

In ziekenhuis met artsen aan het roer staan neuzen dezelfde kant op

Nederland is toe aan doctor's hospital

Marcel H. Smolders,
arts, MBA

Corné J. Otto,
arts, MBA

Sebastiaan P.L. Jansen,
orthopedisch chirurg, MBA

Managing partners SJMG
Health Investments

Correspondentieadres:
mhsmolders@sjmg.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Ondanks de slechte financiële prestaties van Nederlandse ziekenhuizen wordt de organisatiestructuur zelden aangepakt. Zo blijven de tegengestelde belangen tussen artsen en bestuurders bestaan. In een doctor's hospital heeft iedereen hetzelfde belang: hogere kwaliteit en een gezond rendement.

Uit diverse onderzoeken naar de financiële positie van de Nederlandse ziekenhuizen volgen jaar in jaar uit verontrustende conclusies. PWC concludeerde over de cijfers van 2010 dat de sector nog steeds geen duurzaam gezonde exploitatie kent. Deloitte stelde, naar aanleiding van de cijfers over 2011, dat ondanks verbetering, een verdere versteviging van het eigen vermogen geboden is.^{1 2}

De cijfers liegen er dan ook niet om: een gemiddeld resultaat van 1,7 procent en een gemiddelde solvabiliteit van 17 procent. Dit betekent dat het gemiddelde ziekenhuis ternauwernood uit de rode cijfers blijft en voor 83 procent wordt gefinancierd met geleend geld van met name banken en verzekeraars, dat vroeg of laat moet worden terugbetaald. Door gebrek aan buffercapaciteit komen ziekenhuizen daarom al snel in financiële problemen.

Recente voorbeelden zijn het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, het LangeLand Ziekenhuis en Ziekenhuis de Sionsberg. Oplossingen worden vaak gezocht in het optimaliseren van de dbc/DOT-regi-

stratie en -declaratie en het snijden in personeels- of patiëntgebonden kosten. De organisatiestructuur wordt vreemd genoeg zelden onder de loep genomen, terwijl juist hierdoor veel waarde verloren gaat.

Twee kapiteins

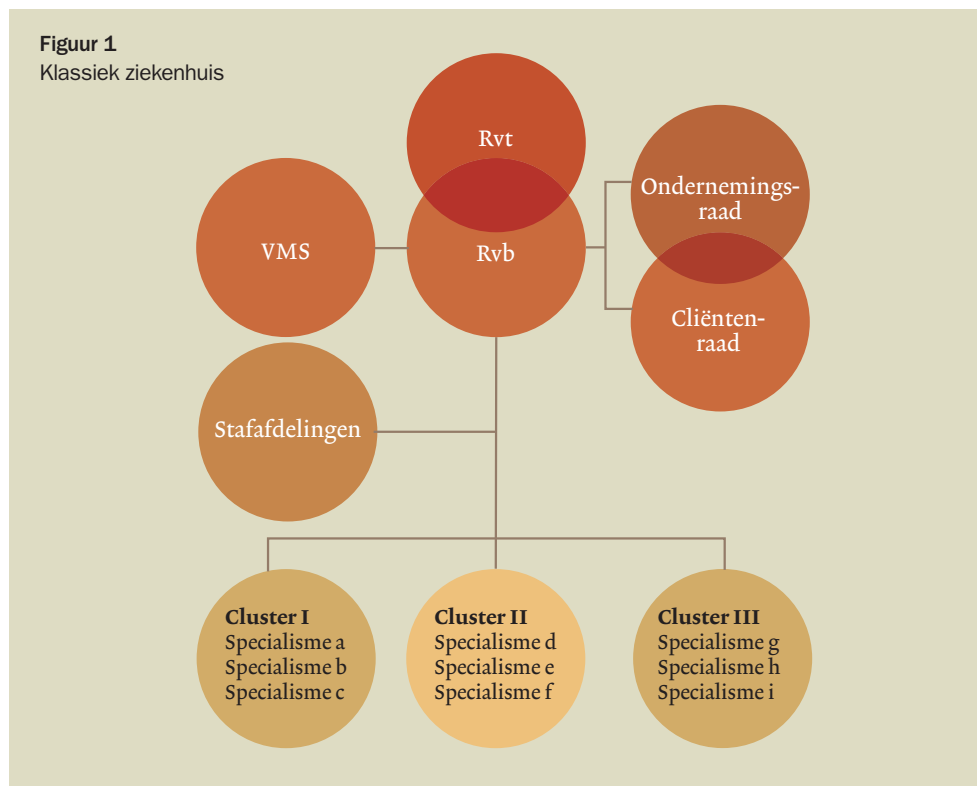
De structuur van een organisatie heeft enerzijds betrekking op de wijze waarop een organisatie wordt bestuurd, anderzijds op de wijze waarop het primaire proces wordt vormgegeven. Een juiste organisatiestructuur is dienstbaar aan de strategie, vormt geen belemmering voor een gemeenschappelijk doel en is gericht op het optimaliseren van processen. Zo kan deze het beste bijdragen aan het doel van de organisatie: het creëren van waarde in termen van kwaliteit en rendement.

Door de huidige organisatiestructuur van de Nederlandse ziekenhuizen (zie *figuur 1*) gaat echter veel waarde verloren. Een belangrijke belemmerende factor vormen de soms tegenstrijdige (financiële) belangen van medisch specialisten en raad van bestuur (rvb). Bepaalde behandelingen zijn qua vergoedingsstructuur bijvoorbeeld financieel aantrekkelijk voor medisch specialisten terwijl ze dat juist niet zijn voor de ziekenhuisorganisatie, of andersom. Daarnaast is het in het kader van kostenbeheersing voor het ziekenhuis belangrijk dat bij gelijke kwaliteit van bijvoorbeeld protheses met de goedkoopste variant wordt gewerkt, terwijl er bij de specialist geen prikkel bestaat om dat te doen.

In de praktijk zijn er in feite twee kapiteins op één schip: de rvb (de formele macht) en de medische staf (de informele macht), verenigd in de Vereniging Medische Staf (VMS). Door de tegengestelde belangen tussen deze partijen

De eilandencultuur maakt een gemeenschappelijk doel erg lastig te formuleren

Figuur 1
Klassiek ziekenhuis



ontstaat een eilandencultuur en is het erg lastig om een gemeenschappelijk doel te formuleren. Daarnaast ontbreekt het de medici aan formele invloed op het beleid van het ziekenhuis. Het logische gevolg hiervan is een beperkte betrokkenheid bij de organisatie.

Een en ander werd geïllustreerd door de uitkomsten van een enquête van Medisch Contact en Zorgvisie van oktober 2011 over de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuisbestuurder (MC 43/2011: 2651). 28 procent van de medisch specialisten beschouwt de rvt eerder als vijand dan als vriend en 38 procent vindt dat ze niets in het beleid van het ziekenhuis hebben in te brengen.

Op operationeel niveau is het primaire proces – de patiëntenzorg – nog steeds klassiek vormgegeven rondom specialismen en niet rondom klachten of ziektebeelden. Met name bij veelvoorkomende aandoeningen die multi-

disciplinair worden behandeld, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en oncologische aandoeningen, leidt dit tot inefficiëntie.

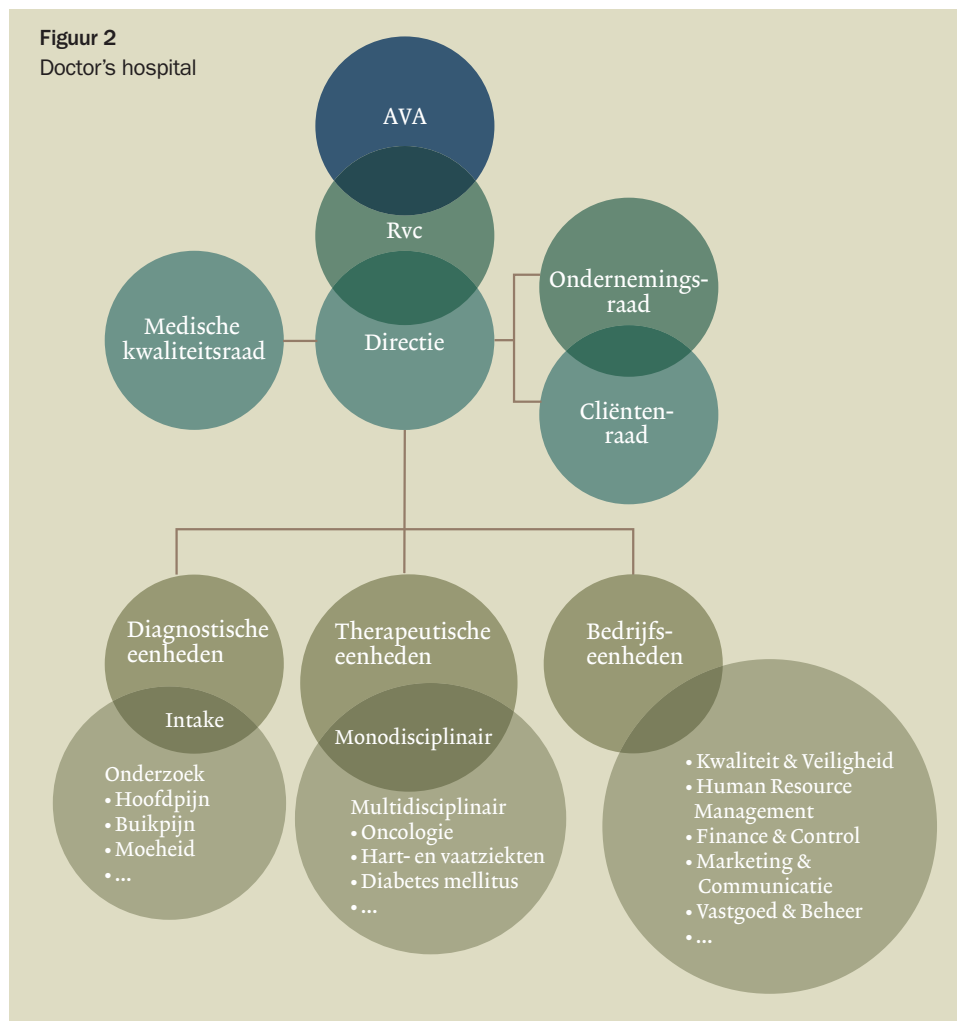
Medicus aan de top

Het *doctor's hospital* heeft een organisatiestructuur die bovengenoemde nadelen niet heeft (zie figuur 2). De medisch specialisten staan in dit model centraal. Er zijn aanwijzingen uit recent onderzoek dat ziekenhuizen met een praktiserend medicus als voorzitter van de directie betere resultaten behalen dan met een bedrijfskundige op deze positie.³ Bekende voorbeelden zijn de Cleveland Clinic en de Mayo Clinic in de Verenigde Staten.^{4 5}

De klassieke stichtingsvorm is in het *doctor's hospital* vervangen door een kapitaalsvennootschap (bv of nv) zodat er een juridische eigenomsstructuur ontstaat met de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) als hoogste orgaan. De rol van de raad van toezicht (rvt) wordt vervuld door een door de AVA benoemde raad van commissarissen (rvc). Deze constructie is geheel in lijn met de door de gehele branche aangenomen Zorgbrede Governancecode 2010. Verder zijn de Vereniging Medische Staf (VMS) en de rvt samengevoegd, waarbij een driekoppige directie ontstaat bestaande uit een directeur zorg – een praktiserend medicus die tevens voorzitter van de directie is – en twee

SJMG Health Investments is een onafhankelijke investeringsmaatschappij gericht op het investeren in Nederlandse ziekenhuizen. De eigenaren richten eerder de Maurits-klinieken op, een keten van vijf ZBC's dermatologie. De opbrengst van het meerderheidsbelang in deze keten, dat inmiddels is verkocht, wil SJMG gebruiken om op korte termijn een verlieslijdend ziekenhuis over te nemen (MC 28/2012: 1693).

Figuur 2
Doctor's hospital



In het doctor's hospital zijn medisch specialisten op elk niveau vertegenwoordigd

directeuren bedrijfsvoering met een meer bedrijfskundige achtergrond en affiniteit voor de zorg. Deze drie directieleden hebben een gelijkwaardige positie.

In plaats van de VMS is er een medische kwaliteitsraad die een instemmings- en adviesrecht heeft met betrekking tot vrijwel alle medisch inhoudelijke en de kwaliteit betreffende zaken. Dit orgaan benoemt uit zijn midden een voorzitter die tevens door deze raad bindend wordt voorgedragen

aan de rvc voor de positie van directeur zorg/ voorzitter van de directie. De directeur zorg en de voorzitter van de medische kwaliteitsraad zijn dus één en dezelfde persoon. De directeur zorg is, samen met de directeuren bedrijfsvoering, verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op het te voeren beleid dat hij in beide organen uitdraagt.

Aandelen kopen

Voor specialisten is er de mogelijkheid om in het *doctor's hospital* te investeren en in ruil daar-

voor aandelen te verwerven en daarmee zowel een stem binnen de AVA, alsmede mogelijk recht op dividenduitkering te verkrijgen (NB: het wetsvoorstel Winstuitkering in de Zorg is momenteel controversieel verklaard; een alternatief is het verstrekken van een achtergestelde lening waarop rente wordt vergoed).

In dit model zijn de medisch specialisten op elk bestuurlijk niveau vertegenwoordigd. Bij voorkeur zijn alle belangrijke partijen binnen het ziekenhuis in de AVA vertegenwoordigd, zodat zij afhankelijk worden van de organisatieresultaten. Op deze wijze is er meer betrokkenheid bij het gezamenlijke belang: het welzijn van de organisatie.

Door deze structuur is er bovendien maar één kapitein op het schip: de directie met de voorzitter als eindverantwoordelijke.

One-stop-shops

In *figuur 2* is verder te zien dat op operationeel niveau het zorgproces is vormgegeven rondom diagnostische en therapeutische eenheden. Binnen de therapeutische eenheden wordt er gedifferentieerd tussen ziektebeelden die doorgaans monodisciplinair worden behan-

SAMENVATTING

- In de Nederlandse ziekenhuizen hebben specialisten en bestuurders nu tegen-gestelde belangen.
- Dat gaat ten koste van kwaliteit en rendement.
- In een 'doctor's hospital' spelen medisch specialisten een centrale rol in het bestuur.
- Het primaire proces is er vormgegeven rondom klachten of aandoeningen.
- Dat maakt betere prestaties mogelijk.



De MC-special Arts of bestuurder: wie is de baas? vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

deld, zoals meniscusletsel, of multidisciplinair, zoals diabetes. De patiënt met meniscusletsel wordt gezien op de polikliniek orthopedie door de orthopedisch chirurg, zoals dat momenteel ook het geval is. De diabetespatiënt zal worden gezien op een speciale polikliniek waar onder meer de internist, vaatchirurg, neuroloog en oogarts samenwerken in één team.

Op deze wijze wordt er veel efficiënter gewerkt, doordat er niet steeds onderling hoeft te worden doorverwezen en er volgens één uniform, specialisme-overstijgend protocol en in één gemeenschappelijk medisch dossier wordt gewerkt. De inzet van een physician assistant of verpleegkundig specialist in de rol van casemanager zorgt voor verdere efficiencywinst en het verhogen van het serviceniveau.

De diagnostische eenheden zijn *one-stop-shops* waarbij de intake zo veel mogelijk via een geautomatiseerde beslisboom telefonisch of via internet verloopt. Pas als er een diagnose is gesteld, stroomt de patiënt door naar een therapeutische eenheid. In de diagnostische eenheden kunnen bijvoorbeeld de vijf meest voorkomende klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en moeheid in aparte diagnostische eenheden vormgegeven worden, waarbij multidisciplinair naar deze klachten wordt gekeken. De Cleveland Clinic en de Mayo Clinic zijn succesvolle praktijkvoorbeelden van een dergelijke structuur.

Alle diagnostische en therapeutische eenheden worden direct hiërarchisch aangestuurd door een praktiserend medicus die wordt ondersteund door een team bestaande uit een manager en alle disciplines van de bedrijfseenheden zoals financiën, HRM, kwaliteit, marketing en communicatie. Zo geeft de medicus integraal

leiding, heeft daarbij de juiste bevoegdheden, maar is ook verantwoordelijk voor de resultaten van de eenheid en legt daarover verantwoording af aan de directie.

Geleidelijke overgang

De transitie van het huidige organisatiemodel naar het *doctor's hospital*-model zoals het ons voor ogen staat, verloopt in twee fasen. De eerste fase, het wijzigen van het besturingsmodel en de juridische structuur, dient, na instemming van alle gremia, snel gerealiseerd te worden. De tweede fase, het wijzigen van het operationele model, verloopt geleidelijker. Stapsgewijs kunnen bijvoorbeeld de vijf meest voorkomende ziektebeelden waarbij meerdere specialismen betrokken zijn, worden ondergebracht in multidisciplinaire diagnostische en therapeutische eenheden.

Uiteindelijk helpt de nieuwe structuur om het meest essentiële te bereiken: een team waarin ieders competenties optimaal worden benut, wat leidt tot hogere kwaliteit van zorg en een gezond rendement. In de eerste jaren zal de winst vrijwel volledig in het ziekenhuis moeten worden geherinvesteerd om een gezonde financiële positie te bereiken. Op de langere termijn kan de winst gedeeltelijk worden uitgekeerd aan de aandeelhouders.

Voorwaarden voor succes zijn een teammentaliteit en een langetermijnhorizon. De ingrijpende cultuuromslag die nodig is, vormt het belangrijkste struikelblok voor het slagen van het model. Zowel bestuurders als medisch specialisten zullen moeten inzien dat het huidige beleid, waarbij individuele belangen en de korte termijn voorop worden gesteld, niet de aangewezen weg is. [mc](http://www.medischcontact.nl)

praktijkperikel

Panklare onzin

Enige tijd geleden kwam een patiënt met reumatoïde artritis op mijn poli omdat hij last had van progressieve klachten aan zijn dominante hand. Zijn ziekte is al tijden goed onder controle en hij doet zijn werk met veel plezier. Recentelijk is hij weer gestart met werken na een ziekteperiode vanwege een pneumonie en een trombosebeen. Bij zijn bezoek vertelde hij dat met name zijn pols en elleboog erg pijnlijk en licht gezwollen waren. Ik heb dit geduid als een gevolg van zijn werkhervatting – hij is hefftruckchauffeur. Voor toegenomen ziekteactiviteit had ik geen aanwijzing.

De eerder geconsulteerde bedrijfsarts dacht daar echter anders over. Deze had de man twee adviezen gegeven: ten eerste zou hij niet langer de reumamedicatie moeten innemen, maar moeten starten met Yakult. Reuma was immers slechts een ziekte van de afweer en Yakult zou daar goed voor zijn. Ten tweede zou de man maar eerder met pensioen moeten gaan want het zou toch nooit beter gaan. Gelukkig is dit een zeer nuchtere patiënt die zich niets laat wijsmaken. De man gaf mij te kennen dat hij deze adviezen niet serieus nam en helaas ook de bedrijfsarts niet meer.

/praktijkperikel