

ALS DE MEDISCHE STAF HET ZIEKENHUIS OVERNEEMT

Kansen voor een betere medisch-specialistische zorg

Het is voorstelbaar dat de medische staf, de kern van het geïntegreerde medisch-specialistische ziekenhuisbedrijf, eigenaar wil zijn van de eigen ziekenhuisorganisatie. Dit creëert kansen voor een betere kwaliteit van medisch-specialistische zorg en een ruimere financiering daarvan.

P.P.G. VAN BENTHEM
J.TH.M.F. BEIJER

Zeker maar langzaam neemt de marktwerking in de ziekenhuiszorg toe. Als gevolg van verruiming van regelgeving zijn er in de zorg groeiende mogelijkheden voor andere aanbieders dan de traditionele ziekenhuizen. Privé-klinieken, maar ook zelfstandige behandelcentra schieten als paddestoelen uit de grond. Het ideaal om gedifferentieerde zorg te leveren - (niet-)complexe zorg wordt ook in een passende (niet-)complexe omgeving voor een navenant tarief aangeboden - lijkt te worden verwezenlijkt. 'Traditionele' ziekenhuizen moeten zich dus aanpassen om te

kunnen concurreren met nieuwe aanbieders. Alleen dan kunnen zij hun belangrijkste taak: het leveren van een breed pakket aan complexere, multidisciplinaire zorg, blijven vervullen. Maar zijn de ziekenhuizen in de huidige organisatie daartoe in staat? Zijn in ziekenhuizen en bij medici de competenties aanwezig om aan dergelijke veranderingen leiding te geven?

Nee, constateert Croonen: het ziekenhuis is niet klaar voor marktwerking.¹ De stroperigheid van de besluitvorming op bestuurlijk niveau noemt hij als belangrijkste factor. In zijn visie is dit het gevolg van de belangentegenstelling tussen het vrijgevestigde collectief van medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. De oplossing zou zijn dat het ziekenhuis de medisch specialisten in dienst neemt. Dit zou de bestuurbaarheid van het ziekenhuis verbeteren.

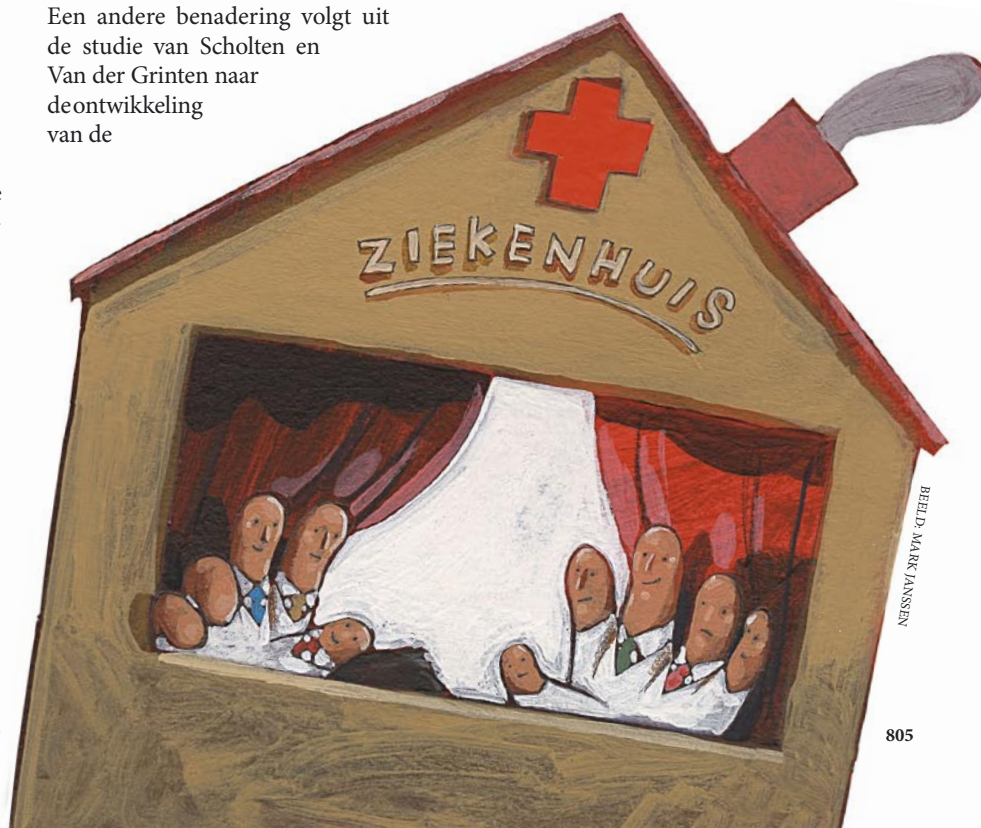
TOPSTRUCTUUR

Een andere benadering volgt uit de studie van Scholten en Van der Grinten naar de ontwikkeling van de

topstructuur van de Nederlandse ziekenhuizen.² Zij constateren dat ten gevolge van de Wet op het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, de medische staf van de algemene ziekenhuizen zich is gaan organiseren en professionaliseren. Tevens

Raden van Bestuur blij met sterke staf

constateren zij dat de Raden van Bestuur die te maken hebben met zo'n goed georganiseerde, sterke staf, daar ook echt blij mee zijn. Dit is te begrijpen: adequate organisatie rond nieuwe medisch inhoudelijke ontwikkelingen is alleen mogelijk is als de professionals zelf de ideestroom en prioritering daarvan organiseren. >>





ZIEKENHUIS

MARK JANSSEN.NL

<< Beijer en Offringa³ bevestigen het beeld van een meer professioneel stafbestuur, maar constateren ook dat het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf veel verwachtingen niet heeft waargemaakt: het is toe aan nieuw jasje.

Met Croonen zijn wij het eens dat het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf bestuurlijke slagvaardigheid mist. Is 'medici in dienstverband' hiervoor een oplossing? Blinken de ziekenhuizen met veel medici in vast dienstverband, uit in een dynamische, marktgerichte koers? Ten behoeve van de discussie willen we daar op z'n minst een redelijk alternatief tegenoverstellen.

MACHTSONGELIJKHEID

Wat de samenwerking tussen Raad van Bestuur en stafbestuur betreft, blijven we ondanks de professionalisering van stafbesturen machtsongelijkheid zien. De Raad van Bestuur klaagt over geringe besluitvaardigheid en gebrek aan mandaat van het stafbestuur. De medische staf is vaak onvoldoende in staat om gezamenlijk gedragen standpunten in te nemen en kan daarom een stafbestuur geen kwalitatief mandaat geven. Bij medisch specialisten neemt de animo voor stafvergaderingen, stafbestuursfuncties en deelname aan werkgroepen of projecten steeds meer af. We zien ook dat de scheiding der geesten tussen vrijgevestigden en dienstverbanders toeneemt.

De Raad van Bestuur én het stafbestuur hebben geen directe zeggenschap over de belangrijkste arbeidsvoorwaarde van medici: het honorarium. Dat is 'uitbesteed' aan een vereniging voor vrijgevestigd medisch specialisten.

De doelen die het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf in veel ziekenhuizen door middel van managementparticipatie probeert te halen, worden onvoldoende verwezenlijkt. Er zijn maar enkele medici die met plezier en effectief 'meemanagen'. Een van de oorzaken daarvoor is dat aan de ziekenhuis-kant nog maar weinig managers in staat zijn de richting die medici geven organisatorisch te vertalen.

BELANGENTEGENSTELLINGEN

Kijken we naar de financiële kant, dan zien we enerzijds dat ook in de nieuwe DBC-systematiek belangentegenstellingen tussen 'ziekenhuis' en 'medisch specialist' blijven bestaan. De specialist wil bijvoorbeeld een laag DBC-tarief

om te concurreren met de zelfstandige behandelcentra, het ziekenhuis een hoog tarief om andere, dure zorg te financieren. Of andersom. De Raad van Bestuur en de medische staf zitten dus weer regelmatig met forse, door externe omstandigheden opgelegde, belangentegenstellingen tegenover elkaar.

Ook tussen medici onderling zijn dergelijke belangentegenstellingen denkbaar. Wie echter vanaf de integratiewet het functioneren van stafmaatschappen (in verschillende benamingen) heeft gevolgd, is misschien net als wij geïntrigeerd door hun succes, met name op financieel gebied.

Andere doelstellingen op het gebied van medisch-inhoudelijke of kwaliteitsverbeteringen door middel van de stafmaatschap zijn in mindere mate gerealiseerd. Ook het mandateren van de, veelal competente, bestuurders van deze stafmaatschappen door de leden is geen probleem. Iets wat hun zakelijke slagvaardigheid ten goede komt.

ALTERNATIEF

We zoeken een ziekenhuisorganisatie waarin de medisch specialisten de initiatoren van nieuwe zorgproducten zijn. Die vanuit vakinhoudelijke gedrevenheid hun visie geven op de organisatie van het zorgproces en zich er vervolgens mee

werkers en faciliteiten nodig. Maar als we hiervoor geconstateerd hebben dat de inbreng van medisch specialisten eerder afneemt dan toeneemt en dat dit leidt tot inertie en niet tot ondernemerschap, dan is een alternatief dat medisch specialisten eigenaar worden van hun ziekenhuis en dus rechtstreekse zeggenschap krijgen over de (in)richting ervan.

We hebben echter ook geconstateerd dat medici warm lopen voor hun vak en minder voor managen. Voor de invulling van dat plaatje kan worden gekeken naar de grote advocaten-, notarissen- en accountantskantoren. Ook daar zijn de partners eigenaar van gebouwen, faciliteiten en personeel. Zij laten die runnen door professionele managers. Zelf stellen zij echter strategie en beleid vast en bewaken dit. Zij besturen in feite de organisatie. In de ziekenhuizen kan dit ook.

WEIGERMACHT

Op dit moment bestuurt de Raad van Bestuur het ziekenhuis. Het stafbestuur heeft enkel 'weigermacht', in de praktijk. Als we willen dat medici formeel de beleidsmacht over het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf op zich nemen, zou dat kunnen via een *medical board*, een 'medische bestuursraad'. Deze is het hoogste bestuursorgaan van de BV van vrijgevestigde specialisten. Het

Kijken naar de grote advocaten- en notarissenkantoren

verenigen dat zij een onderdeel daarvan vormen. Dit betekent dat bestuurders en managers de voorwaarden creëren voor een organisatie met een gezonde productie, een goede sfeer en een grote aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt. Vooral dat laatste betekent goede kwaliteit, want kwaliteit in de zorg is direct gerelateerd aan de kwaliteit van de mensen die in het ziekenhuis werken. De verdere ontwikkeling van deze uitgangspunten zou moeten leiden tot de ideale eindfase van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB).

In een GMSB vormen de medisch specialisten de kern: geen medisch-specialistische zorg zonder medisch specialisten. Ze vormen een absolute voorwaarde voor het bedrijf, maar nog geen voldoende voorwaarde. Daarvoor zijn ook andere specialistische mede-

continueren van het succes van de stafmaatschap, maar dan inclusief medisch-inhoudelijke doelen en in een andere juridische vorm. De aandeelhoudersvergadering, bestaande uit alle medici met aandelen in het ziekenhuis, benoemt dit bestuur. Het bestuur trekt vervolgens een of meer directeuren aan. De ziekenhuisorganisatie kan dan bijvoorbeeld bestaan uit een aantal businessunits (centra) voor bepaalde patiëntendoelgroepen, zoals een oncologisch centrum, een zintuigencentrum of een hart-longcentrum.

Voor welke indeling met welke doelgroepen men kiest, is afhankelijk van de omvang en de strategie van het ziekenhuis. Omdat de markt vraag aandoeninggericht is, zullen de organisatiedelen dat ook moeten zijn. Wat de managementstructuur betreft, hebben de medici >>

SAMENVATTING

- De traditionele ziekenhuizen zijn niet klaar voor de toenemende concurrentie.
- Belangentegenstellingen tussen de organisatiekant van het ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten verhinderen slagvaardig optreden.
- Aangezien de medische staf de kern van het geïntegreerde medisch-specialistische ziekenhuisbedrijf is, is het voorstelbaar dat deze eigenaar wil zijn van de eigen ziekenhuisorganisatie.
- Vervolgens kan de staf hieraan zelf richting geven.
- Het managen van dagelijkse gang van zaken kan dan door andere professionals worden gedaan.
- Dit creëert kansen voor een betere kwaliteit van medisch-specialistische zorg en een ruimere financiering ervan.

<< van het organisatieonderdeel een bestuurlijke inbreng (ongeveer tweemaal per jaar); een professionele manager is verantwoordelijk voor de bedrijfsresultaten.

WATERIG COMPROMIS

Het belangrijkste is dat de belangentegenstelling verdwijnt tussen ziekenhuisorganisatie en (vrijgevestigd) medisch specialisten. Het ziekenhuis is als zorgaanbieder één en niet langer een waterig compromis tussen medische staf en organisatie. De verwachting is dat dit model de bestuurbaarheid, de marktgerichtheid en de slagvaardigheid zal vergroten.

Ook mag worden verwacht dat de ondernemingszin van de aandeelhouders wordt geprikkeld, zodat er een goede voedingsbodem is voor het herontwerpen van bedrijfsprocessen en de transformatie naar een servicegerichte organisatie. Medisch specialisten krijgen meer oog voor de kostenkant van de organisatie. Doelmatiger zorg is het resultaat.

De betrokkenheid met elkaar van de diverse medische disciplines zal groter worden, want deelbelangen zijn opgegaan in één gemeenschappelijk belang:

Deelbelangen zullen opgaan in één gemeenschappelijk belang

het eigen ziekenhuis. Door een andere indeling van het ziekenhuis is multidisciplinair werken meer standaard dan uitzondering geworden.

De grotere onderlinge betrokkenheid zal leiden tot een kritischer houding van medisch specialisten ten opzichte van elkaar. Het probleem van de disfunctionerende collega (een van de moeilijkste problemen⁴) zal waarschijnlijk sneller en zakelijker kunnen worden opgelost.

Een dergelijk ziekenhuis kan een ondernemend imago in de arbeidsmarkt neerzetten, waardoor initiatiefrijke en

actieve mensen worden aangetrokken. Een ruime keus aan goed gekwalificeerde mensen zal de kwaliteit van zorg verbeteren.

Op dit moment mag een ziekenhuis geen winst uitkeren. Dat betekent dat je als eigenaar van een ziekenhuis slechts verlies kunt maken. Het in bezit hebben van een ziekenhuis is dus geen aantrekkelijke optie. In de nabije toekomst lijkt het echter mogelijk dat instellingen in de zorgsector onder strikte voorwaarden een deel van de behaalde winst aan hun aandeelhouders uitkeren. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat ziekenhuizen worden opgekocht door commerciële financiers, beleggingsinstellingen, verzekeraars et cetera die andere belangen inbrengen dan kwaliteit van zorg, prettig werkklimaat en beloning naar prestatie. Kortom, de medische staf kan door de gewijzigde regelgeving worden gestimuleerd om zijn verantwoordelijkheid te nemen en het ziekenhuis te kopen.

SLAGVAARDIG OPTREDEN

Natuurlijk zijn er nog veel juridische, fiscale en financiële vraagstukken te beantwoorden. Maar misschien brengt het ontwikkelen van een dergelijk organisatie-model ons dichterbij 'de markt' dan

het GMSB-model. In ieder geval mag van de Orde van Medisch Specialisten worden verwacht dat zij de haalbaarheid van bovenbeschreven organisatie-model onderzoeken. Ook het ministerie van VWS zou een ondersteuningstructuur moeten inrichten om bureaucratische vertragingen en dergelijke op te lossen.

Belangentegenstellingen tussen de organisatiekant van het ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten verhinderen slagvaardig optreden. Zeker in een markt voor ziekenhuiszorg waar een verruiming van de spelregels heeft plaatsgevonden, gevolgd door een

snelle toename van het aantal zorgaanbieders. Aangezien de medische staf de kern van het geïntegreerde medisch-specialistische ziekenhuisbedrijf is, is het voorstelbaar dat deze eigenaar wil zijn van de eigen ziekenhuisorganisatie. Vervolgens kan hij hier zelf richting aan geven, overigens zonder dat hij zelf het management van de dagelijkse gang van zaken voor zijn rekening neemt. Daar zijn andere professionals voor. Hierdoor worden kansen gecreëerd voor een betere kwaliteit van medisch-specialistische zorg en een ruimere financiering daarvan. Omdat er anders andere, suboptimale organisatievormen ontstaan, moet de medische staf zijn verantwoordelijkheid nemen. ■

dr. P.P.G. van Benthem,
KNO-arts

drs. J.Th.M.F. Beijer,
partner, Zorg Consult Nederland

Correspondentieadres: jdebekker@paradoxiz.nl

Referenties

1. Croonen FJM. Ondernemerschap in het ziekenhuis. *Medisch Contact* 2004; 59 (7): 244-7. 2. Scholten GRM, Grinten TED van der. Medische staf op weg naar partnership? De deelname van de medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen. *Acta Hospitalia* 2003; 2: 7-66. 3. Beijer H, Offringa L. Tijd voor een nieuw jasje. *Medisch Contact* 2004; 59 (25): 1041-4. 4. Kahn S. Veel ziekenhuizen kampen met disfunctionerende specialisten. *Medisch Contact* 1999; 54 (47): 1640-2.

Andere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.

