

**Marc Verhagen**

mdl-arts, bestuurslid  
stafmaatschap in 2012,  
Diaconessenhuis, Utrecht/Zeist

**David Colnot**

kno-arts, bestuurslid  
stafmaatschap in 2012,  
Diaconessenhuis, Utrecht/Zeist

**Steven Thijsen**

arts-microbioloog, bestuurslid  
stafmaatschap in 2012,  
Diaconessenhuis, Utrecht/Zeist

**Willem Hustinx**

lid raad van bestuur,  
Diaconessenhuis, Utrecht/Zeist

DIAKONESSENHUIS KOPPELT CONCRETE DOELSTELLINGEN AAN VARIABEL HONORARIUMDEEL

# Goed verdeelmodel verhoogt kwaliteit

Het Diaconessenhuis in Utrecht heeft bij de verdeling van het variabele deel van het specialistenhonorarium gekozen voor een collectieve aanpak. De praktijkkosten werden eerlijk verdeeld en het inkomen van vrijgevestigde specialisten is deels afhankelijk gemaakt van het behalen van kwaliteitsdoelstellingen.

**S**inds januari 2012 is, tegelijk met de introductie van het DOT-systeem, de bekostiging van vrijgevestigd medisch specialisten veranderd. Het specialistenhonorarium is landelijk gebudgetteerd en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt per ziekenhuis een honorariumomzetplafond vast. In een convenant tussen de Orde van Me-

## Het honorarium hangt af van het nakomen van kwaliteitsafspraken

disch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en het ministerie van VWS zijn in 2010 afspraken gemaakt waarbij het honorarium wordt gesplitst in een vast deel, dat aangewend wordt als reguliere vergoeding, en een variabel deel, dat aangewend wordt

voor het maken van afspraken over praktijkkosten en kwaliteitsdoelstellingen. In ieder ziekenhuis moesten de medisch specialisten in afstemming met de raad van bestuur een lokaal verdeelmodel uitwerken dat past binnen de landelijk vastgestelde kaders.

Uit een enquête van de OMS onder besturen van collectieven bleek begin 2012 dat meer dan een kwart géén inhoudelijke afspraken heeft gemaakt over het variabele deel van de honorariumomzet. Anno 2013 is deze situatie niet veel anders. Ook in ons ziekenhuis bestonden aanvankelijk aarzelingen, maar uiteindelijk is er toch een verdeelmodel gemaakt waarin de praktijkkosten zorgvuldig zijn verdeeld en het honorarium afhangt van het nakomen van kwaliteitsafspraken. De effecten van dit verdeelmodel zijn positief en we denken dat andere ziekenhuizen er ook baat bij kunnen hebben.

### Stafmaatschap

Om vorm te kunnen geven aan het verdeelmodel is in het Diaconessenhuis een stafmaatschap (collectief) opgericht

waarbij gebruik is gemaakt van de modelstatuten zoals die door de OMS zijn aangereikt. De belangrijkste uitgangspunten van het collectief waren: 15 procent variabele honorering voor praktijkkosten en kwaliteitsdoelstellingen; goed gedefinieerde kwaliteitsdoelstellingen met als doel het verhogen van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg; geen excessieve omzetten maar wel een productieprikkel behouden; het collectief vullen van honorariumplafond. Voor de verdeling van de vaste honorariumcomponent is het model omarmd waarbij productiegegevens van maatschappen worden vergeleken met landelijke normpraktijken (het Logex-model). Door het beschikbare honorarium te delen door het totaal aantal normpraktijken ontstaat een bedrag per normpraktijk. Elke maatschap maakt vervolgens aanspraak op het equivalent van het aantal normpraktijken dat is gerealiseerd. De exacte waarde van een normpraktijk is echter afhankelijk van de uiteindelijke gerealiseerde productie door het hele collectief (gemaximeerd door het NZa-omzetplafond).

Om een productieprikkel te behouden (loon naar werken) werd een zekere bandbreedte van inkomen nodig geacht. Er mochten echter geen excessieve inkomens en onverklaarbare inkomensverschillen ontstaan. Om dit te realiseren werd per vakgroep een gedetailleerde opgaaf van het aantal fulltime-equivalenten (fte's) vastgesteld. Hierbij werden de adviezen gevolgd uit het Witte Boek IV,

waarbij 1 fte gelijkstaat aan 9 dagdelen patiëntgebonden activiteiten. Met het collectief werd een bovengrens van 1,4 normpraktijk per fte overeengekomen, dus een maatschap kan uit de vaste component nooit meer krijgen dan de waarde van 1,4 normpraktijk per fte. Indien maatschappen deze bovengrens overschrijden, krijgen ze de mogelijkheid om uit te breiden.

## Collectieve praktijkkosten worden vanuit het variabele honorariumdeel betaald

### Praktijkkosten

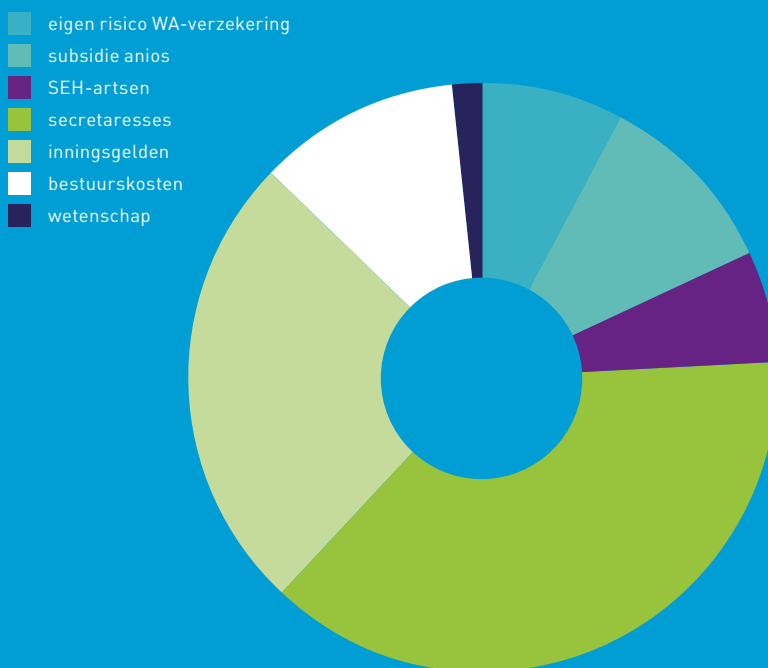
Met de raad van bestuur werd afgesproken om vanuit het variabele gedeelte de collectieve praktijkkosten te betalen. Deze positionering maakt het voor het ziekenhuis veel overzichtelijker, omdat al deze kosten dan via de stafmaatschap lopen en niet meer via de individuele maatschappen. Voor het collectief was deze insteek aantrekkelijk omdat daarmee een eerlijkere verdeling van de praktijkkosten mogelijk is en ook overleg hierover tussen het collectief en het ziekenhuisbestuur beter kan worden gestructureerd.

De volgende kostenposten werden onderscheiden (zie *figuur 1*):

- 1 bijdrage aan de premie en reservering voor het eigen risico van de WA-verzekering;
- 2 subsidierегeling voor aniossen in het kader van de poort- en beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis;
- 3 50 procent van de formatie SEH-artsen;
- 4 0,25 fte medisch secretaresse per fte poortspecialist voor verslaggeving;
- 5 kosten die door het ziekenhuis in rekening worden gebracht voor het innen van honorarium (inningsgelden);
- 6 bestuurskosten, waaronder kosten

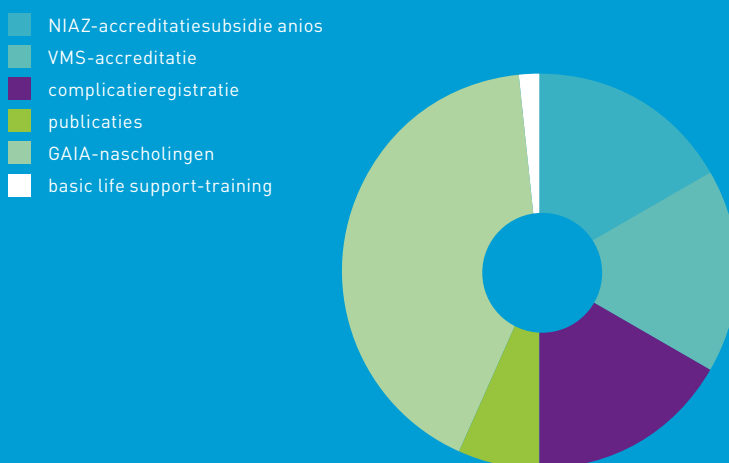
### 1 Verdeelmodel praktijkkosten

Vanuit het variabele deel van het honorarium worden allereerst de collectieve praktijkkosten van de stafmaatschap betaald volgens de hier weergegeven verdeling.



### 2 Verdeelmodel kwaliteitsdoelen

Het resterende variabele deel van het honorarium van de stafmaatschap wordt uitgekeerd indien er is voldaan aan concrete kwaliteitsafspraken. De gestelde doelen zijn deels collectief (1 t/m 3) en deels individueel (4 t/m 6). Individuele punten voor bijzondere prestaties werden zeer beperkt toegekend (<1%) en zijn daardoor niet zichtbaar in dit schema.



gemaakt voor het secretariaat van de stafmaatschap inclusief een (gedeelde) beleidsmedewerker en een omzetafhankelijke compensatie voor het bestuur van het collectief;

- 7 gemeenschappelijke bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek binnen het ziekenhuis.

## Kwaliteitsdoelen

Voor het resterende deel van de variabele component werd afgesproken om de helft toe te kennen aan kwaliteitsdoelstellingen voor individuele medisch specialisten en de andere helft aan collectieve kwaliteitsdoelstellingen. Dit laatste is bewust gekozen om te onderstrepen dat het behalen van bepaalde kwaliteitsdoelstellingen een collectieve inspanning vraagt.

De collectieve variabele honorariumcomponent werd in 2012 toegekend aan drie thema's (zie *figuur 2*):

- 1 een aantal specifieke doelstellingen voortvloeiend uit de accreditatienormen van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ);
- 2 het behalen van VMS-accreditatie (VMS: veiligheidsmanagementsysteem);
- 3 realisatie van een complicatieregistratie door alle vakgroepen conform de richtlijnen van de eigen beroepsvereniging, waar mogelijk benchmarking van de uitkomsten en waar nodig het opstellen van een verbeterplan.

Als en zodra deze vooraf gestelde collectieve kwaliteitsdoelstellingen zijn gerealiseerd, wordt de betreffende variabele honorariumcomponent uitgekeerd door het collectief aan de maatschappen, na instemming door de raad van bestuur.

Bij de vaststelling van de individuele kwaliteitsdoelstellingen heeft meegewogen dat het Diaconessenhuis een middelgroot opleidingsziekenhuis is met een groot aantal erkende medisch-specialistische opleidingen. Om het opleidingsklimaat verder te stimuleren werd besloten om inspanningen voor nascholing en wetenschap te honoreren vanuit het variabele gedeelte.

Leden van het collectief kunnen honorariumpunten verzamelen voor de volgende vier zaken (zie *figuur 2*):

- 1 wetenschappelijke publicaties die te vinden zijn in PubMed en een proefschrift;
- 2 deelname aan een basic life support-cursus (BLS-cursus);
- 3 in GAIA geregistreerde nascholingspunten;
- 4 bijzondere prestaties van individuele stafleden of maatschappen, dit ter beoordeling van de raad van bestuur in overleg met het bestuur van het collectief.

## Positieve effecten

Bij de introductie van dit verdeelmodel is veel tijd gaan zitten in de uitleg aan het collectief van het toch wel complexe normpraktijkenmodel en de juiste wijze van fte-berekening. Het vaststellen van het aantal fte's en het bijhouden hiervan heeft bovendien veel tijd gevraagd.

## Wetenschap is niet alleen liefdewerk oud papier

Uiteindelijk hebben de discussies over het verdeelmodel wel bijgedragen aan een hechter collectief.

Daarbij was een belangrijk bindend element de collectieve vulling van het honorariumplafond waardoor je als collectief een helder gemeenschappelijk doel kon formuleren. Dit is onder andere tot uiting gekomen in het feit dat alle verzoeken tot uitbreiding van het aantal fte's die gedurende het jaar zijn voorgelegd ook zijn goedgekeurd door het collectief. Een van de terugkerende argumenten hierbij was dat elke bijdrage aan de vulling van het honorariumplafond ten goede komt aan het collectief.

Binnen het vaste deel is de overgrote meerderheid van de specialisten in een relatief geringe bandbreedte geëindigd; slecht twee maatschappen kwamen in de buurt van de vastgestelde bovengrens. Alle maatschappen hebben duidelijke inspanning geleverd om de beoogde kwaliteitsdoelstellingen te behalen. Elke maatschap houdt nu een complicatiebespreking volgens de richtlijnen van de beroepsvereniging en bijna alle stafleden hebben een BLS-cursus gevolgd. De beoogde NIAZ- en VMS-doelstellingen zijn inmiddels allemaal behaald, mede door een collectieve inspanning van de medisch specialisten. Het is nog te vroeg om een effect te meten op het wetenschappelijke klimaat van het ziekenhuis maar geconstateerd kan worden dat wetenschap niet alleen meer liefdewerk oud papier is, maar concreet wordt gehonoreerd. Enkele kwaliteitsdoelen waren achteraf gezien niet voldoende specifiek geformuleerd waardoor hier ook onevenredig veel tijd aan administratieve verwerking is opgegaan.

Alles in ogenschouw nemend, heeft de uitwerking van het verdeelmodel een duidelijk positieve bijdrage geleverd aan de medisch-specialistische zorg in het Diaconessenhuis, waarbij de praktijkkosten op een eerlijke manier werden verdeeld en het inkomen van specialisten deels afhankelijk is gemaakt van het behalen van concrete kwaliteitsdoelen. Andere ziekenhuizen/stafmaatschappen kunnen hiervan leren dat het verstandig is om te kiezen voor een collectieve vulling van het honorariumplafond. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn dat het collectief een heldere en eenduidige fte-definitie hanteert en de kwaliteitsdoelen helder formuleert. ■

## contact

sthijzen@diakhuis.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld