

# ‘Geef msb kans zich te bewijzen’

Heeft het medisch-specialistisch bedrijf een toekomst? **Bart Berden en Louis Houwen zien perspectieven als het msb zich verder ontwikkelt naar één consistente ziekenhuisorganisatie.** Op pagina 22 geven Guy Peeters en Mark van de Laar hun visie.

tekst Carina van Aartsen

HET MEDISCH-SPECIALISTISCH bedrijf is nog maar koud een jaar ingevoerd en de kritiek is niet van de lucht. Typisch Nederlands, zegt ziekenhuisbestuurder Bart Berden. ‘Geef die msb’s de kans zich te bewijzen.’ Berden ziet er in zijn eigen ziekenhuis de voordelen van: ‘Artsen nemen meer verantwoordelijkheid, ze vullen managementposities in. Om nu al te zeggen dat het samenwerkingsmodel niet aan de verwachtingen voldoet, is echt te vroeg.’ Berden is naast bestuursvoorzitter van het Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis in Tilburg bijzonder hoogleraar ‘Organisatieontwikkeling in ziekenhuizen’ aan de Tias Business School. Samen met Louis Houwen, advocaat bij Dirkzwager en bijzonder hoogleraar ‘Privaat en publiek ondernemingsrecht’ bij de Tias Business School, onderzoekt hij de huidige situatie in ziekenhuizen. Ze willen een genuanceerd verhaal vertellen. Houwen: ‘Je kunt honderd keer de voordelen van het msb benadrukken, zodra je de risico’s benoemt, schiet iedereen in de verdediging.’ Berden: ‘Het mondt al snel uit in een welles-nietesverhaal. Dat is jammer, want de consequenties van de ontwikkeling van het msb zijn groot. Juist nu de eisen en verwachtingen richting ziekenhuis sterk toenemen, is

het van belang om goed afgewogen keuzes te maken.’

## Verskillende vormen

De msb’s zijn ontstaan als gevolg van de invoering van integrale bekostiging. ‘Vriend en vijand’ zijn het er volgens Berden en Houwen wel over eens dat dat in de basis een gezonde gedachte is. Zelfstandig ondernemerschap van medisch specialisten wordt gestimuleerd en de belangen tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten zijn beter op een lijn te brengen. Met een mooie term heet dat: *positive alignment*. Maar de praktijk is weerbarstig.

Om te beginnen zijn er allerlei verschillende organisatievormen ontstaan doordat ieder ziekenhuis de integrale bekostiging op zijn eigen manier invult. Winst uitkeren mag nog niet dus hebben medisch specialisten in meerderheid gekozen voor het samenwerkingsmodel. De afzonderlijke maatschappen van weleer zijn opgegaan in een of meer medisch-specialistische bedrijven die werkzaamheden verrichten voor het ziekenhuis. Naast het ziekenhuis is een aparte bedrijfskolom ontstaan van het msb met een eigen besturings- en managementlaag, waarop het ziekenhuisbestuur maar beperkt zicht heeft. Het msb heeft bovendien een ledenvergadering waarin de specialisten hun belangen hebben geborgd. Houwen: ‘Veelal heb je naast het msb nog de vereniging medische staf en een vereniging medisch specialisten

in dienstverband waar het ziekenhuisbestuur ook mee moet dealen. Het ontbreken van één gezamenlijke overlegtafel voor strategische- en beleidsonderwerpen maakt gemeenschappelijke besluitvorming en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende gremia ingewikkeld.’ Gevolg is dat het toezicht versnipperd is geraakt. Vanuit de governance ziet Houwen concrete aandachtspunten. Zo heeft de raad van toezicht geen formele toezichtrelatie met het msb. En het msb is niet verplicht een eigen raad van toezicht in te richten. Houwen: ‘Je creëert hierdoor afstand. De hele bedrijfskolom van het msb raakt buiten beeld. Dat maakt raden van toezicht onrustig. Ze zijn bang dat ze door de complexe structuur niet meer effectief kunnen ingrijpen.’ Het informeel volgen van het msb is een manier om nog enigszins grip te houden, maar een definitieve oplossing is het niet, zegt Berden: ‘Een veelheid van factoren leidt ertoe dat het toezicht lokaal verschillend is ingeregeld. Dat zou niet erg zijn als dit zou leiden tot goede veiligheid en hoge kwaliteit van zorg. Maar dat weten we niet. Ik voel mijzelf ook op glad ijs want ik heb geen sluitend verhaal als ik moet vertellen hoe het formeel is geregeld.’ Er is een heel complexe driehoeksrelatie ontstaan tussen de raad van toezicht, raad van bestuur en bestuur msb. Berden: ‘In de oude situatie was de vereniging medische staf vooral een club van artsen die met elkaar over



▲ Bart Berden, bestuursvoorzitter Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis: 'Iedereen gaat ervan uit dat het samenwerkingsmodel een tussenvorm is, maar het zou ook heel goed een eindvorm kunnen zijn.'



▲ Louis Houwen, advocaat: 'De hele bedrijfskolom van het msb raakt buiten beeld. Dat maakt raden van toezicht onrustig.'

kwiteit spraken. Nu zijn die verantwoordelijkheden geformaliseerd en maken de msb's eigen beleid en kiezen positie. Het werkt in ziekenhuizen waar al op basis van vertrouwen werd samen-gewerkt. Maar dat is niet de optimale situatie. Als er iets misgaat, moet je terug kunnen grijpen op verantwoordelijkheden. Die zijn nu niet goed belegd.'

Houwen: 'In het samenwerkingsmodel zijn de verantwoordelijkheden van de raad van bestuur doorgecontracteerd naar het msb. Op papier is dat goed geregeld, maar de werkelijkheid ziet er pluriformer uit. Niet zelden zijn verantwoordelijkheden dubbel belegd: alle partijen zijn gezamenlijk verantwoorde-lijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, onder eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Dat moet echt eenvoudiger.' Wil het msb een volwaardige overlegpartner kunnen zijn dan veronderstelt dit een gemandateerd msb-bestuur zonder autonome vakgroepen. Dat is echter zeker niet overal zo. In veel ziekenhuizen bestaan de oude structuren voort: msb's zijn opgebouwd vanuit de oude maatschappen terwijl de verantwoordelijkheden niet zijn overgedragen aan het msb-bestuur. Ook dat kan beter.

#### Risicofactor voor banken

Onbedoeld zijn de ziekenhuizen uitgegroeid tot een steeds grotere risicofactor voor de banken. Vooral door de ingewikkelde besturing. Berden: 'Het rendement

van ziekenhuizen gaat omlaag, de risico's nemen toe. Het msb had juist die risico's moeten dempen, maar het tegendeel is het geval. Banken en ook private financiers beschouwen het duale bestuur nu als groter risico.' Het ziekenhuis is nog steeds de partij die de investeringen doet, msb's investeren nauwelijks. Dat is ook moeilijk voor een msb, zegt Berden: 'Als radiologen een dure "5 Tesla MRI" willen aanschaffen, zal een dermatoloog zich afvragen welk risico hij daarbij loopt. Zelf gebruikt hij het apparaat niet, maar hij moet wel investeren. Zo vormt de nieuwe constructie een belemmering voor innovatie in de ziekenhuizen.' Toch zijn er wel degelijk voordelen te benoemen, zegt Houwen: 'Het ziekenhuisbestuur heeft in het msb één onderhandelspartner als het over financiële zaken en bedrijfsvoering gaat, terwijl de onderhandelingen vroeger per maatschappingen. Veel ziekenhuizen zien dit als een belangrijke stap voorwaarts. Het msb heeft bovendien meer financiële slagkracht voor substitutie en alternatieve goodwill-voorzieningen, zoals in- en uitstroomregelingen. Het biedt een bredere basis voor multidisciplinair overleg waardoor de onderlinge samenwerking tussen de verschillende specialismen wordt bevorderd.'

Om te kunnen slagen, is het nodig dat het msb zich verder ontwikkelt vanuit de huidige situatie. Berden en Houwen zien verschillende scenario's: een radicale keuze voor loondienst of juist partici-

ren als eigenaar van het ziekenhuis. Het participatiemodel doet denken aan een *doctors-owned hospital*. Als lid van een coöperatie besturen zij het ziekenhuis mee. Houwen: 'In het participatiemodel zijn het msb en het ziekenhuis volledig geïntegreerd en lopen de belangen parallel: je bent verantwoordelijk voor je eigen tent.'

Een andere optie is verbetering van het samenwerkingsmodel. Berden: 'Iedereen gaat ervan uit dat het samenwerkingsmodel een tussenvorm is, maar het zou ook heel goed een eindvorm kunnen zijn. Dat behoeft wel een andere opstelling van de overheid, zegt Berden. Het verbod op winstuitkering en de vaste budgetten laten portfoliokeuzes en specialisatie nauwelijks toe: 'Wij hebben ervoor gekozen de gynaecologische kankeroperaties naar een ander ziekenhuis over te hevelen. Daardoor ontstaat ruimte voor de oogartsen om meer cataractbehandelingen te gaan geven. Maar van de zorgverzekeraars moet het ziekenhuis onder het plafond blijven. Dat leidt tot frictie tussen het bestuur en de groep oogartsen die terecht zeggen: "Wat is dit nu voor stimulans om te verbeteren?" Er moet begrip komen voor deze impasse, zegt hij: 'Het macro-beheersinstrument is niet meer de weg.'

De conclusie van Berden en Houwen: 'We zijn verzeild geraakt in een tussen-fase. Wil het msb een kans maken dan is het echt nodig dit in de praktijk beter te regelen.' ■



# ‘Schaf het fee-for-servicesysteem af’

Heeft het medisch-specialistisch bedrijf een toekomst? *Guy Peeters en Mark van de Laar vinden van niet: ‘Alle specialisten moeten in loondienst.’* Op pagina 20 het standpunt van Bart Berden en Louis Houwen. Zij zien perspectieven, mits het msb zich verder ontwikkelt.

tekst Carina van Aartsen



ALLE MEDISCH SPECIALISTEN in loondienst. Dat is de enige manier waarop ziekenhuizen hun publieke taak kunnen waarmaken. Guy Peeters is er sterk van overtuigd. Hij mag naar eigen zeggen sinds zijn vertrek als bestuursvoorzitter van het Maastricht UMC nog duidelijker voor zijn mening uitkomen. Advocaat Mark van de Laar van Capra Advocaten denkt dat de voordelen van arbeidscontracten in universitaire centra nog niet genoeg voor het voetlicht zijn gebracht: ‘Er bestaan veel vooroordelen over loondienst. We zouden de feiten eens op een rijtje moeten zetten, in plaats van de meningen en beelden.’

## Zorg in de regio

In een universitair medisch centrum zijn de medisch specialisten in loondienst. De hoogleraar is als afdelingshoofd verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid. Specialisten houden zich voornamelijk bezig met het zo goed mogelijk uitvoeren van hun taak en denken na over hun betekenis voor de zorg in de regio. Peeters: ‘Je kunt zo als bestuurder veel beter beleid maken en beleid uitvoeren, gericht op wat de regio nodig heeft. In het Maastricht UMC was het inkomen van de specialisten eigenlijk nooit een punt van discussie.’ In algemene ziekenhuizen met een of meer

medisch-specialistische bedrijven (msb's) ligt dat anders. Daar gaan de discussies met vrijgevestigden heel vaak over inkomen, zegt Peeters. ‘Dat heeft een enorme invloed op de beleidsbepaling en beleidsontwikkeling.’ Peeters heeft er ervaring mee want hij heeft was eerst jarenlang kno-arts in ziekenhuis VieCuri in Venlo en werd er daarna bestuursvoorzitter. ‘Zolang het bekostigingsstelsel nog gericht is op *fee for service* zullen alle ziekenhuizen en artsen niet in dienstverband vooral productie willen draaien. Het beleid in zo'n algemeen ziekenhuis staat in het teken van het in balans houden van de organisatie zodat iedereen een beetje aan zijn trekken komt. Het was vooral een kwestie van de zaak zo goed mogelijk laten draaien op de manier zoals de specialisten dat in hun hoofd hadden.’

Dat een msb goed zou zijn voor de professionele autonomie vindt Peeters een non-argument: ‘Specialisten zeggen steeds dat ze juist doordat zij het msb hebben hun professionele autonomie beter kunnen waarborgen. Maar daar heeft het niets mee te maken. Kijk naar de umc's: geen arts die klaagt over het feit dat hij niet professioneel autonoom zou kunnen werken. Of zijn afweging zou moeten maken naar het geld of naar hetgeen de directeur roept.’

## Gereguleerde marktwerking

Marktwerking in een fee-for-servicesy-

steem is gedoemd te mislukken, vindt Peeters. Marktwerking, of beter: gereguleerde marktwerking, kan wel positief van invloed zijn als ziekenhuizen concurreren op *outcome* in plaats van op aantal en prijs: ‘Als medewerkers in loondienst zijn, kun je je volledig aan je publieke taak wijden en meer werken vanuit patiëntenperspectief. Het zou mooi zijn als een msb zou helpen de kosten en toegankelijkheid in de hand te houden, maar ik denk het niet. Met 28 maatschappen of een msb een vergaand langetermijnbeleid ontwikkelen en keuzes maken, lijkt mij geen haalbare kaart.’ Peeters haalt een onderzoek aan waaruit blijkt dat umc's tot 20 procent minder heupvervangingen doen bij dezelfde categorie patiënten. Een oorzaak zou kunnen zijn dat een productieprikkel ontbreekt. Die prikkel blijft met de huidige msb's nog steeds in het systeem aanwezig. ‘In de zorg bestaan geen duidelijk omschreven producten, er is heel veel grijs gebied. Dat betekent dat financiële prikkels van invloed zijn. Je moet je realiseren dat dit dus ook gebeurt.’ Samenwerking tussen organisaties wordt ook een probleem door de verschillende bestuursmodellen. Neem de opzet van de comprehensive-cancernetwerken. De umc's werken daarin samen met de algemene ziekenhuizen. Peeters: ‘De umc's vinden het geen enkel probleem om zorg af te stoten. Maar je loopt dan tegen grote inkomensdiscussies aan



▲ Guy Peeters, oud-bestuursvoorzitter Maastricht UMC: 'Specialisten zeggen dat ze dankzij het msb hun professionele autonomie beter kunnen waarborgen. Maar daar heeft het niets mee te maken.'



▲ Mark van de Laar, advocaat: 'In een model met winstuitkering zit ook een financiële prikkel, maar die is veel beperkter. En beter beheersbaar.'

want voor anderen staat het verlies van zorg gelijk aan verlies van inkomen.' Loondienst sluit participeren in de organisatie niet uit. In ziekenhuis Bernhoven zijn de specialisten in loondienst maar kunnen ze ook aandeelhouder worden. Een spannend model, vindt Peeters het: 'Specialisten werken op een andere manier: meer uitkomstgericht. Je ziet daar nu al het aantal herhaalconsulten afnemen.' Peeters kan dit trouwens goed gaan volgen; hij is sinds twee maanden voorzitter van de raad van toezicht van het Udense ziekenhuis. Advocaat Van de Laar meent dat je hiermee toch weer een financiële prikkel inbouwt om meer productie te draaien. Peeters vindt dat niet zo'n probleem: 'In een model met winstuitkering zit ook een financiële prikkel, maar die is veel beperkter. En beter beheersbaar: de voorwaarden waar ziekenhuizen aan moeten voldoen, zijn streng en de bancaire ratio's stevig. Als er positief resultaat is, zal het meeste gaan zitten in de continuïteit van de onderneming.'

#### Fiscaal dienstverband

Met de invoering van msb's zijn medisch specialisten een onzekere weg ingeslagen, zegt Van de Laar: 'Het lijken allemaal geforceerde pogingen om onder een fiscaal dienstverband uit te komen. Er zijn enkele modellen voorgelegd aan de belastingdienst, maar uiteindelijk is het aan de rechter om te oordelen. In een arbeidsrechtelijke zaak kan het oordeel

anders uitvallen dan in een fiscaal rechtelijke. Bij mijn weten is er nog geen msb voorgelegd aan de rechter.' Om aan alle onzekerheid een eind te maken, pleit Van de Laar ervoor te kiezen voor de duidelijkheid van een dienstverband. Bij de omvorming van msb naar loondienst moet voldoende flexibiliteit zijn. Een bestuurder moet inzien dat verandering tijd kost. Peeters: 'Ik zou voorlopig maar accepteren dat er inkomensverschillen zijn tussen de dienstverbanders van nu en de vrijgevestigden. Dat is niet het eerste thema om aan te pakken. Als eerste stap om het besteedbaar inkomen wat meer tot elkaar te krijgen, zou ik me op de pensioenaanspraak gaan richten, daar is resultaat te behalen. Het is toch raar dat professionals in umc's minder pensioen opbouwen dan hun collega's in algemene ziekenhuizen?'

#### Normering topinkomens

De ontwikkelingen rond de normering van topinkomens zouden het loondienstideaal weleens kunnen gaan tegenwerken, denken Peeters en Van de Laar. De WNT 3 komt eraan en dat betekent dat niet alleen bestuurders onder de maximumnorm van 179.000 euro vallen maar ook andere topfunctionarissen in loondienst. Behalve echter de medisch specialisten die dat in de hoofdlijnenakkoorden hebben laten vastleggen. Die akkoorden lopen in 2017 af. Van de Laar oppert: 'Je zou in de nieuwe overleggen

kunnen inbrengen dat het inkomen van medisch specialisten niet ter discussie staat op voorwaarde dat zij in loondienst gaan. En ziekenhuizen kunnen in principe hun loongebouw aanpassen en de salarissen verhogen.' Peeters: 'Als we de gezondheidszorg een dienst willen bewijzen, moeten de specialisten in loondienst en moeten we zo snel mogelijk de fee-for-servicemodellen afschaffen. Voorwaarde daarbij is dat de zorgverzekeraars meewerken en een overgangperiode inlassen waarin de budgetten op peil blijven. Ziekenhuizen moeten dan aantonen dat zij de kostprijzen naar beneden kunnen brengen. Dat zou voor verzekeraars aanleiding kunnen zijn om meer bij die ziekenhuizen in te kopen. Op die manier krijgen ziekenhuizen die op kwaliteit en prijs letten meer groeiruimte.' ■

**'Het zou mooi zijn als een msb zou helpen *de kosten en toegankelijkheid in de hand te houden*'**