, fictieve voorbeelden.

Participatiemodel	Aandeelhoudersmodel
Streefresultaat: 2% (€ 3 Mln./€ 150 Mln. Omzet) Honorariumbudget: € 22,5 Mln., daarvan 2% = € 450.000 is afhankelijk van het resultaat. Ziekenhuis en specialisten lopen gelijk risico	Streefresultaat: 2% (€ 3 Mln./€ 150 Mln. Omzet) Stel: specialisten verwerven 25% aandeel in BV, dan te reserveren van het beloningsbudget: 25% van € 3 Mln. = € 750.000 (= 3,33%)

In beide voorbeelden blijft het bedrag dat medisch specialisten inzetten ruim binnen de omvang van het *variabele* deel van voorheen het honorariumbudget.² Het is natuurlijk ook mogelijk om andersoortige afspraken te maken, bijvoorbeeld voor beleidsmatig

zeer gewenste investeringen of om afspraken over taakherschikking op hun effecten te evalueren.³

² In het voorbeeld: 15% van € 22,5 Mln. = € 3,375 Mln.

³ Denk aan het kosteneffectief inzetten van Nurse Practitioners of Physician Assistants waarbij het voordeel wordt gedeeld door ziekenhuis en medische staf

7.2 Parameters voor de verdeling van het beloningsbudget

Enkele ziekenhuizen hebben een eigen verdeelmodel voor honoraria ontwikkeld, de meeste hebben het door Logex® aangereikte model overgenomen. Er is nu twee jaar ervaring opgedaan, aanleiding om te evalueren of het model functioneert zoals verwacht en welke bijstellingen wenselijk zijn wil het bruikbaar blijven in de gewijzigde context van '2015'.

Het continueren van het verdeelmodel is afhankelijk van blijvende beschikbaarheid van (benchmark)informatie over productie en adherentie, zoals verzameld door middel van de Jaarenquête Ziekenhuizen. Het is te verwachten dat over enkele jaren relevante vergelijkende informatie beschikbaar zal zijn over DOT's.

Het bestaande honorarium verdeelmodel kan, eventueel aangepast, zijn nut bewijzen als een door het stafcollectief te onderhouden eigen instrument voor - gedifferentieerde - beloning.

Elementen waarop het verdeelmodel zou moeten worden aangevuld zijn:

- Beloningsregelingen voor andere groepen dan medisch specialisten in vrije vestiging + het besluit dat deze in dient komen van het stafcollectief: medisch specialisten in dienstverband, profiel-specialisten (SEH-artsen), chefs de clinique, 'house staff' enzovoort⁴; de samenhang van de medische staf is ermee gediend als de beloningsregeling voor dienstverbanders zoveel mogelijk analoog wordt gemaakt aan die van de vrijgevestigden.
- Uitwerken van regelingen om krimp en groei van vakgroepen soepel te laten verlopen (concentratie van zorg en afstoten van medische functies)
- Systematisch onderdeel maken van de beloningsregeling van die zaken die in de overgangsfase geregeld zijn in het variabel deel van het honorariumbudget, bijv. inzet voor kwaliteitsprojecten en regeling van de kosten van maatschappen.

Als flankerend beleid om het beloningsmodel goed te laten functioneren, valt te denken aan:

- Een kaderregeling voor in- en uitverdiene van goodwill (als landelijk in de voorwaarden hiervoor wordt voorzien).

7.3 Mate van resultaatafhankelijkheid beloning

Resultaatafhankelijke beloning laat zich op verschillende manieren uitwerken, afhankelijk van het model waar zij onderdeel van zijn. Enkele ideeën:

- In een model van *verzelfstandiging*: contract-afspraken tussen coöperatie ('Medisch Specia-

listisch Bedrijf') en ziekenhuis hebben partijen een grote vrijheid om afspraken te maken over resultaatafhankelijke beloning, overigens binnen dezelfde budgettaire ruimte als geldt voor de andere modellen.

- In een *participatiemodel* kiezen medisch specialisten er voor in beginsel maar beperkt risico te dragen voor het resultaat en de waardeontwikkeling van het ziekenhuis. Bovenop de inleg voor een normaal rendement van het ziekenhuis (par. 6.1) wordt € 10 à 15.000 een redelijk bedrag gevonden. De voorstellen van Logex® en de OMS voor een Resultaat Afhankelijke Beloning (RAB) gaan ervan uit dat specialisten een beperkt voordeel behalen of nadeel oplopen als het resultaat van het ziekenhuis buiten een bandbreedte van 5% winst/verlies komt, namelijk maximaal plus of min 2%. Het is de vraag of een zo beperkte incentive leidt tot daadwerkelijke betrokkenheid van alle specialisten en de noodzakelijke inzet voor een gunstig (financieel) resultaat. Om echte participatie tot stand te brengen lijkt ons een voorwaarde dat de specialisten in ieder geval proportioneel, dus in gelijke mate als het ziekenhuis, voor- en nadeel hebben van het resultaat.
- In het *aandeelhoudersmodel* ligt het voor de hand dat de STAK zorgdraagt voor het overeengekomen procentuele aandeel in het kapitaal van de BV en dus in geval het EV kleiner wordt door een negatief resultaat, de STAK zijn aandeel weer op peil brengt. De extra storting van kapitaal moet dan opgebracht worden door de certificaathouders uit hun deel van het beloningsbudget. Hiervoor moet gereserveerd worden, bij positief resultaat kan de reservering alsnog vrijgegeven worden. Als de BV overwinst maakt, dus boven het begrote resultaat (in het voorbeeld: 2%), besluiten Aandeelhouders over de bestemming hiervan. Wordt besloten de winst uit te keren⁵, dan lijkt de eenvoudigste manier om het winstaandeel voor de STAK in het daaropvolgende jaar toe te voegen aan het beloningsbudget en dus volgens het verdeelmodel toe te delen aan de leden van de STAK.

Frank Leguijt, revisie december 2013

⁴ Deze instrumenten zijn zeker noodzakelijk als in het kader van het aandeelhoudersmodel functiedifferentiatie wordt doorgevoerd: specialist-partner, specialist-aandeelhouder, specialist en arts-medewerker

⁵ We gaan ervan uit dat tegen die tijd de Wet Winstuitkering ziekenhuizen van kracht is; het wetsontwerp staat geagendeerd voor plenaire behandeling in de Tweede Kamer in januari 2014.

