

Dokter, manager, bestuurder...eigenaar?

Enige beschouwingen over mede-eigendom van ziekenhuizen door medisch specialisten

Frank Leguijt, Jos Röselaers

De positie van medisch specialisten in ziekenhuizen krijgt dit najaar buitengewoon veel aandacht – een greep uit de actualiteit:

- ⤴ In een ideale politieke timing leverde de commissie-Meurs haar rapport op met beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten; het kon direct dienen als uitwerking van een lastig exemplaar uit het kaartspel van de informateurs. Resultaat: een globaal paarse uitkomst, bijvoorbeeld winstuitkering onder strikte voorwaarden én vooruitschuiven van enkele later nog te kraken noten, zoals het fiscaal ondernemerschap.
- ⤴ De Orde van Medisch Specialisten lanceerde eerst een visie op de *Medisch Specialist 2015*, diens veranderende rol en de verantwoordelijkheid voor kwaliteit, organisatie en kostenbeheersing. En concretiseert de strategie kort daarna in een nota die ingaat op de positionering van medisch specialisten/medische staven en hoe deze vorm te geven; vooral interessant zijn de beschouwingen over participatie en zeggenschap en hoe lokaal, in de ziekenhuizen, thema's als medeverantwoordelijkheid en mede-eigendom uit te werken.
- ⤴ Daarbij mag niet over het hoofd worden gezien dat 2012 pas het eerste jaar is van de werking van het convenant over de gebudgetteerde honoraria. Over twee jaar al vloeien ziekenhuisopbrengst en honorarium samen in een integraal tarief/integraal budget. Na het formeren van stafcollectieven en bereiken van consensus over een verdeelmodel, geeft de realisatie van een eerste vol jaar vast aanleiding tot een kritische evaluatie. De meer inhoudelijke thema's uit het convenant, zoals kwaliteit en veiligheid, vermijden van onnodige zorg en beperken van praktijkvariatie, liggen bij de meeste ziekenhuizen nog onbesproken op tafel.
- ⤴ Intussen worden de effecten van door de wetenschappelijke verenigingen opgestelde volumennormen (vooralsnog meer *concentratie* dan *spreiding*) zichtbaar en voltrekt zich een nieuwe fusiegolf tussen ziekenhuizen, zowel overname van streekziekenhuizen als samengaan van grotere, topklinische centra.

Samenvatting

- ⤴ De tijd is rijp voor mede-eigendom van ziekenhuizen door medische staven/stafcollectieven
- ⤴ De OMS maakt ook deze keuze, om lokaal verder uit te werken
- ⤴ Participatie in het ziekenhuis als geheel brengt voordelen die met participatie in onderdelen (zorg-bv's) niet kunnen worden bereikt
- ⤴ Het vormgeven van de participatie en afstemming rond zeggenschap en medezeggenschap moet zorgvuldig gebeuren
- ⤴ Een geïntegreerd ziekenhuis zal succesvoller kunnen opereren bij vraagstukken rond marktpositie, groei en krimp en (regionale) samenwerking en competitie.

Er gaat plenty actie komen...



Het is duidelijk dat de positie van medische staven, stafcollectieven en individuele specialisten door deze ontwikkelingen sterk wordt beïnvloed.

In de sfeer van de governance is al langer discussie over vragen als: *van wie is het ziekenhuis eigenlijk? Hoe meer regie te brengen bij een veelheid aan stakeholders? Hoe effectief toezicht te organiseren op zulke complexe organisaties? En: wat is dit ziekenhuis waard?*

De combinatie van *professionele* uitdagingen (hoge kwaliteit en veilige zorg), *publieke* beperkingen (beheersing van kosten, behoud van kwaliteit en toegankelijkheid) en *private* belangen (continuïteit van ziekenhuizen en van maatschappen en formatie) vormt een goede voedingsbodempom het sluimerende thema van het (mede)eigenaarschap van ziekenhuizen bij medische staven prominenter op de agenda te plaatsen.

De *positioneringsnota* van de Orde sluit op deze discussie aan door naast de medezeggenschap van de medische staf ('adviesorgaan') en het mede-management en financiële medeverantwoordelijkheid (van unitleider RVE tot co-bestuurder), ook het mede-eigendom op de agenda te plaatsen. De OMS stelt dat een passende participatievorm afhankelijk is van de lokale situatie en suggereert o.i. de juiste vragen om er achter te komen welke vormen in de concrete situatie relevant zijn.

Participatie van de medische staf in de vorm van mede-eigendom van het ziekenhuis, mits goed uitgewerkt, houdt voordelen in voor het ziekenhuis, voor de medische staf/stafcollectief, voor de patiënten en voor andere stakeholders.

Potentiële voordelen van participatie medische staf/stafcollectief in eigendom ziekenhuis:

- ⤴ Versterken balanspositie ziekenhuis en daarmee continuïteit van ziekenhuis én van specialistenpraktijken
- ⤴ Sterker bestuur en impuls aan doelmatige bedrijfsvoering en innovatie door gelijklopende belangen
- ⤴ Medische staf kan verantwoordelijkheid voor professionele kwaliteit beter waarmaken
- ⤴ Coherentie in medisch beleid en sterkere samenhang medische staf
- ⤴ Sterkere oriëntatie op cliënten, verwijzers en samenwerkingspartners, beter imago

In het vervolg van dit artikel gaan we in op enkele van de vraagstukken die moeten worden uitgewerkt, te weten:

- ⤴ participatie in het ziekenhuis als geheel of in onderdelen
- ⤴ enkele kernpunten in de vormgeving van de participatie
- ⤴ zorgvuldige afstemming rond zeggenschap en medezeggenschap
- ⤴ enkele voorbeelden van parallel lopende agenda's van ziekenhuis en medische staf.

Participatie in het ziekenhuis als geheel of in onderdelen

De OMS onderscheidt grofweg mede-eigendom van het ziekenhuis als geheel én participatie in onderdelen van het ziekenhuis (joint ventures van maatschappen en ziekenhuizen in de vorm van ZBC's). Leek de laatste vorm enkele jaren in opkomst, mede doordat zorgverzekeraars grif bereid waren met ZBC-achtige partijen contracten aan te gaan, inmiddels is het besef doorgedrongen van de nadelen van zo'n constructie. De beperkte groei ruimte bij de honoraria maakt dat substitutie onontkoombaar is om de volumina in de contracten te kunnen realiseren, dit ten koste van de winst van de ZBC. Cherry picking uit de eigen boomgaard levert zelden winst op. Daar komt bij dat het stimuleren van ondernemerschap in deze vorm snel in spanning komt te staan met meer collectieve belangen van medische staf en ziekenhuis. Een andere overweging is nog dat *ondernemerschap* waarschijnlijk bij de meeste medische staven tot de schaarse goederen gerekend moet worden, waar zuinig mee omgegaan moet worden.



In enkele grotere ziekenhuizen wordt thans al concreet invulling gegeven aan integrale participatie van het stafcollectief in het ziekenhuis. In andere huizen worden de eerste discussies gevoerd om de geesten rijp te maken. Vaak wordt dit gezien als logische vervolgstap op de inrichting van resultaatverantwoordelijke eenheden.

Er moet een aanzienlijke financieel juridische transactie worden uitgevoerd, waarover later meer, maar belangrijker nog om de doelen te realiseren zijn de noodzakelijke cultuur- en gedragstransformatie. Dit vraagt een gedegen voorbereiding van alle facetten.

In crisissituaties rond ziekenhuizen is de gelegenheid om zaken én geesten goed voor te bereiden er vaak niet. Als dan alle hens aan dek moet komen en voorgesteld wordt de goodwill van vrijgevestigden voor een gedeelde eigendomstitel in te ruilen, is het misschien wel te laat.

En ligt dan een mislukking in het verschiet. Vandaar het belang van goede voorbereiding en het smeden van een hecht collectief van de medische staf.

Enkele kernpunten in de vormgeving van de participatie

Een voor de hand liggende constructie is dat het stafcollectief een nieuwe rechtspersoon vormt die als aandeelhouder optreedt van de BV waarin het ziekenhuis (nu een stichting) overgaat. Deze rechtspersoon geeft certificaten uit (a) aan vrijgevestigde specialisten die zich bij het stafcollectief hebben aangesloten, in ruil voor een investering in geld of goodwillrechten en (b) aan stafleden in dienstverband die zich willen inkopen. De huidige

ziekenhuisstichting is de andere aandeelhouder.

In een aandeelhouderscontract worden afspraken vastgelegd over de belangrijkste zaken m.b.t. de besturing van de BV, verdeling van de invloed, mogelijke oprichting van een RvC e.d. Eventueel wordt gelegenheid geboden aan andere partijen aandelen te nemen, dit volgens afspraken tussen de twee partijen.

Zorgvuldige afstemming rond zeggenschap en medezeggenschap

Onverlet de eigendomsverhoudingen en wat aan Besturen van ziekenhuizen wordt opgedragen via wetgeving, blijft de Medische Staf een belangrijk orgaan dat op onderdelen advies- en instemmingsrecht kan claimen (zoals overigens ook Ondernemingsraad en Cliëntenraad). Het is daarom belangrijk *zeggenschap* én *medezeggenschap* op evenwichtige wijze in te richten. Voor zeggenschap gebeurt dit in het aandeelhouderscontract. Medische staf/ stafcollectief moeten er goed over nadenken welke hoofdzaken daarin te regelen (en hoe) en welke zaken rond beleid en professionaliteit via het bestuur van de Medische Staf aan te kaarten.

Enkele voorbeelden van parallel lopende agenda's van ziekenhuis en medische staf

Om de nieuwe, zakelijke verhoudingen tot een succes te maken is het nodig zicht te hebben op de reële marktpositie van het ziekenhuis. Maar ook vraagstukken van groei en krimp van bepaalde ziekenhuisfuncties en de belangentegenstellingen die dit kan oproepen moeten goed onder ogen worden gezien. Het in zo'n geval bereiken van voldoende overeenstemming over inzet en beleid is een ware lakmoesproef voor de aspirant-aandeelhouder.

In dezelfde sfeer ligt ook de vraag hoe samenwerking en competitie aan te gaan met omliggende ziekenhuizen, bijvoorbeeld de wijze waarop concentratie en spreiding van zorg vorm te geven.

Frank Leguijt
Jos Röselaers

Frank Leguijt is werkzaam als zelfstandig gevestigd adviseur beleid en organisatie in de gezondheidszorg. Hij houdt zich in het bijzonder bezig met: strategische planning, positionering en profilering van ziekenhuizen en vakgroepen; samenwerking/integratie en organisatie van medische vakgroepen; marktanalyse, capaciteitenonderzoek en benchmarking.

Jos Röselaers is werkzaam als zelfstandig gevestigd adviseur en directeur van Röselaers Management Consultants B.V. De laatste jaren is hij in diverse sectoren actief met strategisch en beleidsadvies met een bijzondere affiniteit met de gezondheidszorg in Nederland.

Leguijt Advies, beleid & organisatie | drs. Frank Leguijt MMC |
Turfmarkt 113, 2801 GX Gouda | 0182-512830 of 06.21524536 |
f.leguijt@planet.nl | www.Leguijtadvies.nl

Röselaers Management Consultants | Jos J.M. Röselaers |
Brouwerstraat 32, 1315 BP Almere
| 036-5349633 of 06-53336389 | j.roselaers@rmcalmere.nl |
www.rmc-info.nl