

# ONDERNEMEN IN DIENSTVERBAND

*Modern ziekenhuis biedt maatschap nieuwe kansen*

Het ondernemerschap van vrijgevestigd specialisten is gemankeerd. Kiezen zij voor een arbeidsovereenkomst met een modern ziekenhuis, dan hoeven ze niet bang te zijn voor verlies van zelfstandigheid. Maar het ziekenhuis kan hen ook inhuren 'van buiten'.

FRANS J.M. CROONEN

**O**ud-voorzitter Mulder van de toenmalige LSV benadrukte onlangs dat een lager uurloon voor vrijgevestigd medisch specialisten nauwelijks geld oplevert.<sup>1</sup> Integendeel, stelde hij, het leidt alleen maar tot spanningen. Mulder telt zijn zegeningen: de specialisten voelen zich meer dan ooit betrokken bij doelmatigheidsprojecten, managementparticipatie en het wegwerken van wachtlijsten (opvoer van de productie). In veel ziekenhuizen is nu sprake van een constructief overlegklimaat. Dit wordt bedreigd door een discussie over de beloning van de medisch specialist, zeker als die gepaard gaat met het oproepen van het beeld van de veelverdienende specialist. Of met suggesties om de bestaande contractuele relatie tussen specialist en ziekenhuis te wijzigen om het toelatingscontract van de specialist met het ziekenhuis gemakkelijker te kunnen beëindigen. Mulders boodschap

spreekt me aan. Natuurlijk zit niemand te wachten op onrust en ruzie. Maar het verhaal is niet compleet omdat ook een hoger uurloon niet (of maar even) helpt.

## MARKTPRIKKELS

De verhoudingen in het ziekenhuis zijn de laatste jaren zeker verbeterd. De onwerkbaar duale structuur is ingeruild voor het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB), waarin de specialist meer betrokken is bij de ziekenhuisorganisatie, het bestuur en vooral bij zijn eigen afdeling. Er is al veel gedaan om de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar de ziekenhuiszorg kan nog veiliger en de organisatie van zorgprocessen nog patiëntvriendelijker. Ook de buitenwereld kijkt steeds kritischer mee. In een werkveld waarin gereguleerde marktprikkels worden gecreëerd, is de uitdaging om onze prestaties te verbeteren vergroot. Daarvoor,

worden gehinderd in plaats van geholpen. Het bestuur is verantwoordelijk voor het hele ziekenhuis, maar meent dat het niet kan beschikken over het bestuurlijke instrumentarium dat daarbij hoort. Dat zijn de hardnekkige restanten van de oude duale ziekenhuiscultuur.

Ontwikkeling van goede ziekenhuiszorg staat soms haaks op het financiële belang van een van de betrokken partijen en wordt dan daardoor geblokkeerd. Daar zijn genoeg voorbeelden van. De achterhaalde declaratie- en financieringssysteem gekoppeld aan het vrije ondernemerschap is daar mede debet aan. Door de mogelijkheid om lokaal met verzekeraars productieafspraken te maken, is de relatie tussen productie en inkomen voor zowel specialist als ziekenhuis voor een deel in ere hersteld. Dat heeft zeker geleid tot meer gelijkgestemdheid en verbetering van de interne verhoudingen. Het nieuwe finan-

## *Interne ondernemers zijn van harte welkom*

en voor het optimaal functioneren in een opnieuw gedefinieerde omgeving, is bij medisch specialisten én bestuurders een cultuurverandering nodig, en dat vereist dat alle energie gebundeld en in dezelfde richting wordt ingezet. Twisten en onenigheid staan de onvoorwaardelijke inzet voor verbetering in de weg. Discussies over andere onderwerpen dan de zorg leiden af van onze kerntaak: het bieden van verantwoorde medisch-specialistische zorg.

## LOON NAAR WERKEN

Ondanks de gesignaleerde verbetering van de interne verhoudingen in het ziekenhuis bestaat er bij veel specialisten nog het gevoel dat zij door managers

cieringssysteem op basis van DBC's borduurt voort op dit beginsel van loon naar werken. Steeds meer zien specialisten er echter tegenop tijd te steken in projecten voor kwaliteitsverbetering of andere activiteiten die niet rechtstreeks met patiëntenzorg te maken hebben. Maar tijd besteden aan kwaliteitsverbetering is wél een investering in de toekomst. Bovendien leiden een hogere kwaliteit en een slimmere organisatie uiteindelijk tot minder kosten én is kwaliteitsverbetering een wezenskenmerk van de beroepsuitoefening. Een echte ondernemer weet dat en handelt ernaar. Maar wat is er te ondernemen voor een specialist die zich strak in een korset van ziekenhuisorganisatie, verzekeraars en een te laag uur-

tarief voelt geperst? Waarom zou hij dat ambiëren?

Hoe je het ook wendt of keert: als je een Commissie Uurtarief<sup>2</sup> de opdracht meegeeft om uitgaande van de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten in dienstverband (AMS) een normatief uurtarief te adviseren, dan leidt de uitkomst per definitie tot een gelijk-schakeling van honorering van vrijgevestigde en in dienstverband werkende specialisten, die in het ziekenhuis hetzelfde werk doen. Waarom zou je dan niet gewoon voor een overzichtelijke arbeidsovereenkomst kiezen?

De kosten van praktijkvoering van ziekenhuis en specialist lopen zo onontwarbaar door elkaar, dat de Commissie Uurtarief begrijpelijk de voorkeur uitspreekt om die kosten maar gewoon bij het ziekenhuis te leggen. De vraag is of met deze vorm van gemankeerd ondernemerschap van de vrijgevestigde specialist het ziekenhuis wel slagvaardig genoeg zal kunnen opereren. Ik denk het niet.<sup>3</sup>

#### INHUREN

Uitgangspunt voor financiering van de ziekenhuiszorg is het DBC-systeem, maar dan bij voorkeur in een vereenvoudigde vorm, bijvoorbeeld zoals onlangs door de NVZ is voorgesteld. Dit vormt waarschijnlijk de basis voor het contracteren van 60 tot 70 procent van de ziekenhuiszorg. Het lijkt niet verstandig met de introductie van het DBC-systeem voort te borduren op een achterhaald honoreringssysteem van zogenaamd vrij ondernemende specialisten.

Ik zie twee alternatieve modaliteiten van de medisch specialist die naast elkaar zouden kunnen bestaan. In de eerste is de specialist verbonden aan het ziekenhuis en heeft hij op basis van een arbeidsovereenkomst een volwaardige en waardevolle plaats als organisatiegenoot. In de tweede is de ondernemende specialist zelfstandig georganiseerd buiten het ziekenhuis. Beide varianten zijn uitvoerbaar, kunnen naast elkaar bestaan en er is geen ingewikkeld uurtarief voor nodig. Het ziekenhuis is vergunninghouder en sluit contracten af met verzekeraars en andere partijen. Met de eigen medisch specialisten sluit het ziekenhuis een arbeidsovereenkomst volgens de AMS-regeling, eventueel aangevuld met stimulerende afspraken gekoppeld aan individuele prestaties of doelen per vakgroep. Ook over de gewenste >>

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

<< output, kwaliteit en patiënttevredenheid worden afspraken gemaakt.

Daarnaast kan het ziekenhuis medisch specialistische zorg 'van buiten' inhuren. Het prijskaartje hiervoor komt in onderling overleg tot stand en niet op basis van een standaarduurtarief. De ondernemend specialist van buiten - of meer voor de hand liggend de maatschap - is zelf vergunninghouder en sluit op basis van het DBC-systeem contracten af met verzekeraars of individuele klanten. De maatschap is hoofdaandeelhouder, investeert en organiseert onder eigen verantwoordelijkheid en zeggenschap en zoekt daarbij zelf partners. Daarbij kan de maatschap zelf bepalen of en in hoeverre zij met een ziekenhuis of zorgcentrum op basis van zakelijke afspraken wil samenwerken. Uitbesteding van onderdelen van ondersteunende dienstverlening ligt voor de hand. Het management staat onder de directe leiding van de maatschap en het specialisteninkomen wordt bepaald door de winst uit de onderneming - en niet door een uurtarief.

#### DOORPAKKEN

Belangrijke hobbel op dit pad is het goodwillstelsel; daarvoor moet nog een oplossing komen. Verder is belangrijk dat

de DBC-systematiek en de invoering van nieuwe wet- en regelgeving voortvarend wordt opgepakt. Het is nu een kwestie van doorpakken en niet halverwege blijven steken.

Ten slotte en niet op de laatste plaats verdient het imago van de specialist in dienstverband een herwaardering. Geen enkele specialist hoeft bang te zijn voor verlies van zelfstandigheid of professionele ruimte wanneer hij de moeizame positie van het zogenaamd vrije ondernemerschap inruilt voor een arbeids-overeenkomst met een modern ondernemend ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn er klaar voor en maken graag ruimte voor deze interne ondernemers. ■

drs. F.J.M. Croonen,  
arts, voorzitter Raad van Bestuur, Jeroen Bosch Ziekenhuis

Correspondentieadres: [f.croonen@jbz.nl](mailto:f.croonen@jbz.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

#### Referenties

1. Mulder AW, Een lager uurloon helpt niet, MC 8/2006: 334. 2. Commissie onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten, Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist, januari 2006. 3. Croonen, F.J.M. Ondernemerschap in het ziekenhuis, MC 7/2004: 244.

## SAMENVATTING

- De onwerkbaar dualistische structuur van het ziekenhuis is ingeruild voor het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB).
- Gereguleerde marktprikkels dagen uit de prestaties te verbeteren. Verkeerde financiële prikkels en gebrek aan eenheid staan die verbetering in de weg.
- De Commissie Uurtarief schakelt de honorering van vrijgevestigde en in dienstverband werkende specialisten feitelijk gelijk.
- Het ziekenhuis moet eigen specialisten als organisatiegenoten via een arbeidsovereenkomst aan zich verbinden.
- Buiten het ziekenhuis is er plaats voor vrij ondernemende maatschappen met wie ziekenhuizen zakelijke afspraken kunnen maken.
- Voor beide varianten is geen uurtarief noodzakelijk. Belangrijke hobbel op dit pad is het goodwillstelsel.

Een eerder MC-artikel van deze auteur over ondernemen in het ziekenhuis vindt u via onze website: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

## PRAKTIJKPERIKEL

# Hoedo belangenbehartiger?



Mijn patiënt is 87 jaar met ernstig COPD, bij herhaling door de huisarts behandeld met stootkuren corticosteroiden en antibiotica, en vervolgens ook frequent opgenomen in verband met exacerbaties. Na het laatste ontslag blijkt

hij bij geringe inspanning al snel fors kortademig te worden met ook desaturatie. Hij voelt niets meer voor opname, ondanks de ernst van de klachten.

Medicamenteus zijn er geen andere mogelijkheden meer. Ten einde raad wordt besloten continu extra zuurstof te geven thuis en daarmee hopelijk een volgende opname zo lang mogelijk uit te stellen.

Nog tijdens het spreekuur wordt met de vriendelijke juffrouw van zorgverzekeraar Avéro Achmea afgesproken dat dit op korte termijn wordt gerealiseerd.

Een week later belt de echtgenote dat haar man nog kortademiger is en dat ze toch wel erg graag de zuurstof thuis geregeld wil zien. Navraag bij de verzekeraar levert het volgende op: aanvragen voor zuurstof thuis hebben een verwerkingstijd van drie weken. En: de medisch adviseur is niet te spreken voor de behandelend arts.

Bij deze verzekeraar zal binnenkort de premie wel dalen. Door een dergelijke vorm van regie voeren neemt het aantal klanten met een hoge schadelast zeker snel af. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).