



Van autonomie naar zeggenschap

Een onderzoek naar de drijfveren van medisch specialisten
in het licht van de invoering van de integrale bekostiging

Bart Hugen
Masterthesis MBA-Health
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Mei 2016

Van autonomie naar zeggenschap

Een onderzoek naar de drijfveren van medisch specialisten in het licht
van de invoering van de integrale bekostiging

Copyright © Bart Hugen, Dordrecht 2016

Masterthesis

Master of Health Business Administration (MHBA-12)

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Begeleider: Dr. Wilma van der Scheer

Tweede beoordelaar: Dr. Elly Breedveld



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**

Voorwoord

Voor u ligt niet alleen het resultaat van een boeiende periode met interessante gesprekken met medisch specialisten, ziekenhuis-bestuurders en andere betrokkenen, maar vooral ook het resultaat van maandenlang hard werk en weinig slaap. Ik ben dan ook zeer trots op het resultaat en ik hoop dat de lezer net zoveel plezier aan het lezen gaat ervaren als dat ik aan het schrijven heb gedaan. Deze thesis vormt ook de afronding van – en wat mij betreft ook de kroon op – twee prachtige en leerrijke jaren die ik heb mogen meemaken tijdens het volgen van de Master of Health Business Administration aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Het was altijd weer een heerlijke afwisseling om iedere maand een paar daagjes, samen met een inspirerend gezelschap, in de rustige omgeving van Epe te kunnen doorbrengen.

Ervaring van een eerder thesis die ik schreef heeft mij geleerd dat de keuze van het onderwerp cruciaal is voor het succes van het uiteindelijke resultaat. Gezien de niet-beperkte omvang van deze thesis heb ik het idee dat deze keuze een juiste voor mij is geweest. De invoering van de integrale bekostiging en de Medisch Specialistische Bedrijven (MSB) die hierbij zijn opgericht is de afgelopen jaren een hot-item geweest onder zowel medisch specialisten en ziekenhuis-bestuurders, alsmede in de politiek en de media. Hoewel ik via mijn werk vanaf de invoering betrokken ben geweest bij dit onderwerp was het goed om via mijn onderzoek en deze thesis verdere verdieping van mijn kennis aan te brengen. Ik hoop van harte dat de resultaten van mijn onderzoek ook voor anderen een bron van kennis kan zijn en dat mijn onderzoek een basis kan zijn voor verder vervolgonderzoek.

Mijn dank gaat uit naar alle betrokkenen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Dit zijn allereerst natuurlijk alle medisch specialisten die de moeite hebben genomen om een deel van de voor hun zo kostbare tijd beschikbaar te stellen voor het invullen van de vragenlijst. Hun input was cruciaal voor het resultaat van dit onderzoek. Hierbij wil ik ook iedereen bedanken die zich heeft ingezet om de vragenlijst binnen hun ziekenhuis onder de medisch specialisten te verspreiden.

Deze thesis had ik niet kunnen schrijven zonder de professionele begeleiding van Wilma. Tijdens iedere ontmoeting die wij hadden wist zij mij toch weer net iets verder en dieper te nadenken om het geheel naar een hoger niveau te tillen. Verder zijn ook Elly, Inge en Aad in de voorbereiding – en eigenlijk tijdens de volledige master – van onschatbare waarde geweest.

Dank gaat ook uit naar het bestuur en leden van het coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf St. Antonius Ziekenhuis en vele medewerkers van het Sint Antonius Ziekenhuis welke het geduld, de interesse en betrokkenheid hebben opgebracht om mij in staat te stellen om naast mijn drukke werkzaamheden ook tijd te kunnen vrijmaken voor het schrijven van deze thesis. In het bijzonder wil

ik hierbij Matthijs en Hettie danken, waarbij de laatste ervoor heeft gezorgd dat er niet al veel d- en dt-fouten in deze thesis voorkomen.

Tot slot gaat mijn grootste dank en bewondering uit naar Carla, Susan en Mette. De afgelopen twee jaar, maar in het bijzonder de afgelopen maanden hebben zij het vaak zonder hun echtgenoot en vader moeten doen. Ondanks dit zijn ze ten alle tijden ondersteunend, geïnteresseerd en betrokken gebleven bij dit zo belangrijke proces voor mijn persoonlijke ontwikkeling. Verder heeft Carla de moeite genomen om de gehele thesis aandachtig door te lezen en deze (kleur)rijkelijk van commentaar te voorzien. Iets dat de leesbaarheid van het geheel zeker ten goede is gekomen.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze thesis.

Bart Hugten

Dordrecht, mei 2016

Management summary

The introduction of bundled payment (in Dutch: *integrale bekostiging*) has been a hot item over the past two years among the Dutch medical specialists. Purpose of the introduction of bundled payment, in which the separate fees for the hospital and for the medical specialists have been abandoned, was to remove barriers towards task-reallocation of medical staff and selective purchasing by the health-insurers. Bundled payment should further lead to more alignment of financial interests between the hospital and the medical specialists which in the long run leads to more efficient care and better quality. More than a year after the introduction of bundled payment the (actively involved) medical specialists and the Federation of Medical Specialists are mildly positive, but the involved politicians, board of directors and control of hospitals and the Dutch Hospital Association are mostly negative about the whole transformation.

The aim of the study is to contribute to the general debate about the governance models in Dutch hospitals with special attention to the role of the medical specialists in these models and the importance of their personal interests in this. The main research question being what the considerations of the medical specialists were to not shift from an independent practice to a salaried position when this option was given at the introduction of bundled payment and how their work-satisfaction was influenced by this. This study consists of explorative and descriptive research-methods and combines a literature study with a cross-sectional survey-study. The research-population consists of medical specialists, both independent as salaried.

About 1200 medical specialists in seven different hospitals were approached to participate in this study. From this group 210 (171 independent and 39 salaried medical specialists) participated by filling the questionnaire. More than one third of the respondents indicated to have lost some interest in their daily work to some extent due to the introduction of bundled payments. One in five medical specialists even indicated that the introduction of bundled payments had a negative effect on the patient-care. This dissatisfaction can be explained by the fact that in general the respondents said to be unhappy by this (involuntary) change and by their idea that a lot of time and money was wasted on this transformation, which otherwise could have benefited patient-care.

The most important interests mentioned by the medical specialists in this study were: *professional proud* (50%), *autonomy* (37%), *variation* (31%), *relationships* (29%), *personal development* (25%) and *remuneration* (24%). Biggest differences between the independent and salaried medical specialists were seen in the following interests: *autonomy*, *remuneration*, *security*, *work-life balance* and *employment conditions*. Another important finding of this study was that both independent as

salaried medical specialists indicated the importance for the medical staff to have a say in the hospital policy. Connected to this is that a vast majority of the respondents were of the opinion that the board of directors of a hospital should contain medical specialists and medical specialists should be involved with management-tasks within a hospital.

Finally, the most important consideration for independent medical specialist to not shift to a salaried employment agreement was because they were happy in their present labour agreement and no direct benefits were seen from moving to a salaried employment. This once more shows that the medical specialists do not directly support this change. Other considerations mentioned were that they do not want to fall directly 'under' the hierarchically leadership of the board of directors (25%) and that such a shift would be financially unattractive (24%). With regards to the latter half of this 24% indicated that they actually received an offer from their hospital to become a salaried physician.

A first recommendation coming from this study is that further study on this topic is needed. For this follow-up study a representative sample of the Dutch medical specialist and perhaps also members of the board of directors of the hospitals should be taken. To measure the potential effect on patient care due to the introduction of bundled payment further research on this topic is also needed. The most important recommendation for the daily practice is to create, after some turbulent years, a period of political calm. During this period there is time to further develop the present model and it will facilitate the hospitals and medical specialists to once more focus on their primary interest, being the direct patient-care. Nevertheless, the wish of more deciding power and administrative responsibility by the medical specialists remains. This can be achieved by exploring the possibility of participation, alignment of financial interests, and administrative responsibility of the medical specialists within the present governance model.

Management samenvatting

De invoering van de integrale bekostiging is iets dat de gemoederen onder de medisch specialisten, de afgelopen twee jaar behoorlijk heeft beziggehouden en nog altijd bezighoudt. Doel van de integrale bekostiging – waarbij deelregulering binnen de bekostiging van medisch specialistische zorg is komen te vervallen – was om belemmeringen voor taakherschikking en selectieve inkoop door zorgverzekeraars weg te nemen. Verder zouden de financiële belangen tussen instelling en medisch specialist meer gelijkgericht moeten worden wat uiteindelijk tot verbeterde doelmatigheid en kwaliteit binnen de medisch specialistische zorg zou moeten leiden. Ruim een jaar na de invoering zijn de bestuurders van de Medisch Specialistische Bedrijven (MSB) en de Federatie van Medisch Specialisten matig positief, maar zijn de betrokken politici, Raden van Bestuur en Toezicht van ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) voornamelijk negatief over de transformatie.

Doelstelling van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke discussie omtrent besturingsmodellen in ziekenhuizen met hierbij speciale aandacht voor het belang van de drijfveren van medisch specialisten. Centrale vraagstelling hierbij is wat de overwegingen waren van de medisch specialisten om wel of niet in loondienst te gaan bij de invoering van de integrale bekostiging en op welke wijze de integrale bekostiging hun werkbeleving heeft beïnvloed. De onderzoeksopzet is beschrijvend en exploratief en bestaat uit een literatuurstudie en een empirisch cross-sectioneel survey-onderzoek. De onderzoekspopulatie bestaat uit medisch specialisten, waarbij zowel vrijgevestigde specialisten als specialisten in loondienst zijn benaderd.

Zo'n 1200 medisch specialisten in zeven ziekenhuizen zijn benaderd voor deelname aan het survey-onderzoek. Hiervan hebben 210 medisch specialisten (171 vrijgevestigd en 39 in loondienst) de vragenlijst volledig ingevuld. Van deze respondenten geeft meer dan een derde aan minder plezier in zijn¹ werkzaamheden te hebben gekregen ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging. Ook geeft één op de vijf aan dat de invoering van de integrale bekostiging ten nadele van de patiëntenzorg is. Deze onvrede kan verklaard worden omdat men in het algemeen negatief tegenover deze wijziging staat en dat hierbij het idee is ontstaan dat er veel tijd en geld is verspild dat anders aan patiëntenzorg besteed had kunnen worden.

De belangrijkste drijfveren van de respondenten zijn *professionele trots* (50%), *autonomie* (37%), *afwisseling* (31%), *relaties* (29%), *zelfontwikkeling* (25%) en *financiële beloning* (24%). Verschillen tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst werden gevonden bij *autonomie*, *financiële beloning*, *zekerheid*, *werk-privé balans* en *arbeidsomstandigheden*. Een andere belangrijke

¹ Waar “hij” of “zijn” geschreven staat in deze thesis kan ook “zij” of “haar” gelezen worden.

bevinding van het onderzoek is dat het voor de medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in loondienst, erg belangrijk is dat de medische staf zeggenschap over het ziekenhuisbeleid heeft. Hiermee samenhangend vindt ook een ruime meerderheid van de medisch specialisten dat een ziekenhuis (deels) door medisch specialisten bestuurd zou moeten worden en dat de medisch specialisten zich met managementtaken binnen het ziekenhuis bezig zouden moeten houden.

Tot slot blijkt dat de belangrijkste overweging in de keuze van de vrijgevestigde medisch specialisten om niet in loondienst te gaan, tevredenheid met de vrije vestiging was en het ontbreken van een directe meerwaarde van loondienst. Hieruit blijkt dat (vrijgevestigde) medisch specialisten niet op verandering zitten te wachten. Andere overwegingen zijn dat men niet in hiërarchische zin 'onder' de RvB wil vallen (25%) en dat het financieel onaantrekkelijk is (24%), waarbij ongeveer de helft aan geeft daadwerkelijk een financieel aanbod te hebben gekregen om over te stappen.

Aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen zijn voor de wetenschap om vervolgonderzoek te doen met een meer representatieve steekproef onder medisch specialisten en wellicht ook ziekenhuisbestuurders. Om eventuele gevolgen voor de patiëntenzorg van de invoering van de integrale bekostiging aan te tonen is ook verder aanvullend onderzoek nodig. De belangrijkste aanbeveling gericht op de praktijk is om na de turbulente jaren die achter ons liggen, nu een periode van bestuurlijke rust te creëren. In deze periode kan het samenwerkingsmodel verder worden uitgewerkt en kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten zich weer meer richten op hun primaire belang, de patiëntenzorg. Desalniettemin blijft er de wens van de medisch specialisten voor zeggenschap en mede-besturing. Deze kan worden ingewilligd door binnen de huidige organisatiemodellen de mogelijkheid van participatie, (financiële) gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialisten en bestuurlijke verantwoordelijkheid van de medisch specialisten te verkennen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	I
Management summary	III
Management samenvatting	V
Figuren en tabellenlijst	X
Lijst met afkortingen	XII
1. Inleiding	1
1.1. Projectkader	1
1.2. Doelstelling	2
1.3. Onderzoeksmodel	3
1.3.1. Stap 1: Doel	3
1.3.2. Stap 2: Onderzoeksubject(en)	3
1.3.3. Stap 3: Aard onderzoeksoptiek	3
1.3.4. Stap 4: Bronnen voor de onderzoeksoptiek	3
1.3.5. Stap 5: Schematische weergave	4
1.3.6. Stap 6: Verwoording	4
1.3.7. Stap 7: Heroriëntatie en iteratie	5
1.4. Vraagstelling	5
1.4.1. Centrale vraagstelling:	5
1.4.2. Sub-onderzoeksvragen:	5
1.5. Technisch ontwerp	6
1.6. Leeswijzer	7
2. Beleidscontext	8
2.1. Historische context: van lumpsum naar integrale tarieven	8
2.2. Commissie Inkomens Medisch Specialisten	10
2.3. Voorbereidende fase op invoering integrale bekostiging	12
2.4. Stakeholders: posities en belangen	14
2.4.1. Zorgverzekeraars	14
2.4.2. Ministeries (VWS en Financiën) en de Belastingdienst	15
2.4.3. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	16
2.4.4. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	16
2.5. De invoering: op zoek naar rust	17
2.6. Conclusie	18

3.	Ziekenhuis besturingsmodellen.....	19
3.1.	De verschillende organisatiemodellen	19
3.1.1.	Het loondienstmodel.....	19
3.1.2.	Het samenwerkingsmodel.....	20
3.1.3.	Het participatiemodel	25
3.2.	Participatie binnen MSB: de participerende medisch specialist	27
3.3.	Conclusie	28
4.	Het theoretisch kader.....	29
4.1.	Verandermanagement: van A naar B.....	29
4.2.	Professionals binnen een organisatie.....	31
4.2.1.	Negotiated order	32
4.2.2.	Besluitvorming.....	34
4.3.	Conclusie	36
5.	Drijfveren medisch specialist.....	37
5.1.	Het begint met de opleiding: carrièrewensen AIOS.....	37
5.2.	Primaire en secundaire drijfveren bij specialisten	39
5.3.	Inkomen en werkuren belangrijke werkwaarden	40
5.4.	Autonomie: een thesis op zich... ..	41
5.4.1.	(1) Collectieve ambitie.....	41
5.4.2.	(2) personal commitment statements	42
5.4.3.	(3) dokters in de directie	42
5.4.4.	(4) zorgparticipatie	42
5.5.	Conclusie	43
6.	Methodologie	45
6.1.	Onderzoeksdesign	45
6.2.	Literatuurstudie.....	45
6.2.1.	Selectie van databronnen.....	45
6.3.	Empirisch onderzoek	46
6.3.1.	Survey-onderzoek: de vragenlijst	46
6.3.2.	Onderzoekspopulatie, steekproef en respons	48
6.4.	Data-analyse	49
6.5.	Betrouwbaarheid en validiteit.....	49
7.	Resultaten en analyse	51
7.1.	Algemeen.....	51
7.2.	Karakteristieken.....	52

7.3.	Gevolgen patiëntenzorg	54
7.4.	Werkbeleving.....	58
7.5.	Belangen en drijfveren	60
7.6.	Verhouding met RvB.....	63
7.7.	Arbeidsrelatie en besturingsmodellen	65
7.8.	Kwalitatief deel vragenlijst	69
8.	Conclusies, discussie en aanbevelingen	71
8.1.	Conclusies.....	71
8.1.1.	Beleidsonderzoek	71
8.1.2.	Literatuuronderzoek.....	72
8.1.3.	Empirisch onderzoek	72
8.1.4.	Centrale vraagstelling.....	74
8.2.	Discussie	75
8.2.1.	Minder werkplezier en negatief effect op patiëntenzorg?	75
8.2.2.	Grotere afstand in plaats van gelijkgerichtheid.	76
8.2.3.	Zeggenschap: een gemiste kans	77
8.2.4.	Goede patiëntenzorg is waar het om draait en de dokter bepaalt wat dat is	78
8.2.5.	Het belang van primaire en secundaire drijfveren.....	79
8.3.	Aanbevelingen.....	81
8.3.1.	Wetenschap.....	81
8.3.2.	Praktijk.....	82
	Referenties	84
	Bijlage 1: Beleidsopties Commissie Meurs	88
	Bijlage 2: Uitnodigingsmail	92
	Bijlage 3: Vragenlijst medisch specialist.....	93
	Bijlage 4: Overige figuren	100
	Bijlage 5: Vrije tekst opmerkingen	107

Figuren en tabellenlijst

Figuur 1: Onderzoeksmodel	4
Figuur 2: Bruto-inkomen medisch specialisten, per persoon per jaar.	11
Figuur 3: Samenwerkingsmodel (niet transparant)	21
Figuur 4: Participatiemodel	26
Figuur 5: Niveaus van veranderen.....	29
Figuur 6: De vier werelden binnen het ziekenhuis.....	31
Figuur 7: de onderhandelingscontext van het medisch specialistisch werk.	32
Figuur 8: Beslissingen binnen professionele organisatie.	35
Figuur 9: Het organisatiemodel van het ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan patiëntenzorg. .	55
Figuur 10: De patiëntenzorg is verbeterd door de invoering van integrale tarieven.	55
Figuur 11: De patiëntenzorg is verslechterd door de invoering van integrale tarieven.....	56
Figuur 12: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische overwegingen.	57
Figuur 13: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen.....	58
Figuur 14: Verandering werkplezier t.g.v. invoering integrale tarieven	59
Figuur 15: Meerwaarde vrijgevestigd vs. loondienst en vice versa	61
Figuur 16: Belangrijkste werkwaarden op dit moment.....	63
Figuur 17: Invoering van integrale tarieven heeft verhouding met RvB verbeterd	64
Figuur 18: Invoering van integrale tarieven heeft verhouding met RvB verslechterd	64
Figuur 19: Belangrijkste reden om niet over te stappen van vrije vestiging naar loondienst en v.v. ...	65
Figuur 20: Voor een goed functionerend ziekenhuis is het noodzakelijk dat de staf zeggenschap.	66
Figuur 21: Een ziekenhuis zou (deels) bestuurd moeten worden door medisch specialisten.....	67
Figuur 22: Medisch specialisten zouden zich enkel met patiëntenzorg hoeven bezighouden.....	67
Figuur 23: Over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst.....	68
Figuur 24: Aantal jaren ervaring als medisch specialist	100
Figuur 25: Voor een goed functionerend ziekenhuis is het noodzakelijk dat de staf zeggenschap ...	100
Figuur 26: Een ziekenhuis zou (deels) bestuurd moeten worden door medisch specialisten.....	100
Figuur 27: Medisch specialisten zouden zich enkel met patiëntenzorg hoeven bezighouden.....	101
Figuur 28: Het organisatiemodel van ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan patiëntenzorg	101
Figuur 29: De patiëntenzorg is verbeterd door de invoering van integrale tarieven	101
Figuur 30: De patiëntenzorg is verslechterd door de invoering van integrale tarieven.....	102
Figuur 31: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB verbeterd	102
Figuur 32: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB verbeterd	102
Figuur 33: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB verslechterd	103

Figuur 34: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB verslechterd	103
Figuur 35: De kwaliteit van patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische overwegingen ...	103
Figuur 36: De kwaliteit van patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische overwegingen ...	104
Figuur 37: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen.....	104
Figuur 38: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen.....	104
Figuur 39: Over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst.....	105
Figuur 40: Meerwaarde vrijgevestigd vs. loondienst en vice versa	105
Figuur 41: Belangrijkste werkwaarde op dit moment.....	106
Figuur 42: Belangrijkste werkwaarden op dit moment (i.r.t. ervaring als medisch specialist).....	106
 Tabel 1: Karakteristieken respondentenvragenlijst	53
Tabel 2: Effect patiëntenzorg naar aanleiding van invoering integrale bekostiging.....	54
Tabel 3: Effect werkbeleving naar aanleiding van invoering integrale bekostiging.....	59
Tabel 4: Werkwaarden onderverdeeld in primaire en secundaire drijfveren	79
Tabel 5: Beleidsopties bij type interventie: inkomen.....	88
Tabel 6: Beleidsopties bij type interventie: arbeidsverhouding.	89
Tabel 7: Beleidsopties bij type interventie: tarieven (1).	90
Tabel 8: Beleidsopties bij type interventie: tarieven (2).	91

Lijst met afkortingen

AIOS	Arts in opleiding tot specialist
BKZ	Budgettair Kader Zorg
B.V.	Besloten Vennootschap
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DGA	Directeur-groootaandeelhouder
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
MHBA	Master in Health Business Administration
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OvA	Overige Ziekenhuizen
PH-BV	Personal Holding-BV
POHs	Physician Owned Hospitals
RvB	Raad van Bestuur
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
RvT	Raad van Toezicht
SAZ	Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
STZ	Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
VMS	Verenigingen Medische Staf
VMSD	Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband
VOF	Vennootschap Onder Firma
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WNT	Wet Normering Topinkomst
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC	Zelfstandige Behandel Centra

1. Inleiding

Deze thesis, die als afsluiting van de Master in Health Business Administration (MHBA) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur dient, beschrijft de ervaringen van medisch specialisten met de invoering van integrale tarieven en de drijfveren van medisch specialisten in het algemeen. De basis van deze thesis is een exploratief onderzoek met een theoretisch en een empirisch gedeelte. In deze inleiding zullen achtereenvolgens het projectkader, de doelstelling, het onderzoeks- en conceptueel model en de onderzoeksvragen geformuleerd worden (het 'wat'). Verder zullen bij het technisch ontwerp het onderzoeksdesign, het gebruik van databronnen en de methode van dataverzameling beschreven worden (het 'hoe').

1.1. Projectkader

Met de komst van Integrale Tarieven is er het afgelopen jaar, ongewild, een grote verandering op de medisch specialisten afgekomen. In alle ziekenhuizen zijn er in allerlei en met grote invloed van een scala aan juridische en fiscale adviseurs nieuwe besturingsmodellen opgetuigd om als medisch specialist te blijven voldoen aan de fiscale vrijgevestigde status. Waar het politieke motief voor deze verandering met name financieel leek ingegeven, onder andere door het promoten van loondienst, komt het resultaat er op dit moment vooral op neer dat er nieuwe besturingsmodellen zijn ontstaan om een dergelijk dienstverband te ontlopen. In deze gehele transitie lijkt er relatief weinig aandacht uit gegaan te zijn naar wat het beste besturingsmodel voor een ziekenhuis is. Onduidelijk is in hoeverre de medisch specialisten zelf bij dit gehele proces aangesloten zijn geweest en hun invloed hebben kunnen uitoefenen op het uiteindelijk gekozen model. Vanzelfsprekend is er in ieder ziekenhuis een kleine groep van medisch specialisten betrokken geweest bij de totstandkoming van het nieuwe besturingsmodel, maar het is niet altijd gezegd dat zij de mening van alle medisch specialisten in hun ziekenhuis vertegenwoordigden. De vraag is in hoeverre medisch specialisten in het algemeen bezig zijn met dergelijke vraagstukken van besturingsmodellen, fiscale regels, zeggenschap en ondernemerschap. Zo'n 90% van de ziekenhuizen heeft uiteindelijk voor een vorm van het samenwerkingsmodel gekozen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014), maar op vele van deze plekken wordt op dit moment alweer gekeken naar betere besturingsmodellen dan het huidige samenwerkingsmodel. Dit is ook een duidelijke wens van de politiek, niet op zijn minst blijkend uit de reactie van minister Schippers van 11 februari 2015 tijdens het algemeen overleg over de invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg (Tweede Kamer, 2014-2015c), waarbij zij letterlijk heeft aangegeven het samenwerkingsmodel het minst aantrekkelijke model te vinden en dit zeker niet als eindbeeld te beschouwen. De vraag is wat dan wel het beste besturingsmodel voor een ziekenhuis is, als er al een beste of ideaal besturingsmodel bestaat.

In het algemeen lijken medisch specialisten weinig bezig te zijn met de lange termijn toekomst. Veel ideeën, bijvoorbeeld met betrekking tot goodwill, praktijkwaarde en loonzekerheid, zijn enkel gestoeld op ervaringen uit het verleden. Af en toe bespeur ik onder de medisch specialisten een soort van naïviteit over hoe de medische wereld er over tien of twintig jaar uit zal zien. Medisch specialisten lijken een vrij onaantastbaar beeld van hun eigen positie te hebben. Dit kan als bijzonder worden gezien aangezien er een duidelijke tendens van verschillende veranderingen in de medisch specialistische zorg zichtbaar is welke in de komende jaren waarschijnlijk niet minder zal worden. Deze veranderingen kunnen grote gevolgen voor de medisch specialisten gaan hebben. Hierbij kan men denken aan zaken als de Wet Normering Topinkomst (WNT), waarbij de bestuurders van de ziekenhuizen beduidend minder zullen gaan verdienen dan een grote groep medisch specialisten in 'hun' ziekenhuis, iets wat op de lange duur niet houdbaar lijkt. Verder zou de positie van de medisch specialistische zorg onder druk kunnen komen te staan met de verschuiving van specialistische zorg naar meer generalistische en holistische zorg. Als dit beeld van medisch specialisten klopt dan zou dit natuurlijk verklaard kunnen worden door het feit dat men niet met dit soort zaken bezig is omdat men als medicus zich niet met name met patiëntenzorg wil bezighouden en niet met deze 'rand-verschijnselen'. Hierbij kan men zich dan weer afvragen waarom de groep vrijgevestigde medisch specialisten dan zo angstvallig aan hun vrije vestiging vasthoudt. Spelen hier zuiver financiële beweegredenen of heeft het te maken met ondernemerschap of wellicht autonomie? Tijdens de uiteindelijke overgang naar de integrale tarieven is er maar een handjevol vrijgevestigde specialisten overgestapt naar loondienst (Kiers, 2015a). Onduidelijk is wat de vrijgevestigde medisch specialisten heeft weerhouden van deze overstap. Het meest voor de hand liggende en makkelijke antwoord op deze vraag zou zijn, de (nadelige) financiële implicaties van een dergelijke overstap. De drijfveren van de gemiddelde student toen hij besloot om dokter te worden waren echter niet om zo snel mogelijk rijk te worden, maar eerder idealisme en altruïsme (Bemelmans, 2010). Het zou dus vreemd zijn als een financiële stimulans nu opeens wel de enige of belangrijkste drijfveer is voor vrijgevestigde medisch specialisten om zo hun praktijk te voeren.

1.2. Doelstelling

De persoonlijke doelstelling van de onderzoeker is om het lokale veranderproces op weg naar een nieuw besturingsmodel beter onderbouwd te kunnen begeleiden. De algemene doelstellingen van dit onderzoek is een bijdrage leveren aan de maatschappelijke discussie omtrent toekomstige besturingsmodellen in ziekenhuizen met hierbij speciale aandacht voor het belang van de drijfveren van medisch specialisten.

1.3. Onderzoeksmodel

Verschuren en Doorewaard (2007) geven in hun boek een aantal duidelijke stappen om tot een onderzoeksmodel te komen. In de volgende paragraaf zal aan de hand van deze stappen tot een schematische weergave van een dergelijk onderzoeksmodel worden gekomen (zie Figuur 1).

1.3.1. Stap 1: Doel

De eerste stap is om het doel vast te stellen. Dit doel is hierboven beschreven en komt er in het kort op neer om een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke discussie omtrent toekomstige besturingsmodellen in ziekenhuizen met hierbij speciale aandacht voor het belang van de drijfveren van medisch specialisten. Het leveren van deze bijdrage vindt plaats door middel van het doen van algemene aanbevelingen. Dit doel is helemaal rechts weergegeven in de schematische weergave (d).

1.3.2. Stap 2: Onderzoeksobject(en)

De onderzoeksobjecten in het onderzoek zijn vrijgevestigde medisch specialisten, medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten in dienst van een vakgroep, Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) of maatschap. Het onderzoek bestaat uit een (online) vragenlijst (b) welke aan deze groep voorgelegd wordt. Medisch specialisten in het ziekenhuis waar de onderzoeker werkzaam is (St. Antonius Ziekenhuis) en zo'n vijf tot tien andere ziekenhuizen worden benaderd. De keuze van deze ziekenhuizen wordt zo gedaan dat er een relevante afspiegeling ontstaat in lijn met de mix van ziekenhuizen in Nederland (zie ook technisch ontwerp).

1.3.3. Stap 3: Aard onderzoeksoptiek

De onderzoeksoptiek wordt geheel links in het schema weergegeven (a) en bestaat vooral uit theoretisch en diagnostisch onderzoek naar integrale tarieven, met hierbij een focus op de historische ontwikkelingen, verschillende besturingsmodellen van ziekenhuizen – waarbij ook naar buitenlandse modellen wordt gekeken – en naar de drijfveren van de medisch specialisten.

1.3.4. Stap 4: Bronnen voor de onderzoeksoptiek

Bronnen worden vooral gezocht binnen de nationale en internationale vak- en wetenschappelijke literatuur. Verder vindt er een kort vooronderzoek plaats, waar met enkele belanghebbenden gesproken wordt over de opzet van het onderzoek. Hierbij moet gedacht worden aan personen bij de Federatie Medisch Specialisten, enkele medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen en/of MSB-en. De volgende kernbegrippen en daarbij behorende theoretische kaders zullen de basis vormen van het diagnostisch theoretisch onderzoek:

Kernbegrippen

- Integrale tarieven
- Professionele organisaties
- Samenwerking
- Besturingsmodellen
- Drijfveren medisch specialisten

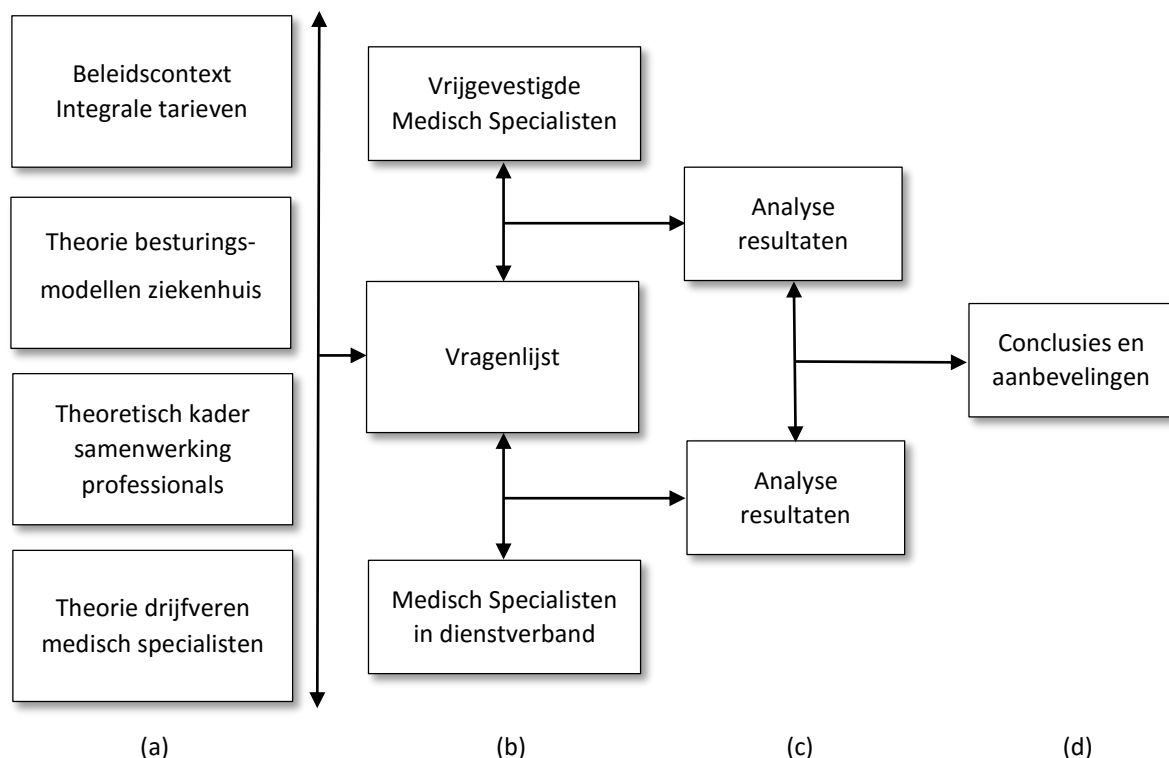
Theoretische kaders

- Beleidscontext integrale tarieven
- Inrichting professionele organisaties
- Samenwerking medisch specialisten
- Theorie besturingsmodellen ziekenhuis
- Theorie drijfveren medisch specialisten

Bij aanvang van het onderzoek zullen de bovengenoemde theoretische kaders worden bestudeerd en geconfronteerd met elkaar. Dit in combinatie met het verdere vooronderzoek zal leiden tot een aantal aandachtspunten welke verder de basis vormen voor het verdere vervolg van het onderzoek.

1.3.5. Stap 5: Schematische weergave

Het schematische onderzoeksmodel ziet er als volgt uit:



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.3.6. Stap 6: Verwoording

(a) Analyse van de beleidscontext van integrale tarieven, verschillende mogelijke besturingsmodellen van ziekenhuizen, het theoretisch kader met betrekking tot samenwerking door professionals binnen organisaties en drijfveren van medisch specialisten zal leiden tot de vragenlijst (b) welke zal worden voorgelegd aan een groep medisch specialisten. Een analyse (c) van de resultaten van de vragenlijst in combinatie met het literatuuronderzoek zal tot de beschouwing leiden. Al deze informatie samen zal aanleiding geven tot de uiteindelijke conclusies en aanbevelingen (d) die kunnen bijdragen aan de

maatschappelijke discussie met betrekking tot de keuze van toekomstige besturingsmodellen in ziekenhuizen met hierbij speciale aandacht voor het belang van de drijfveren van specialisten.

1.3.7. Stap 7: Heroriëntatie en iteratie

Het onderzoeksmodel zoals weergegeven geeft niet direct aanleiding tot heroriëntatie op het projectkader en de doelstelling. In eerdere versies van de onderzoeksopzet was er nog sprake van aanvullend kwalitatief onderzoek (interviews) naar aanleiding van de uitkomsten van de vragenlijsten. Gezien de beperkte duur van het onderzoek is ervoor gekozen om dit deel te laten vervallen. Dit zou eventueel plaats kunnen vinden in een vervolgonderzoek. Verder was er initieel de gedachte om medisch specialisten in opleiding (AIOS) bij het onderzoek te betrekken. De verwachting is echter dat zij weinig aangehaakt zijn bij dit veranderproces en zich nog maar weinig met dergelijke zaken bezighouden. Daarom is ervoor gekozen om hen buiten het onderzoek te houden.

1.4. Vraagstelling

Bovenstaand onderzoeksmodel leidt tot de volgende centrale vraagstelling en belangrijkste sub-onderzoeksvragen.

1.4.1. Centrale vraagstelling:

“Welke overwegingen waren van belang bij de keuze van vrijgevestigde medisch specialisten om wel of niet in loondienst te gaan bij de invoering van de integrale bekostiging en op welke wijze heeft de integrale bekostiging de werkbeleving van medisch specialisten beïnvloed?”

1.4.2. Sub-onderzoeksvragen:

Beleidsonderzoek

1. Wat is de beleidscontext van het ontstaan van de integrale bekostiging?
2. Welke ziekenhuis-besturingsmodellen zijn er in de literatuur beschreven?
3. Welke veronderstellingen zijn er gedaan bij de formulering van nieuwe besturingsmodellen?

Literatuuronderzoek

4. Welke drijfveren van medisch specialisten zijn bekend?
5. Welke bepalende factoren spelen een rol bij de samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist?

Empirisch onderzoek

6. In hoeverre zijn medisch specialisten bekend en begaan met de nieuwe besturingsmodellen binnen hun ziekenhuizen?

7. Wat zijn de drijfveren van medisch specialisten in hun werkzaamheden en hoe verhoudt zich dit tot hun arbeidsrelatie (loondienst versus vrijgevestigd)?
8. Wat zijn de belangrijkste wensen voor medisch specialisten in een ideaal (toekomstig) ziekenhuis-besturingsmodel en hoe verhoudt zich dit tot bovengenoemde drijfveren?
9. Hoe dragen de uitkomsten van het empirisch onderzoek bij tot de maatschappelijke discussie omtrent de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de besturing van ziekenhuizen?

1.5. Technisch ontwerp

In het methodologie hoofdstuk zal uitgebreid ingegaan worden op het ontwerp van het onderzoek. In deze paragraaf zal kort het technisch onderzoek worden toegelicht. Het onderzoeksdesign is exploratief/beschrijvend met een theoretisch en een empirisch gedeelte. Het theoretisch gedeelte bestaat uit een uitgebreid beleids- en literatuuronderzoek.

Het empirische gedeelte is een cross sectioneel surveyonderzoek en is beschrijvend exploratief. De uitkomsten uit het voorafgaande beleids- en literatuuronderzoek worden benut voor de samenstelling van een online vragenlijst welke aan een groep medisch specialisten zal worden voorgelegd. De doelgroep voor de vragenlijst zijn medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in loondienst en medisch specialisten in dienst van een vakgroep, Medisch Specialist Bedrijf (MSB) of maatschap. In totaal zullen zo'n vijf tot tien ziekenhuizen worden benaderd met de vraag of ze de vragenlijst kunnen verspreiden onder de medisch specialisten van dat ziekenhuis. De verwachting is dat op deze manier tussen de 750 en 1500 medisch specialisten (gebaseerd op gemiddeld 150 – 200 medisch specialisten per ziekenhuis) kunnen worden bereikt. Een vergelijkbaar survey-onderzoek is gedaan door Kruijthof (2005) waarbij een vragenlijst aan een landelijke steekproef van 2000 medisch specialisten is gestuurd. De respons-rate in dit onderzoek was 34%. In een ander vergelijkbaar onderzoek (Koelewijn, Ehrenhard, Groen, & van Harten, 2014) werd echter maar een respons-rate van 19% gehaald. Een verschil tussen deze twee onderzoeken was dat bij het onderzoek van Kruijthof de doelgroep schriftelijk per post werd aangeschreven en dat het bij het onderzoek van Koelewijn et al. (2014) een online-survey betrof. Gezien het feit dat er bij mijn onderzoek ook sprake is van een online-survey is de verwachting dat de respons-rate in dit onderzoek meer in lijn van de respons-rate van de studie van Koelewijn et al. zal komen te liggen. De ingang tot de medisch specialisten van de ziekenhuizen zal zijn via de MSB-en en de Verenigingen Medische Staf (VMS). Analyse van de resultaten van de vragenlijst zal plaatsvinden met behulp van Microsoft Excel.

1.6. Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk zullen de volgende twee hoofdstukken achtergrondinformatie verschaffen over het proces van de invoering van de integrale tarieven. Hoofdstuk twee gaat dieper in op de beleidscontext rond de invoering van de integrale bekostiging. Hierbij zal worden gekeken naar de historische context en het voorbereidende traject richting de uiteindelijke invoering op 1 januari 2015. Ook zal er worden gekeken naar de positie van de belangrijkste stakeholders en zal er aandacht worden besteed aan het verloop in het eerste jaar van de invoering. Hoofdstuk drie zal de besturingsmodellen behorende bij de invoering van de integrale bekostiging bekijken. Hiernaast zal er worden gekeken naar ervaringen met ondernemen en participeren van medisch specialisten in een ziekenhuisorganisatie. In hoofdstuk vier wordt het theoretisch kader geschetst. Hierbij worden verschillende theoretische modellen besproken over professionals in professionele organisaties in het algemeen en over medisch specialisten binnen een ziekenhuisomgeving in het bijzonder. Ook zal er in dit hoofdstuk worden gekeken naar de theoretische achtergrond van de besluitvorming binnen een professionele organisatie. Hoofdstuk vijf besteed aandacht aan het literatuuronderzoek naar werkwaarden en drijfveren van medisch specialisten. Hierbij wordt gepoogd om de focus zoveel mogelijk op de Nederlandse setting te richten en zal er worden gekeken naar eventuele verschillen tussen vrije vestiging en loondienst. In hoofdstuk zes zal de onderzoeksmethodologie verder worden uitgewerkt, waarbij ook zal worden gekeken naar betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten. Hoofdstuk zeven zal volledig gewijd zijn aan de resultaten en de analyse van de resultaten. Dit zal gebeuren rond de verschillende thema's die ook in het eerste deel van deze thesis aan bod komen. In het laatste hoofdstuk wordt bij de conclusies een kort en to-the-point antwoord op de onderzoeksvragen gegeven, gevolgd door de discussie van de resultaten van het empirisch- en literatuuronderzoek. Tot slot zullen in dit hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan.

2. Beleidscontext

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van literatuuronderzoek gekeken naar de beleidscontext rondom de invoering van de integrale bekostiging. Allereerst wordt gekeken naar de historische context van de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Vervolgens wordt er specifiek stilgestaan bij de werkzaamheden en uitkomsten van de Commissie Inkomens Medisch Specialisten (Commissie Meurs). Hierna wordt er in meer detail gekeken naar de voorbereidende fase voor de uiteindelijke invoering van de integrale tarieven en de bijbehorende organisatiemodellen. In de vierde paragraaf van dit hoofdstuk worden de positie en belangen van de verschillende stakeholders in dit proces toegelicht. Tot slot wordt er nog kort worden gekeken naar de periode tussen de invoering van de integrale bekostiging op 1 januari 2015 en nu. Hier zal in het volgende hoofdstuk in meer detail naar gekeken worden.

2.1. Historische context: van lumpsum naar integrale tarieven

De afgelopen decennia is de bekostiging van de gezondheidszorg en hiermee ook die van de medisch specialisten, en meer specifiek die van de vrijgevestigde medisch specialisten, aan vele veranderingen onderhevig geweest. Tot 1995 werden de vrijgevestigde medisch specialisten bekostigd voor het aantal verrichtingen dat ze uitvoerden. Hier stond tegenover dat de ziekenhuizen op dat moment via de functiegerichte budgettering – in tegenstelling tot de medisch specialisten – gebudgetteerd waren. Dit verschil leidde tot spanningen tussen het ziekenhuis en specialisten, aangezien de niet-gebudgetteerde kosten van de medisch specialisten wel meewogen in de gebudgetteerde kosten van het ziekenhuis. Om dit probleem te ondervangen en het risico op overproductie te verkleinen werd in 1995 een budgetsystematiek voor vrijgevestigde medisch specialisten ingevoerd, de zogenaamde lumpsumsystematiek. Hierbij werd de omzet van de medisch specialisten vastgezet op een historisch niveau en door middel van lokale initiatieven werd het totaal van de lumpsummen per ziekenhuis verdeeld. Dit systeem – dat tot 2008 in werking is geweest – vergroete de financiële beheersbaarheid en leidde uiteindelijk tot een aanzienlijke kostenbeheersing. Keerzijde van dit systeem waren de toename van wachtlijsten en het in stand houden van historisch gegroeide omzetverschillen tussen de verschillende specialismen.

In 2005 werden de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor de ziekenhuizen ingevoerd. Hierbij werd er niet meer per verrichting gedeclareerd, maar voor de complete behandeling van een patiënt en dus een verzameling van verrichtingen. Verder werd, via uitbreiding van het vrij te prijzen B-segment, een begin gemaakt met de vrije prijsvorming. Dit was onderdeel van de fundamentele wijziging in de gezondheidszorg van ziekenfonds naar gereguleerde

marktwerking in 2006. Vanaf 2008 werd het honorarium van de vrijgevestigde medisch specialisten opgenomen in de DBCs. Dit gebeurde via de formule 'uurtarief x normtijd', waarbij het uurtarief tussen de Orde van Medische Specialisten (Orde) en VWS werd vastgesteld en de normtijden per zorgactiviteit door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werden bepaald. De gedachte achter deze wijziging was, dat er een koppeling zou ontstaan tussen prestatie en inkomen van medisch specialisten (z.g. prestatiebekostiging) en dat hiermee een toenemende prikkel tot doelmatigheid, ondernemerschap en innovatie zou ontstaan. Al snel bleek echter dat onvoorziene meerproductie en onjuist vastgestelde tarieven tot forse, ongewenste stijgingen van het honorariumbudget leidde. Hoewel verder ook de verwachting was dat de invoering van deze prestatiebekostiging een einde zou brengen aan de historisch gegroeide verschillen tussen de honoraria, leidde de genoemde problemen juist tot grotere verschillen tussen de verschillende specialismen en zag de overheid zich genoodzaakt tot het opleggen van specialisme-specifieke kortingen. Dit alles heeft ertoe geleid dat het systeem van prestatiebekostiging via DBCs maar tot 2011 in gebruik is geweest.

Begin 2011 werd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde en VWS een convenant gesloten over de bekostiging van de medisch specialisten voor de transitieperiode (2012-2014) naar integrale bekostiging (Rijksoverheid, 2011). Basis voor dit convenant was het hoofdlijnenakkoord dat op 15 december 2010 door de minister aan de kamer werd aangeboden. Dit convenant borduurde voort op het zogenaamde beheersmodel waarbij jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten wordt vastgesteld, passend binnen de beschikbare middelen in het budgettair kader zorg (BKZ). Het macrobudget wordt vervolgens door de NZa door middel van een omzetplafond per ziekenhuis verdeeld over de verschillende instellingen. De vrijgevestigde medisch specialisten declareren via het ziekenhuis bij verzekeraar of patiënt en samen met de Raad van Bestuur (RvB) van het ziekenhuis worden er heldere afspraken gemaakt over de verdeling van het budget tussen de verschillende specialismen. Door een verdeling te maken met een vast en een variabel deel van het budget kon er worden gestuurd op het voorkomen van wachtlijsten en was er ruimte voor beloning op kwaliteit en innovatie. Binnen dit systeem waren medisch specialisten verzekerd van hun fiscaal ondernemerschap als ze voldeden aan de verdeelafspraken en een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis hadden. Binnen het budget van ruim 2 miljard euro (Tweede Kamer, 2010-2011) zoals dat in 2012 werd afgesproken was een groeiruimte beschikbaar van maximaal 2,5% op jaarbasis. In het bovengenoemde convenant is de invoering van integrale bekostiging per 2015 door de verschillende partijen (Orde, NVZ en VWS) onderschreven. Integrale bekostiging komt er globaal op neer dat deelreguleringen binnen de bekostiging van medisch specialistische zorg komt te vervallen. Door de invoering van integrale bekostiging hoopt de minister belemmeringen voor taakherschikking en selectieve inkoop door de zorgverzekeraars weg te

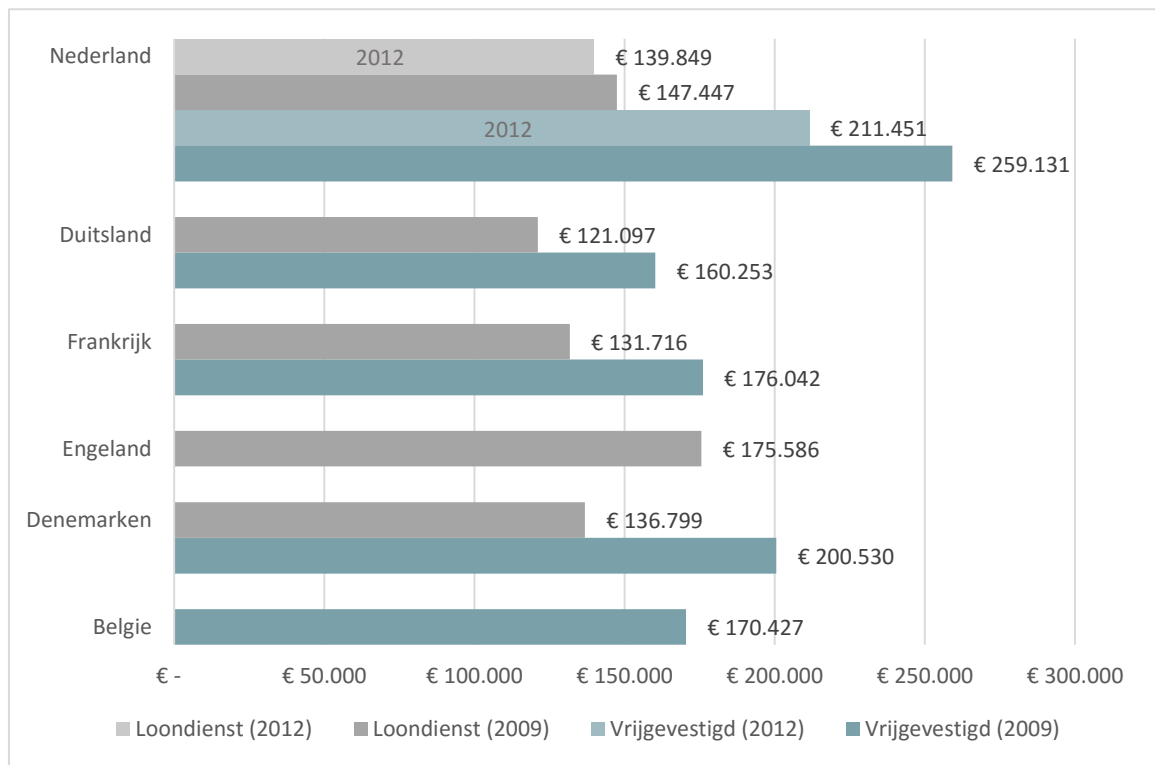
nemen. Verder zou het de (financiële) belangen van instellingen en medisch specialisten meer gelijk moeten richten wat uiteindelijk tot verbeterde doelmatigheid en kwaliteit binnen de medisch specialistisch zorg zou moeten leiden.

2.2. Commissie Inkomens Medisch Specialisten

In de voorjaarsnota 2012 (Tweede Kamer, 2011-2012) is aangegeven dat als onderdeel van het begrotingsakkoord 2013 er een onderzoek zal worden geïnitieerd om te analyseren hoe de norm-inkomens van medisch specialisten (in loondienst en vrijgevestigd) zich verhouden tot deze van collega's in andere landen en hoe deze meer in lijn zouden kunnen worden gebracht. Hiervoor werd door de minister van VWS een commissie samengesteld onder leiding van Prof. dr. P.L. Meurs. Gelijktijdig heeft SEO Economisch Onderzoek de opdracht gekregen om een vergelijkende analyse uit te voeren naar de internationale inkomenspositie van de Nederlandse medisch specialisten. De uitkomsten van dit onderzoek (Kok, Lammers, & Tempelman, 2012), alsmede de bevindingen van de commissie Meurs (2012) werden begin oktober 2012 aan de tweede kamer aangeboden.

In het SEO-onderzoek zijn de inkomens van Nederlandse medisch specialisten, zowel die in loondienst als de vrijgevestigde, vergeleken met de inkomens van hun collega's in vijf buurlanden (België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk). Voor al deze landen waren er OESO-cijfers beschikbaar, waaruit zou blijken dat de inkomens van de Nederlandse medisch specialisten tot de hoogste ter wereld behoren. Het SEO-onderzoeksteam stelt dat de wijze van meten van de bruto-inkomens in deze systematiek niet betrouwbaar is en hoewel deze cijfers als basis van hun onderzoek zijn genomen, wordt er vervolgens op gecorrigeerd voor verschillende definities. Desondanks blijven de bruto-inkomens van de Nederlandse vrijgevestigde medisch specialist de hoogste van de vijf vergeleken landen (voor het Verenigd Koninkrijk zijn er geen cijfers van vrijgevestigde medisch specialisten omdat dit aantal te klein is) (zie Figuur 2). Dit verschil is voor het vergelijkingsjaar 2009 erg groot, maar dit is voor Nederland een bijzonder jaar vanwege de verandering in de bekostigings-systematiek. Ter vergelijking is ook een schatting voor 2012 toegevoegd, waarbij het inkomen substantieel lager is door verlaging van de DBC-tarieven en het instellen van het omzetplafond. Voor specialisten in loondienst behoren de bruto-inkomens ook tot de hoogste van de vergeleken landen. Alleen de Engelse specialisten zitten hoger, maar dit heeft te maken met het feit dat zij hun inkomens kunnen aanvullen met werk in de particuliere sector. Wat vooral opvalt aan het onderzoek is dat er grote verschillen zijn tussen de inkomens van vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst. In 2009 is het bruto-inkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten in Nederland 1,8 keer hoger dan dat van een specialist in loondienst. In 2012 is dit nog altijd 1,5 keer hoger. Aangezien er in Nederland relatief weinig verschil is in het bruto-netto traject tussen de vrijgevestigde

specialisten en specialisten in loondienst is het netto-inkomen van een vrijgevestigde medisch specialist in 2012 gemiddeld 50% hoger dan dat van een specialist in loondienst. Andere resultaten van het onderzoek zijn dat er grote verschillen zijn in inkomen binnen de groep van vrijgevestigde medisch specialisten en dat er een relatie is tussen de gemiddelde bruto-inkomsten van artsen en het aantal artsen in een land: hoe meer artsen, hoe lager het inkomen. De verschillen in inkomens, zowel tussen de verschillende landen als tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst zijn deels samenhangend met een verschil in productiviteit tussen deze groepen.



Figuur 2: Bruto-inkomen medisch specialisten, per persoon per jaar. Bewerkt van "Remuneration of medical specialists" van SEO Economisch Onderzoek, 2012

In het rapport van de commissie Meurs worden drie verschillende beleidsopties verkend: ingrijpen in het inkomen, ingrijpen in de arbeidsverhouding en ingrijpen in de bekostiging. Voor elk van de opties wordt er naast het effect op het inkomensniveau en op de productieprikkel, ook gekeken naar macrobeheersing, kwaliteit, toegankelijkheid, realiseerbaarheid en naar governance- en fiscale aspecten en de eventuele consequenties voor de goodwill. Een schematisch overzicht van alle beleidsopties en effecten is terug te vinden in Bijlage 1. Van alle onderzochte opties ziet de commissie de invoering van integrale tarieven als de meest kansrijke optie. Deze optie scoort volgens de commissie goed op macrobeheersing en kwaliteit en van groot belang is dat er via deze optie de mogelijkheid blijft bestaan om op lokaal niveau, tussen Raad van Bestuur en medische staf van een ziekenhuis, afspraken te maken over productie, doelmatigheid en kwaliteit. De commissie ziet niet

direct risico's met betrekking tot de governance van de ziekenhuizen, met name door een actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar. Een van de belangrijke aandachtspunten zijn de eventuele gevolgen voor de goodwill. Interessant genoeg spreekt de commissie in haar rapport de verwachting uit dat door de invoering van de integrale tarieven een grote groep van vrijgevestigde medisch specialisten ervoor zal kiezen om over te stappen naar loondienst. Dit alles is nog wel in de veronderstelling dat de medisch specialisten die maar in één instelling werkzaam zouden zijn, het fiscaal ondernemerschap zouden verliezen. Inmiddels weten we dat er door de invoering van integrale tarieven maar een zeer beperkt aantal medisch specialisten is overgestapt naar loondienst. Verder adviseert de commissie om in de aanloop naar integrale bekostiging het beheersmodel te blijven hanteren, waarbij er kan worden gekeken naar verdere matiging van de inkomens vóór de invoering van integrale tarieven. Dit zal leiden tot een solide fundament voor een beheerste inkomensvorming in deze nieuwe systematiek. In haar reactie op het rapport Meurs van 29 november 2012 (Tweede Kamer, 2012-2013) kondigt Minister Edith Schippers ook direct een macrobudgetaire korting van 100 miljoen euro per jaar op het budgettair kader van de medisch specialisten voor de periode 2015 – 2017 aan. Andere interessante conclusies uit het rapport van de commissie Meurs is het feit dat de commissie het niet wenselijk acht dat er centraal maatregelen worden ingevoerd die ingrijpen op de arbeidsverhouding. Dit vanwege het belang van de lokale dynamiek waarbij er voor de specialisten diverse inhoudelijke legitieme redenen zijn om voor loondienst dan wel vrije vestiging te kiezen en volgens de commissie past het de overheid niet om hier centraal een keuze in te maken. Wel vindt zij het van belang dat financiële overwegingen voor de keuze loondienst of vrije vestiging in de toekomst minder bepalend worden. Verder vindt de commissie het van groot belang dat er wordt gestreefd naar gelijkgerichte belangen van de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Een mogelijkheid om dit te bewerkstelligen is door middel van juridische en/of financiële participatie van medisch specialisten in de instelling. Hierbij heeft de commissie ook vastgesteld dat nieuwe wetgeving om winstuitkering in de zorg mogelijk te maken niet per se noodzakelijk is. Een andere manier om gelijkgerichtheid van belangen te bewerkstelligen is door het maken van vast-variabele afspraken tussen de instelling en specialisten. Van belang is de matiging van de groei in de uitgaven van de curatieve zorg, maar dit zal niet bereikt worden door enkel ongenueanceerde ingrepen in de inkomens van medisch specialisten. Een belangrijke laatste conclusie van de commissie is dat de medisch specialistische zorg vooral gebaat is bij een zekere rust op het gebied van systeemwijzigingen.

2.3. Voorbereidende fase op invoering integrale bekostiging

Op verzoek van de minister heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) halverwege 2013 een advies uitgebracht met betrekking tot de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van

integrale tarieven in 2015 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Interessant is dat de NZa in dit advies uitgaat van één geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, waarbinnen instelling en medisch specialisten verbonden zijn. Zij geven dit als een van de voordelen aan ten opzichte van het systeem van deelregulering waarbij instelling en medisch specialisten als aparte spelers op de markt beschouwd werden. De praktijk na de invoering van de integrale bekostiging heeft ons geleerd dat er medisch specialistische bedrijven zijn opgericht waarbinnen enkel de medisch specialisten zijn vertegenwoordigd en dat de medisch specialist, ook met het wegvallen van de toelatingsovereenkomst, in principe verder weg van het ziekenhuis is komen te staan dan voorheen het geval was. Het feit dat om fiscale redenen de vrijgevestigde medisch specialisten zich onafhankelijk van het ziekenhuis zullen moeten gaan gedragen, wordt reeds als potentieel risico van de gewenste gelijkgerichtheid tussen instelling en specialist in het rapport van de NZa benoemd. Een optie om dit probleem beheersbaar te maken die door de NZa wordt genoemd is om een onderscheid te maken tussen bestaande gevallen en nieuwe toetreders. Zo ver bekend is, is dit onderscheid niet gemaakt in de uiteindelijke vormgeving van de modellen. Als reactie op het rapport van de NZa heeft de Orde in haar brief van 28 juni 2013 stellig bezwaar gemaakt tegen de manier van declareren (enkel 'aan' de instelling). Dit zou een bedreiging vormen voor het behoud van (fiscaal) ondernemerschap van de vrijgevestigde medisch specialisten en naar alle waarschijnlijkheid een gedwongen dienstverband met het ziekenhuis forceren.

In het Zorgakkoord van 16 juli 2013 (Rijksoverheid, 2013) wordt door alle betrokken partijen (VWS, Financiën, Orde en NVZ) onderschreven dat ook na 2015 medisch specialisten de vrije keuze moeten hebben om in dienstverband dan wel vrijgevestigd werkzaam te zijn. In de tweede helft van 2013 vindt er zeer intensief overleg plaats tussen de ministeries van VWS en financiën, de Orde en NVZ over de fiscale aspecten van verschillende besturingsmodellen op basis waarvan de medisch specialisten hun zelfstandige status zouden kunnen behouden. Dit resulteert uiteindelijk in een gezamenlijke brief van de Orde en de NVZ aan hun achterbannen waarin een aantal mogelijke organisatiemodellen worden besproken. Belangrijk hierbij is dat het wegvallen van het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialisten niet direct ook tot het vervallen van het fiscaal ondernemerschap van de vrijgevestigde medisch specialisten leidt, maar dat dit nog geborgd kan worden door het lopen van voldoende ondernemersrisico's. De mogelijke organisatiemodellen zijn samen te vatten in twee verschillende samenwerkingsmodellen (fiscaal transparant en fiscaal niet-transparant) en twee participatiemodellen (transparant: VOF-model en niet-transparant: BV-model). Een schematische weergave van een samenwerkingsmodel en van een participatiemodel is te vinden in het volgende hoofdstuk. Met deze brief is de basis gelegd van de uiteindelijke organisatiemodellen die er vanaf 2015 zijn ontstaan.

In haar brief van 31 oktober 2014 (Tweede Kamer, 2014-2015b) geeft de minister een update rondom de invoering van de integrale tarieven. Waar in eerdere stukken de doelstellingen voor de invoer van integrale tarieven nog met name het wegnemen van belemmeringen voor taakherschikking en selectieve inkoop en verbeterde doelmatigheid en kwaliteit door het bevorderen van gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialisten waren, wordt nu als belangrijkste doel gegeven om het fiscaal ondernemerschap van de vrijgevestigde medisch specialisten in lijn te brengen met het feitelijk lopen van risico zoals dat ook in andere sectoren geldt. Hierbij verandert het doel van het ministerie dus vrij essentieel van een meer algemene maatregel ter bevordering van de medisch specialistische zorg, naar een maatregel om de fiscale status van de vrijgevestigde medisch specialisten aan te pakken. Uit een belronde, welke door ambtenaren van VWS begin oktober 2014 is gedaan blijkt al snel dat er geen grote aantallen medisch specialisten vanuit vrije vestiging naar loondienst zullen gaan overstappen. De redenen die hiervoor gegeven worden zijn de ervaren politieke dreiging van de Wet Normering Topinkomens (WNT) en de beperkingen van de subsidieregeling, m.n. aan het einde van de loopbaan van een medisch specialist. Deze subsidieregeling is een regeling die is voortgekomen uit de afspraken gemaakt in het “onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017” en zou ervoor moeten zorgen dat de keuze voor de vrijgevestigde medisch specialisten om dan wel vrijgevestigd, dan wel in loondienst te gaan ook een reële keuze is. Aangezien de keuze van een vrijgevestigd medisch specialist om de overstap naar loondienst te maken zou betekenen dat hij géén vergoeding meer zou krijgen voor de goodwill die in het verleden is betaald bij toetreding tot de maatschap zou dit al snel een minder aantrekkelijke optie worden dan het behouden van het ondernemerschap. De subsidieregeling stelde per specialist die, onder bepaalde voorwaarde, zou overstappen van vrije vestiging naar loondienst een subsidie van € 100.000 beschikbaar ter compensatie van het wegvallen van de goodwill.

2.4. Stakeholders: posities en belangen

Naast de eerdergenoemde directbetrokkenen, namelijk de ziekenhuizen en de medisch specialisten, zijn er verschillende andere partijen betrokken bij de invoering en de continuering van de integrale tarieven.

2.4.1. Zorgverzekeraars

Hoewel een van de doelstellingen van de invoering van integrale tarieven het wegnemen van belemmeringen met betrekking tot selectieve inkoop door zorgverzekeraars is, lijken zij zich bij de invoering veelal op de achtergrond te hebben gehouden. Vanzelfsprekend zijn de afspraken met de ziekenhuizen veranderd en is er vanaf 2015 een afspraak op integraal niveau gemaakt. Tijdens de VWS-belronde in oktober 2014 bleek dat de verzekeraars het onderwerp integrale bekostiging nog

maar zeer beperkt ter sprake hadden gebracht in hun overleggen met de ziekenhuizen en dat dit alles vooral werd gezien als een interne aangelegenheid “achter de voordeur” van de ziekenhuizen.

2.4.2. Ministeries (VWS en Financiën) en de Belastingdienst

Tijdens het gehele proces van de totstandkoming van de integrale bekostiging is er met betrekking tot de fiscale aspecten nauw samengewerkt tussen de ministeries van financiën en VWS. Vanuit het ministerie van financiën is er de mogelijkheid geboden om als ziekenhuis eind 2014 de nieuwe organisatiemodellen vooraf door de belastingdienst te laten beoordelen. Vele ziekenhuizen hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en dit heeft geresulteerd in een standaard goedkeuringsbrief welke eind 2014 aan vrijwel alle ziekenhuizen is verzonden. Om eenheid van beleid en de uitvoering hiervan te waarborgen is er voor gekozen om in de voorbereidende fase naar de nieuwe organisatie-modellen voor landelijke coördinatie vanuit de belastingdienst te opteren. Aangezien er ook na de invoering van de integrale bekostiging nog veel behoefte is blijven bestaan voor een eenduidig beleid is deze landelijke coördinatie gecontinueerd; iets wat tot vandaag de dag nog actueel is. Tijdens de voorbereiding van de invoering van de integrale bekostiging heeft er regelmatig bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de ministeries van VWS, financiën, de belastingdienst, de Orde en NVZ. Ook hebben het ministerie van financiën en het landelijk coördinatieteam op meerdere momenten zogenaamde Q&As en aandachtspuntenlijsten opgesteld met de meest voorkomende vragen en de antwoorden. Aan de hand van deze documenten hebben de ziekenhuizen en specialisten, ondersteund door juridische en fiscale adviseurs hun eigen invulling gegeven aan de verschillende modellen.

Formeel is er dus altijd goede medewerking van het ministerie van financiën geweest in het gehele proces. Een uitgelekt mailtje van minister Dijsselbloem aan collega's in het kabinet van oktober 2014 laat echter een heel andere persoonlijke mening van de minister zien. In het mailtje reageert hij op het bericht van 16 oktober 2014 in de zorgvisie (Kiers, 2014) dat het Wilhelmina Canisius Ziekenhuis in Nijmegen als eerste toestemming heeft gekregen van de belastingdienst voor het vormen van een z.g. 'supermaatschap' (transparant samenwerkingsmodel). Hierbij schrijft hij dat het standpunt van het kabinet is dat de “schijnconstructies” van ondernemerschap binnen de ziekenhuizen moet ophouden en dat medisch specialisten gewoon in dienst van het ziekenhuis moeten komen. De belangrijkste reden hiervoor is kostenbesparing. Hij geeft aan dat er druk op de specialisten gehouden moet worden en dat er geen nieuwe fiscale constructies zoals de genoemde 'supermaatschap' moeten worden bedacht om 'toch weer' ondernemersfaciliteiten te kunnen behouden. Hij eindigt met de vraag of dit de lijn is waarlangs de belastingdienst werkt. Hoewel dit natuurlijk de persoonlijke opvatting van de minister betreft is het wel zo dat hij in het mailtje aangeeft dat dit een kabinetsstandpunt is en hiermee wordt het dus meer dan alleen zijn persoonlijke mening. Vanuit het regeerakkoord (Rijksoverheid, 2012) waarin te lezen valt dat het fiscaal ondernemerschap van de

medisch specialisten zal verdwijnen ten gevolge van de invoering van integrale tarieven, is deze opvatting te begrijpen. Hij gaat hier echter wel voorbij aan het hoofdlijnenakkoord van halverwege 2013 en de resultaten van het overleg eind 2013 waarbij vanuit alle betrokken partijen duidelijk wordt gesteld dat er een reële keuze moet blijven voor de medisch specialisten om vrijgevestigd te blijven of in loondienst te gaan en waarbij de drie mogelijke organisatiemodellen, waaronder die van een 'supermaatschap', zijn uitgewerkt.

Of de medisch specialisten voldoende ondernemerskenmerken hebben om hun vrijgevestigde status te behouden zal achteraf door de belastingdienst getoetst gaan worden en is op dit moment dus nog niet met zekerheid te zeggen. Gezien het bovenstaande zou men zich wel kunnen afvragen hoe onafhankelijk dit oordeel uiteindelijk zal zijn. In het uiterste geval zal de rechter eraan te pas moeten komen om het uiteindelijke oordeel te vellen.

2.4.3. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Waar vóór 2015 de NZa de honorariumtarieven en het honorariumplafond nog vaststelde, is deze invloed met de invoering van de integrale tarieven afgenomen. De NZa heeft echter van het ministerie wel een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het monitoren van de invoering van de integrale bekostiging. Deze jaarlijkse monitor kent zowel kwantitatieve als kwalitatieve elementen en omdat er een vrij brede uitvraag plaatsvindt onder alle betrokkenen geeft de monitor een aardig beeld van de ontwikkelingen omtrent de invoering van de integrale bekostiging. De NZa heeft een eerste meting gedaan eind 2014 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014) waarbij, onder andere, cijfers over de keuze van organisatie-model in verschillende ziekenhuizen wordt gegeven. Van een tweede meting zijn de resultaten recentelijk uitgekomen in de vorm van de tweede monitor (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Verderop zal ik in meer detail ingaan op de inhoud van deze twee monitors.

2.4.4. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Uit publicaties van de IGZ, zoals bijvoorbeeld de Zelftest voor ziekenhuizen, blijkt dat de IGZ met name erin is geïnteresseerd of met de invoering van de nieuwe organisatie-modellen de kwaliteit en veiligheid van de medisch specialistische zorg gewaarborgd is. Een gewijzigde verhouding tussen Raad van Bestuur (RvB) en medisch specialisten kan potentieel een risico, voor o.a. de kwaliteit, betekenen. Hoewel de IGZ meermaals duidelijk heeft gemaakt dat de wettelijke eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij de RvB van het ziekenhuis blijft liggen, hebben zij ook aangegeven dat de verantwoordelijkheden van RvB, RvT en medisch specialisten in elkaars verlengde liggen en verwacht de IGZ in toenemende mate dus ook geïntegreerde kwaliteitssystemen binnen de ziekenhuizen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014). De professionele autonomie van de medisch specialisten speelt hierbij een belangrijke rol, maar de IGZ benadrukt dat deze niet los

gezien kan worden van de collectieve verantwoordelijkheid van de groep medisch specialisten in een ziekenhuis en van de integratie met het kwaliteitssysteem. De IGZ verwacht dat de medisch specialisten de stap zullen maken van ‘professionele autonomie’ naar ‘professionele governance’ waarbij zij verantwoording afleggen aan de RvB en uiteindelijk aan de samenleving. Als handreiking richting de ziekenhuizen en de medisch specialisten heeft de IGZ in overleggen met de NVZ en de Orde gewezen op vraagstukken waar RvB, RvT en medisch specialisten minimaal aandacht voor moeten hebben om aan hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwaliteit en veiligheid te voldoen. Deze vraagstukken zijn ook samengebracht in een door de IGZ opgestelde zelftest voor RvB en medisch specialisten.

Sinds de invoering van de integrale tarieven zijn er geen duidelijke signalen van de IGZ naar buiten gekomen dat de nieuwe organisatiemodellen tot minder kwaliteit of zelfs gevaarlijke situaties hebben geleid. Dit beeld werd tijdens een congres over het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) op 26 november 2015 bevestigd door hoofdinspecteur van Inspectie voor Gezondheidszorg, Hans Schoo. Hij benadrukte tijdens dit congres dat er bij de IGZ niet meer meldingen zijn binnengekomen als gevolg van het ontstaan van de MSB-en en hij ziet naast de risico's ook kansen met het ontstaan van de nieuwe organisatiemodellen. Iets kritischer heeft de Inspecteur-generaal van de IGZ, mevrouw Ronnie van Diemen, zich uitgelaten over de vorming van MSB-en in een interview met Douwe Biesma (2015). Zij vergelijkt de vorming van de MSB-en met de voorbereiding rond de Fyra-trein. Het kan in de voorbereiding allemaal kloppen, maar hiermee is niet gezegd dat het in praktijk ook allemaal gaat werken. Belangrijk voor haar is dat het noodzakelijke leiderschap van zorgverleners en van de RvB succesvol zijn.

2.5. De invoering: op zoek naar rust

Na een zeer hectische periode voor vele ziekenhuizen aan het einde van 2014 om de invoering van de integrale tarieven zo soepel mogelijk te laten verlopen zijn uiteindelijk vrijwel alle ziekenhuizen en de daar werkzame vrijgevestigde specialisten erin geslaagd om per 2015 een organisatie-model voor hun ziekenhuis op orde te hebben. Al tijdens de voorbereidende fase bleek dat meer dan 90% van de ziekenhuizen voor het z.g. samenwerkingsmodel koos en dat er maar in een enkel ziekenhuis actief werd gestuurd op het overnemen van alle specialisten in loondienst (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Uit de eerste rondvraag van de NZa bleek dat er verschillende belemmeringen bestaan voor de vrijgevestigde medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. Dit waren, o.a. de dreigende inkomensbeperking van de Wet Normering Topinkomens (WNT), onduidelijkheid over pensioenen en arbeidsongeschiktheid en fiscale nadelen. De uiteindelijke invoering heeft niet direct tot de alom gehoopte politieke rust geleid. Op 11 februari 2015 vond het eerste algemeen overleg

over dit onderwerp met minister Schippers plaats (Tweede Kamer, 2014-2015c), waarbij door verschillende politieke partijen vraagtekens bij de uitkomsten van het gehele proces werden gezet en er met name zorgen waren of de kwaliteit in deze nieuwe modellen goed geborgd zou kunnen worden.

Iets dat kort na de invoering tot veel onrust leidde was een uitspraak die de inspecteur van de Belastingdienst in Hoorn medio april zou hebben gedaan (de Ruiter, 2015), namelijk dat ook ná de invoering van de integrale tarieven medisch specialisten als zelfstandig ondernemer zouden worden gezien door de belastingdienst. Dit zou betekenen dat de oprichting van de MSB-en niet noodzakelijk zou zijn geweest. In de beantwoording van Kamervragen betreffende dit thema werd aangegeven dat met het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarbij verband houdend debiteurenrisico van de medisch specialisten de resterende risico's van te weinig importantie zijn om direct te voldoen aan de eisen van het fiscaal ondernemerschap (Tweede Kamer, 2014-2015a). In andere woorden: met het vervallen van het declaratierecht met de invoering van integrale bekostiging is er wel degelijk iets veranderd voor de vrijgevestigde medisch specialisten en de oprichting van de MSB-en is zeker niet voor niks geweest.

2.6. Conclusie

In dit hoofdstuk is systematisch aan de hand van de literatuur gekeken naar de context van de invoering van de integrale tarieven. De invoering van de integrale bekostiging is het resultaat van een langdurig politiek proces waarbij vele stakeholders betrokken zijn geweest. Hoewel deze verandering de grootste impact op de medisch specialisten heeft, is de Orde van Medisch Specialisten, als vertegenwoordiging van de medisch specialisten slechts een van de vele stakeholders. Uiteindelijk is maar een kleine groep medisch specialisten actief betrokken geweest bij de invoering van de integrale bekostiging en heeft de grote meerderheid van de specialisten het gewoon zien gebeuren.

Basis voor de nieuwe bekostigingsstructuur is het werk van de commissie Meurs (Meurs et al., 2012) en het gelijktijdig uitgebrachte SEO-onderzoek (Kok et al., 2012) geweest. Uit dit laatste onderzoek komt naar voren dat de inkomsten van Nederlandse medisch specialisten in het algemeen hoog zijn in Europa en dat er een groot verschil zit in inkomsten tussen vrijgevestigde en medisch specialisten in loondienst. Er wordt hier verder niet gekeken naar eventuele verschillen in productiviteit tussen deze twee groepen. Het advies van de commissie Meurs is de implementatie van integrale tarieven, maar wel in een dusdanige vorm dat het merendeel van de vrijgevestigde medisch specialisten hun vrije vestiging zou moeten opgeven. In het Zorgakkoord van 16 juli 2013 (Rijksoverheid, 2013) wordt uiteindelijk vastgelegd dat medisch specialisten de vrije keuze moeten houden tussen dienstverband en vrije vestiging en dat het wegvallen van het zelfstandig declaratierecht niet direct tot het wegvallen van het fiscaal ondernemerschap hoeft te leiden.

3. Ziekenhuis besturingsmodellen

In dit hoofdstuk zal er worden gekeken naar verschillende organisatie- en besturingsmodellen in ziekenhuizen. Allereerst zullen de verschillende organisatiemodellen die als onderdeel van de invoering van de integrale bekostiging zijn opgesteld worden besproken. Het gaat hierbij om het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel. Er zal tevens worden gekeken in hoeverre deze modellen zijn ingevoerd in het Nederlandse systeem en of er goede voorbeelden vanuit het buitenland zijn die aansluiten bij deze modellen. Tot slot zal er worden gekeken naar participatie van de medisch specialisten in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis.

3.1. De verschillende organisatiemodellen

Er zijn tijdens het onderhandelingsproces richting de invoering van integrale bekostiging drie verschillende organisatiemodellen opgesteld, die worden ondersteund door zowel de medisch specialisten als de NVZ en de ministeries van VWS en Financiën.

3.1.1. Het loondienstmodel

Dit is het model waarbij de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis gaan. Hierbij vallen ze hiërarchisch onder de Raad van Bestuur (RvB). In de transformatie naar integrale bekostiging hebben uiteindelijk 449 medisch specialisten in 34 ziekenhuizen de overstap van vrije vestiging naar loondienst gemaakt. In vier van deze ziekenhuizen zijn er meer dan 40 specialisten die deze overstap hebben gemaakt en binnen deze vier ziekenhuizen zijn hierdoor (vrijwel) alle medisch specialisten in loondienst gekomen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Voor enkele van deze ziekenhuizen was een fusie of overname de aanleiding voor de medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. Een uitzondering hierop is het Ziekenhuis Bernhoven; in dit ziekenhuis hebben alle medisch specialisten, op één maatschap na, de overstap gemaakt naar loondienst als opmaat naar een participatiemodel (zie ook verderop). Hierbij zullen de medisch specialisten uiteindelijk aandeelhouder worden van het ziekenhuis (Kiers, 2015b). In een recentelijk onderzoek uitgevoerd door TIAS School for Business and Society naar de eerste ervaringen met de nieuwe organisatiemodellen is in zo'n 30 ziekenhuizen gevraagd naar de overwegingen van de medisch specialisten om niet de overstap naar loondienst te maken. De belangrijkste overwegingen die hierbij naar voren kwamen waren een mogelijke inperking van hun autonomie enerzijds en verlies aan inkomen anderzijds (Koelewijn, Houwen, Hooge, Slappendel, & van der Meer, 2016). Hierbij speelt de dreiging van onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) te gaan vallen ook een belangrijke rol. Volgens de meest recente cijfers is van de ruim 20.000 medisch specialisten ongeveer 40% in loondienst van het ziekenhuis, 43% in vrije vestiging en de rest combineert het werken in loondienst met vrije vestiging. Als men de specialisten in de academische ziekenhuizen, welke allemaal in loondienst zijn, buiten

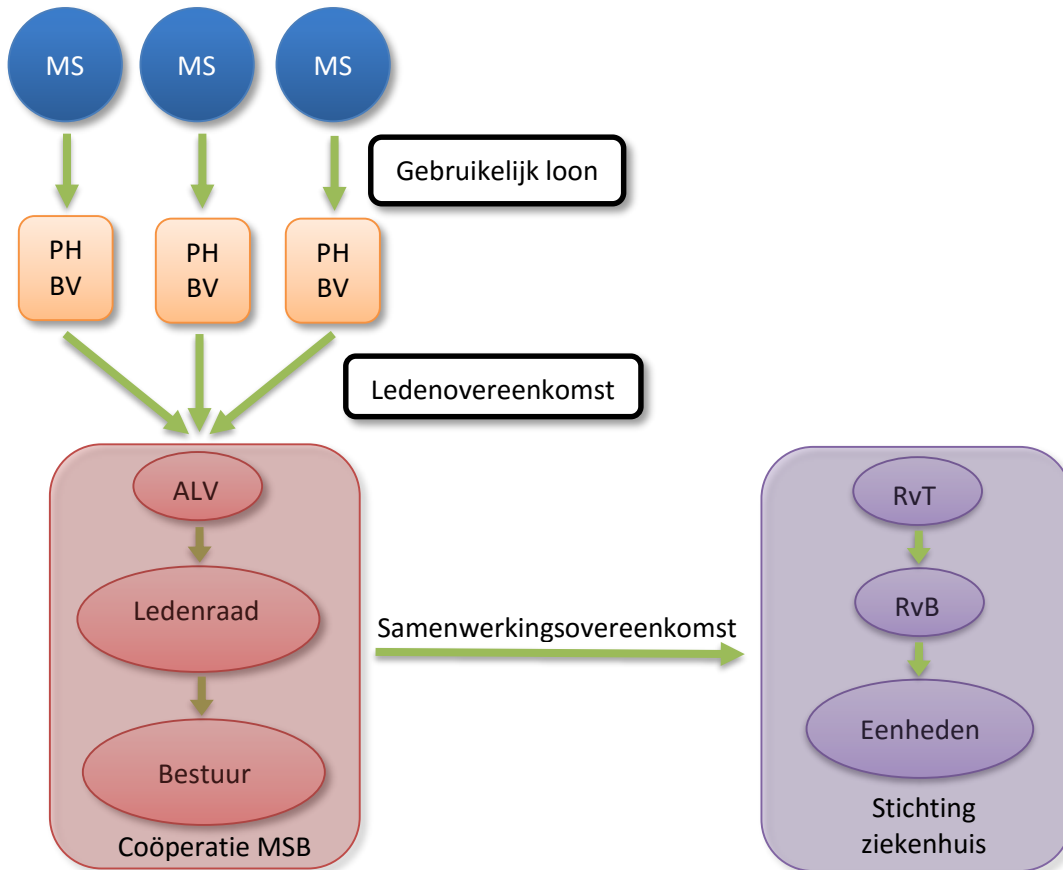
beschouwing laat, dan is nog ruim een kwart van de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis. Verder is er, met een toename van zo'n 5% sinds 2002, een kleine toename in het aandeel loondienst zichtbaar (Rabobank, 2015/2016).

Het systeem van zowel vrijgevestigde als medisch specialisten in loondienst binnen één ziekenhuis komt in niet veel andere landen voor, maar is ook niet helemaal uniek. In Europa zien we dit met name in België, waar wel gemiddeld een groter aantal specialisten in vrije vestiging is (Kok et al., 2012). Een survey onder 4.600 artsen in Amerika liet een vergelijkbare tevredenheid met hun werkomgeving zien tussen artsen in loondienst versus vrijgevestigde artsen (74 vs. 73%). Interessant was echter wel dat er een verschil werd waargenomen tussen de artsen in loondienst en die in vrije vestiging als het op de verandering van de ene vorm naar de andere vorm ging. Zo gaf 25% van de ondervraagden die veranderd was van vrije vestiging naar loondienst aan minder gelukkig te zijn, terwijl dit slechts 9% was bij diegene die waren overgestapt van loondienst naar vrije vestiging (Kane, 2014). Belangrijkste redenen die uit dit onderzoek naar voren kwamen voor artsen om in loondienst te zijn waren financiële zekerheid en minder risico, minder administratieve verplichtingen en een betere werk-vrije tijd balans. Hierbij moet wel duidelijk worden opgemerkt dat de vrije vestiging (private practice) in Amerika natuurlijk wel behoorlijk afwijkend is van de vrije vestiging in Nederland met hierbij het grote verschil dat deze vrije vestiging niet in het ziekenhuis plaatsvindt. Toch lijken veel van de door artsen in loondienst genoemde voordelen van een dienstverband, zoals regelmatige werktijden, financiële zekerheid en collegialiteit, goed toepasbaar op de Nederlandse situatie. Ditzelfde lijkt ook te gelden voor bepaalde veel genoemde nadelen, zoals het gebrek aan invloed op beslissingen, minder inkomens-potentiaal en minder autonomie.

3.1.2. Het samenwerkingsmodel

Bij de transitie naar integrale tarieven hebben de meeste ziekenhuizen voor een vorm van het samenwerkingsmodel gekozen. Binnen dit model bestaan er twee varianten: het fiscaal transparante model en het fiscaal niet-transparante model (zie Figuur 3). Bij de eerste variant verenigen de medisch specialisten zich in een grote maatschap, het z.g. Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Hiermee zijn de individuele medisch specialisten zelf belastingplichtig en genieten zij van enkele ondernemersvoordelen, zoals de zelfstandigenaftrek. Bij deze variant is het wel van belang dat er voldoende ondernemerskenmerken en risico's in het MSB worden geladen en dat er voor het afdekken van deze risico's voldoende eigen vermogen beschikbaar is. Bij de tweede variant, het fiscaal niet-transparante model, verenigen de medisch specialisten zich via hun eigen bedrijf, een z.g. 'Personal-Holding-bv', in een Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf. In deze variant zijn de individuele medisch specialisten niet zelf belastingplichtig, maar door het onderbrengen van de

bedrijfsmatige activiteit in hun PH-bv, worden die activiteiten belast volgens de vennootschapsbelasting en niet volgens de inkomstenbelasting. Wel is het zo dat alle medisch specialisten in loondienst zijn van hun PH-BV als directeur-grotaandeelhouder (DGA) en zichzelf een loon toekennen volgens de gebruikelijkloonregeling.



Figuur 3: Samenwerkingsmodel (niet transparant)

Hoewel het samenwerkingsmodel het meest gekozen model is, wordt dit door velen ook als het minst favoriete model gezien. Zo gaf minister Edith Schippers begin 2015 aan dat ze het samenwerkingsmodel het minst aantrekkelijk vindt (Tweede Kamer, 2014-2015c) en gaf ze recentelijk naar aanleiding van het eerder genoemde TIAS rapport aan dat ze het samenwerkingsmodel als een tussenstop of 'vluchtheuvel' ziet daar waar de facilitering van het participatiemodel nog onvoldoende voor elkaar is (Tweede Kamer, 2015-2016). In het TIAS-onderzoek wordt geconcludeerd dat ziekenhuisbestuurders overwegend negatief zijn over de uitkomsten van het samenwerkingsmodel. Slechts 20% zegt redelijk positief te zijn en 80% ziet de invoering van het samenwerkingsmodel als een kostbare en tijdrovende exercitie (Koelewijn et al., 2016). In tegenstelling tot de bestuurders zijn de ondervraagde medisch specialisten in dit onderzoek over het algemeen positiever en zien zij veelal een meerwaarde in de invoering van het samenwerkingsmodel. Bij de waarde van deze uitkomsten kunnen wel grote vraagtekens worden gesteld aangezien de ervaringen al zijn gevraagd kort na de invoering van de nieuwe modellen en er slechts een zeer kleine groep betrokkenen (30

bestuurders of secretarissen RvB, 12 MSB-bestuurders en enkele vertegenwoordigers RvT, Cliënten- en Ondernemingsraad) is ondervraagd. Zeker wat betreft de mening van de medisch specialisten is het lastig om algehele conclusies te trekken op basis van een dergelijke kleine groep en vooral ook omdat deze groep alleen bestaat uit actief betrokken medisch specialisten (MSB-bestuurders) die niet vanzelfsprekend de mening verkondigen van de gehele groep medisch specialisten. Er wordt verder geconcludeerd dat de betrokkenheid van de overige medisch specialisten met de nieuwe organisatiemodellen beperkt is.

Algemene conclusies met betrekking tot het samenwerkingsmodel die verder uit het TIAS-rapport naar voren kwamen waren dat op het gebied van kwaliteit en veiligheid de specialisten aan invloed hebben gewonnen, ten koste van de invloed van ziekenhuisbestuurders. Dit alles heeft nog niet tot grote problemen op gebied van kwaliteit en veiligheid geleid en hoeft ook niet per se problematisch te zijn, maar belangrijk hierbij lijkt vooral de onderlinge verhouding tussen RvB en specialisten. Waar deze verhouding van oudsher goed was lijkt ook de samenwerking binnen de nieuwe modellen goed te functioneren en op plaatsen waar de verhouding sowieso al wat minder soepel verliep is de kans groter dat hier ook problemen binnen de samenwerkingsovereenkomst zullen ontstaan. De onderzoekers waarschuwen ervoor dat met de nieuwe complexe structuren – met een RvB, RvT, MSB, Vereniging Medische Staf (VMS) en Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) – die er zijn ontstaan, er onder kritieke omstandigheden een risico voor de bestuurbaarheid en het toezicht van een ziekenhuis kan ontstaan. Een kleine groep bestuurders heeft ook aangegeven dat zij zich grote zorgen maken over de mogelijkheden om kwaliteit en veiligheid binnen hun ziekenhuis goed te kunnen waarborgen. Voor Raden van Toezicht (RvT) lijkt het vooral dat zij verder af zijn komen te staan van de medisch specialisten en hiermee van het primaire zorgproces. Dit heeft te maken met het feit dat een directe, formele relatie tussen RvT en MSB ontbreekt.

In de tweede monitor integrale bekostiging die door de NZa begin maart 2016 is uitgebracht concludeert men dat de wijziging in de samenwerking tussen de RvB en de medisch specialisten via de MSB-en de meest in het oog springende verandering is die gepaard is gegaan met de invoering van de integrale tarieven. In tegenstelling tot de conclusie van het TIAS-rapport wordt er in deze monitor geconcludeerd dat de meeste ziekenhuizen en MSB-en dit een verbetering van de onderlinge relatie vinden. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de professionaliseringsslag die de medisch specialisten hebben gemaakt met de vorming van de MSB-en, met name op het zakelijk – financieel en strategisch – gebied. Maar ook hier wordt er duidelijk gewezen op een verband met de onderlinge relatie tussen RvB en medisch specialisten vóór de invoering van de integrale tarieven (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Resultaten van deze monitor lijken echter wel wat representatiever, ten eerste omdat het onderzoek pas ongeveer een jaar na de invoering is uitgevoerd en ten tweede omdat er

een vele bredere afvaardiging van RvB (46), RvT (42) en MSB-bestuurders (48) is gevraagd. Uiteindelijk was het merendeel van de MSB-bestuurders (67 %) positief over de komst van de MSB-en, maar ook onder de ziekenhuisbestuurders was 35% positief, nog eenzelfde deel stond neutraal tegenover de wijziging en 28% van de ziekenhuisbestuurders heeft de invoering van de integrale tarieven met de bijbehorende samenwerkingsmodellen als negatief ervaren. Dit is dus substantieel minder dan de 80% die in het TIAS-rapport wordt genoemd. Onder leden van de Raden van Toezicht (RvT) ziet 55% met de overgang naar het samenwerkingsmodel een verslechtering van de aansturing. Zowel RvB als RvT geven als negatieve component van het samenwerkingsmodel aan dat er een organisatie binnen een organisatie is gecreëerd waarbij de belangen eventueel uiteen kunnen gaan lopen. Zij hebben het idee dat de vrijgevestigde specialisten op meer afstand van het ziekenhuis zijn komen te staan. Een gemis in de monitor is dat er niet gevraagd is naar de mening van de medisch specialisten die niet actief betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de nieuwe organisatiemodellen, terwijl dit natuurlijk wel de grootste groep is. Zowel bestuurders van ziekenhuizen als die van de MSB-en geven aan dat ze geen effecten op de patiëntenzorg ten gevolge van de nieuwe organisatiemodellen hebben waargenomen. Dit is natuurlijk positief omdat hiermee aangegeven wordt dat de patiëntenzorg niet te lijden heeft gehad onder deze grote wijziging. Wellicht is het echter één jaar na invoering van deze wijziging te snel om eventuele gevolgen, zowel positief als negatief, op de directe patiëntenzorg waar te nemen. Verder zijn mogelijkserwijs de bestuurders niet de aangewezen personen om een dergelijke verandering op te merken en zou men deze vraag aan de betrokkenen in het primaire zorgproces of de patiënt zelf dit moeten vragen. Dit is iets dat nog verder opgevolgd dient te worden.

De volgende positieve gevolgen van het samenwerkingsmodel werden genoemd door de respondenten van de NZa enquête. Betere betrokkenheid van de specialisten bij ziekenhuisbeleid op het gebied van strategie, bedrijfsvoering en kwaliteitsbeleid. De komst van de MSB-en heeft in veel ziekenhuizen tot een ontschotting tussen de verschillende maatschappen en vakgroepen geleid en er wordt vanuit de medisch specialisten nu meer collectief en multidisciplinair opgetreden. Werving en selectie van nieuwe specialisten gebeurt professioneler en formeler en MSB-en vormen een eigen HR-beleid. De goodwill wordt vaker collectief geregeld en hiermee is meer mogelijkheid voor een in- en uitverdienregeling dan voorheen. In samenspraak met het ziekenhuis is er voor de MSB-en toemende ruimte voor een duidelijke portfoliokeuze dan voorheen en kunnen specialisten van het ene specialisme makkelijker worden vervangen door een specialist van een ander specialisme. Tot slot is er een algemene trend zichtbaar dat de MSB-en meer risico's, onder andere door financiële investeringen of meebewegen met de omzet of het resultaat van het ziekenhuis, gaan nemen. Dit leidt tot toegenomen stimulans om de kwaliteit van de zorg op peil te houden of te verbeteren. Op de lange duur is de verwachting dat deze financiële prikkels tot meer zelfreinigend vermogen binnen

de specialisten groep leidt en dat specialisten elkaar; ook specialisme overstijgend, zullen gaan aanspreken op hun bijdrage aan bijvoorbeeld kwaliteit en veiligheid. Deze positieve gevolgen zijn echter nog lang niet in alle ziekenhuizen even goed van de grond gekomen en een van de aandachtspunten die door de NZa wordt meegegeven in hun rapport is dat de individuele ziekenhuizen en MSB-en aan de slag moeten om deze ontwikkelingen in hun eigen praktijk goed tot stand te brengen.

Een potentieel risico dat wordt genoemd is de verminderde invloed van de RvB op de individuele medisch specialist. Dit risico lijkt op zich mee te vallen aangezien er via de overeenkomst met het MSB over het algemeen is vastgelegd dat de medisch specialisten conform kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen werken en dat de RvB de individuele medisch specialist aanwijzingen kan geven en in het uiterste geval de toegang tot het ziekenhuis kan ontzeggen. Verder liggen in de overeenkomst tussen ziekenhuis en MSB ook de afspraken omtrent juiste declaratie en registratie vast en is er overeen gekomen wat te doen bij een eventuele terugbetaling in het kader van onjuiste declaratie of bij overschrijding van het macrobeheersplafond. Op termijn is het ook mogelijk dat MSB-en zelf een WTZi-toelating gaan aanvragen en hiermee direct bij zorgverzekeraar of patiënt kunnen gaan declareren. Hiermee zouden ze een concurrent van het ziekenhuis worden. Vooralsnog zijn hier nog geen voorbeelden van gezien. Met betrekking tot de vergoeding aan de medisch specialisten is een potentieel risico van de nieuwe organisatiestructuur dat er een andere verdeling van de honorarium- en instellingskosten gaat ontstaan. Tot en met 2014 was ongeveer 18% van de totale kosten gereserveerd voor honoraria. Het zou kunnen voorkomen dat de medisch specialisten in de toekomst een groter deel van de omzet gaan claimen ten koste van het ziekenhuisbudget, het z.g. “verdringings-effect”. Hoewel nog moeilijk in te schatten op dit moment lijkt hier nog niet direct sprake van te zijn en lijkt een groot deel van de ziekenhuizen vooralsnog het honorariumplafond van 2014 als basis voor de vergoeding van de medisch specialisten in 2015 te hebben gebruikt. Op termijn is dit echter geen houdbare situatie en zullen er nieuwe methoden van afrekenen met het MSB bedacht moeten worden. Hierbij is het op dit moment nog moeilijk in te schatten of het bovenstaande verdringings-effect gaat optreden of dat juist de ziekenhuizen meer macht krijgen in de onderhandeling met de medisch specialisten en hiermee het honorariumdeel relatief naar beneden krijgen. Dit zal in de komende jaren duidelijker worden, al zal het door het integrale tarief niet altijd even duidelijk meer zijn welk deel van de ziekenhuiskosten honoraria zijn, in het bijzonder aangezien MSB-en bepaalde kosten van het ziekenhuis, zoals dat van ondersteunend personeel, hebben overgenomen. Met de invoering van de integrale tarieven is de overheid dus een manier van monitoren, maar ook van bijsturen, van de medisch specialisten honoraria verloren.

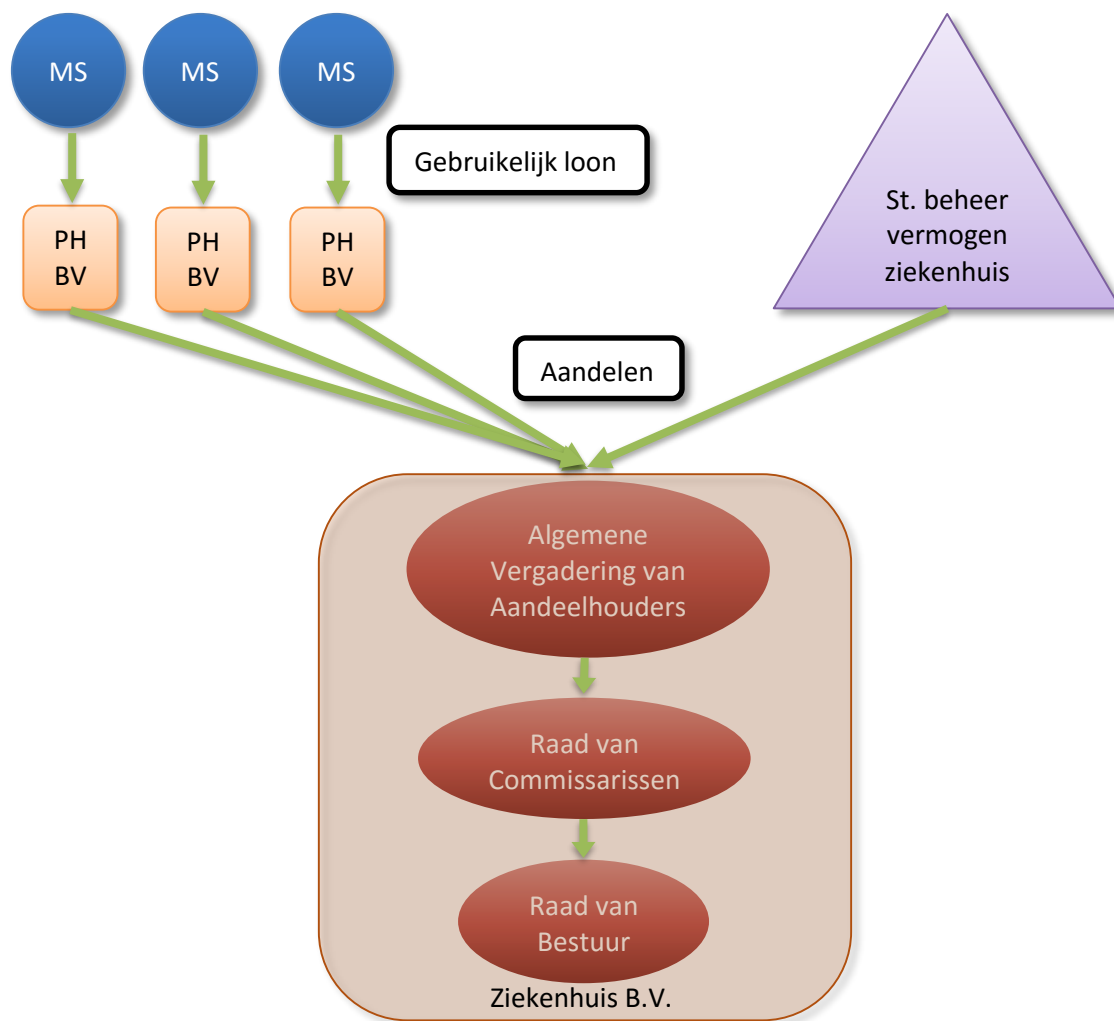
Het belang van de media is niet te onderschatten voor het succes of falen van het samenwerkingsmodel. Het afgelopen jaar is er veel wisselende, maar met name negatieve, berichtgeving rond de

MSB-en geweest. Een goed voorbeeld hiervan is hoe de berichtgeving rond de bovengenoemde NZa monitor plaats heeft gevonden. De NZa kondigt dit rapport in hun eigen persbericht aan met de titel: *“Geef ziekenhuizen en medisch specialisten tijd om samenwerking verder vorm te geven”* (<https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-geef-ziekenhuizen-en-medisch-specialisten-tijd-om-samenwerking-verder-vorm-te-geven/>). Hoewel de Federatie Medisch Specialisten hier nog een positievere draai aangeeft met de kop: *“NZa ziet veel voordelen van MSB’s”* (<http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/nza-ziet-veel-voordelen-van-msb%E2%80%99s>), kopt Zorgvisie, een veel gelezen blad onder bestuurders van ziekenhuizen, *“NZa wil toezicht op MSB’s intensiveren”* (<http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2016/3/NZa-wil-toezicht-op-MSBs-intensiveren/>). Interessant genoeg wordt er in de gehele monitor van de NZa nergens over toezicht op de MSB-en gesproken en staat er alleen te lezen dat de NZa de komende jaren de ontwikkelingen zal blijven volgen. Deze kop en de verdere inhoud van dit artikel passen naadloos in de algehele berichtgeving van Zorgvisie omtrent de integrale bekostiging en de MSB-en. Alleen al in de periode december 2015 tot en met begin februari 2016 zijn een tiental negatief getinte berichten rondom de MSB-en en het samenwerkingsmodel gepubliceerd.

3.1.3. Het participatiemodel

Binnen dit model participeren specialisten in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn en worden hiermee aandeelhouder of mede-eigenaar (zie Figuur 4). Ondanks de voorkeur van de minister voor dit model heeft op dit moment nog geen enkel ziekenhuis dit model ingevoerd. Er is wel een aantal ziekenhuizen die serieus naar dit model hebben gekeken als optie, maar allen zijn tot de conclusie gekomen dat een dergelijk model op dit moment nog niet haalbaar is. De grootste belemmering voor medisch specialisten om op dit moment voor een dergelijk model te kiezen is de onduidelijkheid die er heerst met betrekking tot de wettelijke kaders. Meer specifiek gaat het hierbij om het wetsvoorstel “Vergroten Investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg”, beter bekend als de “Wet Winstuitkering in de zorg” en de onduidelijkheid die er heerst over de toekomst van de “Wet Normering Topinkomens” (WNT). Verder zijn er nog veel vragen rond de fiscale wetgeving en blijft er veel onduidelijkheid omtrent bepaalde praktische zaken, zoals de financiële waardering van een ziekenhuis, het onderbrengen van de goodwill en de mening van de publieke opinie rond het feit dat medisch specialisten mede-eigenaren van een ziekenhuis zouden worden. Voor veel ziekenhuizen is dit model op de lange baan geschoven, maar blijft het wel een stip op de horizon.

Voor een echte kans van slagen van het participatiemodel is het dus van belang dat de politiek de onzekerheid die er heerst omtrent de eerdergenoemde Wet Winstuitkering in de zorg weet weg te nemen. Het wetsvoorstel dat al ruim vier jaar geleden voor het eerst werd ingediend, zou ziekenhuizen de mogelijkheid geven om winst uit te keren en om hiermee, net als gewone ondernemingen,



Figuur 4: Participatiemodel

extern kapitaal aan te trekken. Zolang deze wet nog niet is aangenomen blijft het onduidelijk of het voor de investerende medisch specialist in het participatiemodel ook mogelijk is om een bepaald winstdeel te bemachtigen. Dit wetsvoorstel dat juli 2015 door de tweede kamer werd aangenomen stuitte op grote bezwaren in de senaat, met name op het punt dat regelt dat voor vastgoedtransacties de zorginstellingen altijd toestemming moeten vragen aan de NZa.

Hoewel dus nog niet bestaand in Nederland zijn er in het buitenland wel voorbeelden te vinden van ziekenhuizen waar de dokters (mede-)eigenaar van het ziekenhuis zijn. In Amerika kent men meer dan 250 z.g. *Physician Owned Hospitals (POHs)* (Turner, 2015). In een recente studie van Blumenthal et al. (2015) zijn 219 van deze POHs in Amerika vergeleken met 1967 non-POHs. Hoewel er zich in vergelijking meer specialistische ziekenhuizen – vergelijkbaar met Zelfstandige Behandel Centra (ZBC) in Nederland – onder de POHs bevonden dan onder de non-POHs, betrof het bij 120 van de POHs een algemeen ziekenhuis. Belangrijk is wel het verschil in financiering met het Nederlandse systeem. Alle POHs opereerden met een winstootmerk terwijl dit voor de non-POHs maar voor een zeer klein deel (14,2%) het geval was. De belangrijkste conclusie was dat de POHs op het gebied van patiëntervaring,

kwaliteit van zorg en kosten niet onderdeden voor de non-POHs en op bepaalde kwaliteitskenmerken zelfs beter scoorden, al was dit verschil niet-significant. Verder bleek de gemiddelde ligduur in de POHs significant lager te zijn dan in de non-POHs, wat erop zou kunnen wijzen dat er in ziekenhuizen waar de dokters (mede-)eigenaar zijn efficiënter wordt gewerkt. In 2012 scoorde de Amerikaanse nationale zorgverzekering Medicare meer dan 3000 ziekenhuizen in Amerika op 12 indicatoren van patiëntenzorg, patiënttevredenheid en heropnames. Op basis van deze score werden de betalingen aan de ziekenhuizen verhoogd of verlaagd. In de top 10 van deze ranglijst stonden maar liefst 9 ziekenhuizen waar medisch specialisten (mede-)eigenaar van zijn (American Medical Association, 2013).

3.2. Participatie binnen MSB: de participerende medisch specialist

Het participatiemodel zoals hierboven beschreven gaat sterk van financiële participatie en (mede-)eigenaarschap uit. Gezien de vele onzekerheden die er aan dit model kleven is het de vraag of een dergelijk model in zijn volle vorm op korte termijn in een Nederlands ziekenhuis ingevoerd zal gaan worden. Gesprekken met de Federatie Medisch Specialististen laten zien dat er op dit moment een handvol ziekenhuizen concreet bezig is met de ontwikkeling van een participatiemodel, maar dat dit nog nergens een echt concreet stadium heeft bereikt. Participatie van medisch specialisten binnen het ziekenhuis kan echter ook op andere niveaus – zoals operationeel, tactisch en strategisch – worden bereikt en dus ook binnen het MSB. Recentelijk heeft de federatie een korte enquête uitgevoerd onder MSB-bestuurders, waaraan zo'n 50 MSB-en uiteindelijk hebben deelgenomen. Hieruit bleek dat op dit moment al ruim een kwart van de MSB-en op operationeel gebied participeert door bijvoorbeeld het vervullen van de rol van unithoofd door een medisch specialist. Vanuit bijna 60% van de MSB-en worden medisch specialisten 'geleverd' als medisch managers en op strategisch gebied is bijna driekwart van de MSB-en formeel betrokken bij de strategische besluitvorming door de RvB. Hiernaast leveren twee derde van de MSB-besturen minimaal één lid van het stafbestuur en in 16% van de ziekenhuizen wordt er door het MSB een co-bestuurder 'geleverd' aan de RvB.

Ook op financieel gebied wordt er binnen de MSB-en al geparticipeerd. Dit is bijvoorbeeld door de omzet van het MSB te koppelen aan het ziekenhuisresultaat (in 64% van de ondervraagde MSB-en het geval), door een link te leggen tussen de omzet van het MSB met resultaten van resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE's) (21%) of door financiële middelen te lenen aan, of gezamenlijk te investeren met, het ziekenhuis (16%). Zo zijn er enkele MSB-en die samen met het ziekenhuis een zorg-bv exploiteren. Dit concept is trouwens geenszins nieuw. Zo heeft Isala klinieken er al in 2007 voor gekozen om bepaalde bedrijfsonderdelen onder te brengen in aparte zorg-bv's (Ottervanger, Fehse, Hilbers, & Sijmons, 2008). Deze zorg-bv's zijn eigendom van de medisch specialisten en een specialist fungeert als medisch-directeur. De specialisten bezitten 100 procent van de aandelen (franchise) of

een klein minderheidsaandeel (49 procent), terwijl het ziekenhuis de overige aandelen bezit (joint-venture). Om de kwaliteit van deze zorg-bv's te borgen is er een commissie van stafleden die ervoor moet waken dat er geen concessies worden gedaan op het gebied van kwaliteit. Zo moeten bijvoorbeeld alle specialisten die werken binnen de zorg-bv lid zijn van de medische staf van het ziekenhuis. De zorg geleverd vanuit de zorg-bv wordt verleend onder de WTZi-toelating van het ziekenhuis.

De eerste van dergelijke zorg-bv's die binnen Isala klinieken werd opgezet was er een waar de volledige dermatologische zorg in werd ondergebracht. De dermatologen zijn voor 49% aandeelhouder en het ziekenhuis voor 51% en hoewel het ziekenhuis hiermee formeel doorzettingsmacht heeft is de bestuurlijke verantwoordelijkheid via de aandeelhoudersovereenkomst aan de dermatologen toegekend. Vijf jaar na de start van deze zorg-bv is het nog steeds een succes (Kuiters, 2011). Zowel op het gebied van de financiën, de geleverde zorg en de samenwerking van dokters en andere medewerkers. Uiteindelijk is het zelfs mogelijk gebleken om uit eigen financiële middelen een behandelvleugel te verbouwen. De dermatologen die binnen deze constructie werkzaam zijn geven aan dat zij de grootste meerwaarde hiervan de zeggenschap vinden, nog meer dan de eventuele extra verdiensten (echte winstuitkering is nog steeds niet mogelijk). Voor de RvB zit de grootste meerwaarde in de gelijkgerichte belangen. De meerwaarde ten opzichte van een ZBC is dat er betere samenhang en afstemming met andere vakgebieden mogelijk is. Met de almaar machtiger wordende zorgverzekeraar is een goede strategische partner – het ziekenhuis – essentieel. Ondanks deze successen is dit voorbeeld toch nog weinig opgevolgd. Onduidelijk is wat hier de exacte reden voor is, maar volgens Kuiters (2011), directeur van het Dermatologisch Centrum Isala, komt dit met name omdat er onder bestuurders in de zorg alsmede bij VWS grote huiver bestaat om de (financiële) zeggenschap met specialisten te delen. Een voorbeeld van een Zelfstandige Behandelcentrum waarbij specialisten volledig eigenaar zijn, maar wat desondanks een zeer nauwe samenwerking met het ziekenhuis heeft is het Instituut voor Slaapgeneeskunde in Woerden.

3.3. Conclusie

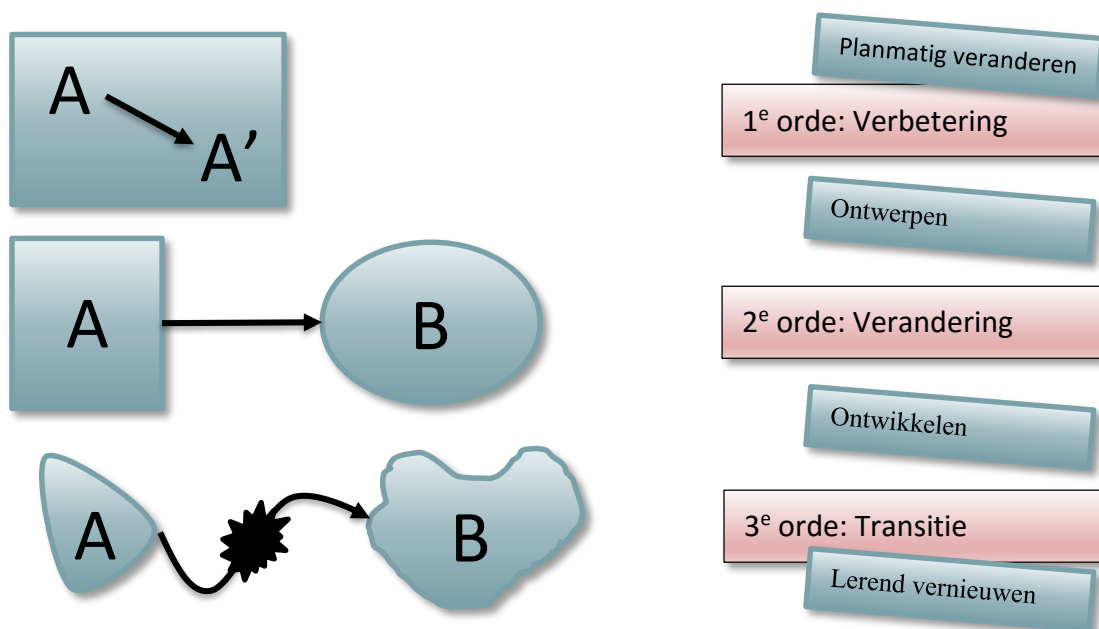
De invoering van de integrale tarieven heeft uiteindelijk geresulteerd in de volgende drie mogelijke organisatiemodellen: het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel – zowel fiscaal transparant als fiscaal niet-transparant – en het participatiemodel. Uiteindelijk heeft het grootste deel van de ziekenhuizen gekozen voor een samenwerkingsmodel, door de politiek veelal geduid als het minst aantrekkelijke model (Tweede Kamer, 2014-2015c, 2015-2016). In het algemeen lijkt er weinig bekend over verschillende besturingsmodellen van ziekenhuizen en zijn er maar relatief weinig goede onderzoeken rondom dit onderwerp bekend. Dit rechtvaardigt het idee om met betrekking tot dit onderwerp een exploratief onderzoek te doen.

4. Het theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal worden gekeken naar het theoretisch kader. Aangezien de invoering van de integrale bekostiging met de bijbehorende organisatiemodellen een majeure verandering is voor de medisch specialistische zorg wordt er in dit hoofdstuk allereerst gekeken naar dit proces vanuit een veranderkundig oogpunt. Hierna zal er door middel van verschillende theoretische modellen gekeken worden naar de positie en rol van professionals binnen organisaties. Allereerst wordt er gekeken naar de organisatie, en meer specifiek het ziekenhuis als geheel, met hierin de positie van de professionals. Hierna is er aandacht voor de zogenaamde *negotiated order*, of te wel de onderhandelingsorde binnen organisaties en tussen professionals. Dit zal worden gedaan door middel van de 'wie', 'hoe' en 'wat' van de onderhandeling van de medisch specialisten. Tot slot wordt er gekeken naar het theoretisch kader van de besluitvorming binnen organisaties en zal er meer specifiek worden gekeken hoe dit in het proces van de invoering van de integrale tarieven plaats heeft gevonden.

4.1. Verandermanagement: van A naar B

De zorg in het algemeen en de medisch specialistische zorg in het bijzonder is permanent onderhevig aan veranderprocessen. De integrale bekostiging is echter een van de grotere veranderingen die er de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden en deze stelselwijziging heeft veel onrust teweeggebracht. In deze paragraaf zal worden ingegaan op de theoretische achtergrond vanuit de veranderkunde.



Figuur 5: Niveaus van veranderen. Bewerkt van Boonstra (2010) en de Witte en Jonker (2014)

Een eerste-ordevraagstuk is vooral gericht op een *verbetering* van de bestaande systemen. De veranderbreedte en -diepte zijn beide niet groot en de verandering vindt plaats op structuurniveau en op het niveau van de individu of team. Vaak wordt er een veranderstrategie toegepast die al veelvuldig is gehanteerd binnen een organisatie. De tijdsspanne van een dergelijk veranderproces ligt gemiddeld tussen de drie en zes maanden. Zowel de huidige (A) als de toekomstige situatie (B) is bekend en men zou zelfs kunnen stellen dat men niet van A naar B gaat, maar van A naar een betere A, of A' (de Witte & Jonker, 2014).

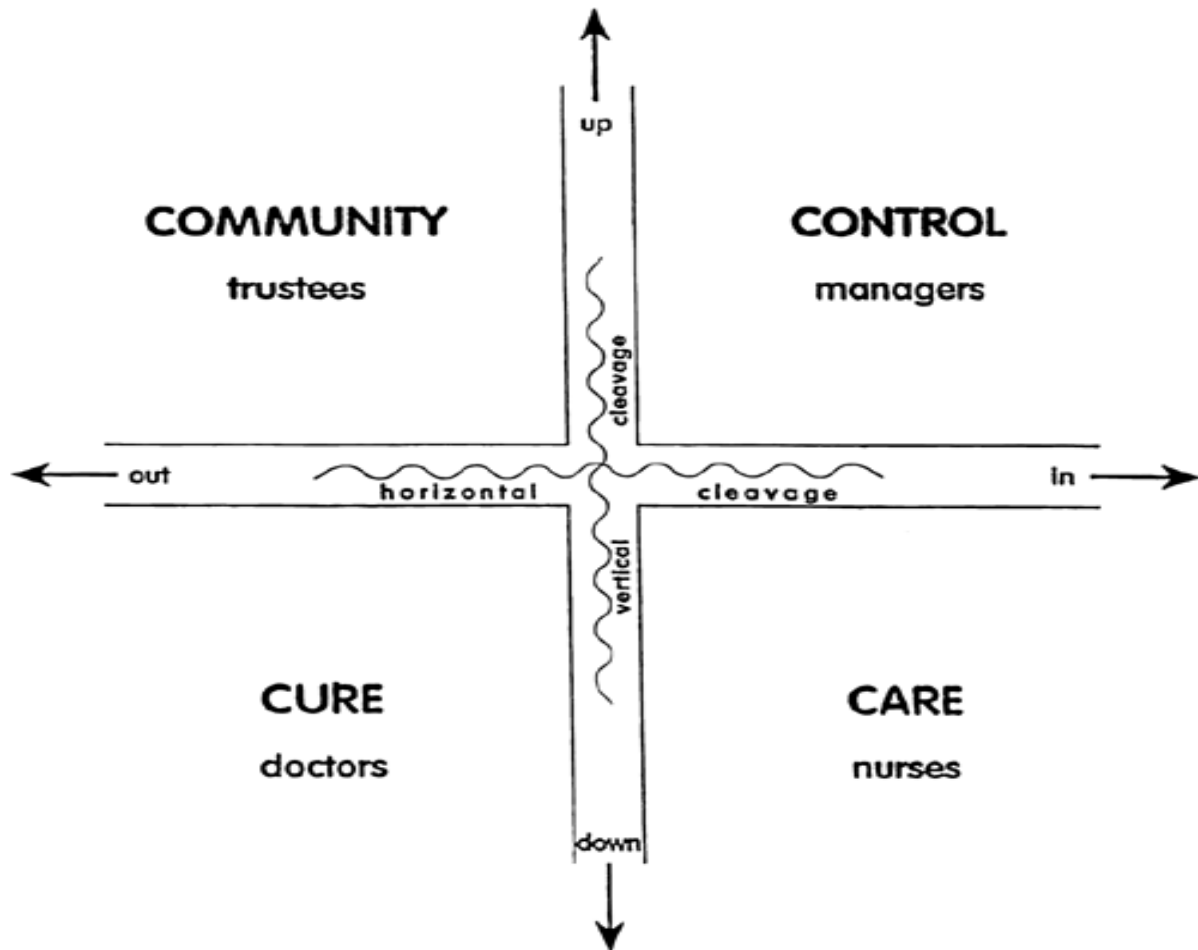
Bij een tweede-ordevraagstuk gaat het om een *verandering* binnen de organisatie en hier spreekt men dus ook wel van een transformatie. Hierbij past het organisatieparadigma niet meer bij de huidige organisatie en moet er dus een nieuw organisatiemodel ontwikkeld worden. De veranderbreedte en -diepte zijn groter dan bij een eerste-ordevraagstuk en meestal is de gehele organisatie en meerdere (groepen) medewerkers betrokken bij het veranderproces. Dergelijke processen duren vaak één tot soms wel vijf jaar. Veranderkundig gaat men van de huidige situatie A naar een nog onbekende nieuwe situatie B.

Een derde-ordevraagstuk heeft betrekking op een systeemverandering of transitie. Hierbij gaat het niet alleen om losse organisaties die veranderen, maar om het systeem om de organisaties heen dat verandert. Er is sprake van een fundamentele herziening van de manier van organiseren. Dergelijke verandervraagstukken overstijgen het organisatieniveau, zijn zowel breed als diep en duren vaak vijf jaar of meer. Men gaat nog altijd van A naar B, maar hierbij staat A noch B vast en wordt er op een ontdekkende en ontwikkelende manier van A naar B gegaan.

Hoewel het een zeer complex proces is kan de invoering van integrale bekostiging in veranderkundig opzicht als een tweede-ordevraagstuk gezien worden. Hoewel door centrale beleidsvorming geïnitieerd vindt het daadwerkelijke veranderproces plaats op organisatieniveau. Hierbij is géén sprake van een complete systeemverandering maar een transformatie op organisatieniveau waarbij een nieuw organisatiemodel wordt ontwikkelend. Dit nieuwe organisatiemodel is echter wel een voortbouwen op of verandering van het bestaande model. De tijdsduur waarbinnen deze transformatie plaats kan vinden past ook binnen de tijdspanne van een tweede-ordevraagstuk. De verwachting is dat het hele proces naar de nieuwe organisatiemodellen binnen vijf jaar afgerond kan zijn. Belangrijk in deze tweede-orde verandering is wel dat dit binnen professionele organisaties met verschillende professionals plaatsvindt en belangrijk is dus ook om te kijken hoe besluiten binnen deze organisaties worden genomen. Hierover zal verderop meer worden geschreven.

4.2. Professionals binnen een organisatie

In dit gehele traject van invoering van een nieuw bekostigingssysteem en nieuwe organisatie-modellen speelt met name de rol van de specialist binnen zijn² organisatie een belangrijke rol. Glouberman en Mintzberg (2001) beschreven het ziekenhuis niet als één homogeen proces, maar als vier verschillende werelden die alle zeer verschillend zijn (zie Figuur 6).



Figuur 6: De vier werelden binnen het ziekenhuis Herdrukt van Glouberman en Mintzberg (2001)

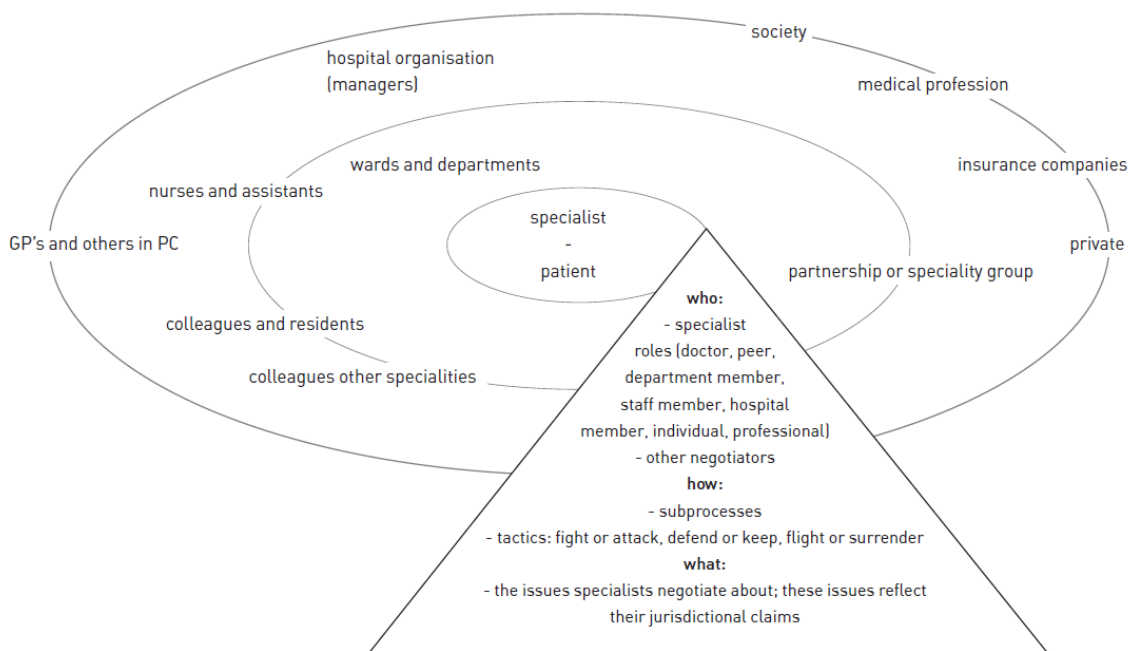
De wereld van Cure (de dokters) welke naar *beneden* oriënteren naar de operationele zorg, maar ook naar *buiten*, aangezien de dokters niet 'onder' de ziekenhuis hiërarchie vallen. De wereld van Cure wordt ondersteund door de wereld van Care (verpleegkundigen), welke rechtsonder in de figuur terug te vinden is. Ook deze groep oriënteert zich naar *beneden* richting de patiëntenzorg, maar ook naar *binnen* aangezien ze (hiërarchisch) onderdeel uitmaken van de organisatie. Rechtsboven in het figuur staat de wereld van Controle (managers en administratie). Zij oriënteren zich ook duidelijk naar *binnen* aangezien zij ogenschijnlijk verantwoordelijk zijn voor de gehele organisatie, maar ook naar *boven* omdat ze niet betrokken zijn bij de directe patiëntenzorg. Tot slot is er nog de wereld van

² Waar "hij" of "zijn" geschreven staat in deze thesis kan ook "zij" of "haar" gelezen worden.

de gemeenschap (eigenaren, raad van toezicht). Deze laatste zijn niet direct betrokken bij de operationele zorg (*boven*) noch behoren zij direct tot de organisatie (*buiten*). Dit betekent dat een ziekenhuis niet één organisatie als dusdanig is, maar vier verschillende organisaties met ieder een eigen structuur. Er is het risico op het ontstaan van twee belangrijke scheidslijnen binnen een ziekenhuis. Een horizontale scheidslijn die de personen binnen de organisatie scheidt tussen diegene die zich met de directe patiëntenzorg bezighouden en diegene die dat niet doen en een verticale scheidslijn die een scheiding aanbrengt tussen de personen die direct onderdeel van de organisatie uitmaken en diegenen die dat niet doen. Dit model van Glouberman en Mintzberg geeft een simpel schematisch beeld van de ziekenhuisorganisatie dat toch recht doet aan de complexiteit van een dergelijke organisatie. Medisch specialisten die zich met managementtaken bezighouden zouden dus een goede verbinding kunnen vormen over de horizontale scheidslijn heen.

4.2.1. Negotiated order

Waar Glouberman en Mintzberg (2001) hun theorie richten op de organisatie als geheel met hierin de professionals, benadrukt Strauss (geciteerd in Kruijthof, 2005) het belang van de onderhandeling tussen de verschillende relaties binnen een organisatie. Onderhandeling is een van de manieren om bepaalde zaken gedaan te krijgen. De sociale volgorde die voortkomt uit een dergelijke onderhandeling noemt met ook wel de onderhandelingsorde of zoals door Strauss genoemd, *negotiated order*. Van belang bij een onderhandeling is het evenwicht tussen autonomie en onderlinge afhankelijkheid (van Oorschot et al., 1995). In deze paragraaf zal in meer detail worden gekeken naar het 'wie', 'hoe' en 'wat' die de onderhandelingsorde van de medisch specialisten bepalen. Hierbij zal als basis Figuur 7 dienen welke is ontleend aan van Oorschot et al. (1995) en bewerkt door Kruijthof (2005)



Figuur 7: de onderhandelingscontext van het medisch specialistisch werk. Herdrukt van Kruijthof (2005)

Wie: onderhandelaars

De specialist – patiënt verhouding is waar het om draait en dit is ook de reden waarom dit middenin het figuur is geplaatst. Naast de verhouding met de patiënt hebben medisch specialisten ook relaties met vele andere partijen en personen om hen heen. Deze zijn in de ‘schillen’ om het centrum heen zichtbaar. Kruijthof (2005) beschrijft de volgende zeven rollen die medisch specialisten kunnen aannemen in hun relatie met andere partijen en personen. Deze rollen kunnen worden onderverdeeld in vijf werk gerelateerde rollen: (1) De rol van *dokter* als ze met patiëntenzorg bezig zijn, (2) de rol van *collega* waarbij ze samenwerken met collega specialisten binnen hetzelfde vakgebied, (3) in de rol van *afdelingslid* werken ze samen met collega’s van dezelfde afdeling, zoals bijvoorbeeld assistenten, verpleegkundigen of laboranten en ook kunnen ze de belangen van een afdeling representeren, medisch specialisten als maatschaps- of vakgroeplid vallen ook onder deze rol, (4) de rol van *staflid* van bijvoorbeeld een Vereniging Medische Staf (VMS) of MSB waar alle (vrijgevestigde) medisch specialisten binnen het ziekenhuis bij aangesloten zijn en (5) als onderdeel van het ziekenhuis de rol van *ziekenhuislid*. Hiernaast zijn er ook nog twee meer extern-gerelateerde rollen: (6) de rol van *individu* van waaruit ze bijvoorbeeld op hun werktijden letten en (7) de rol als *professional* van waaruit bepaalde beroepsbelangen, zoals bijvoorbeeld het landelijk kwaliteitsbeleid, worden behartigd. Een aanvullende rol die hier eventueel nog aan toegevoegd zou kunnen worden is de rol als *ondernemer*. Om aan de voorwaarden van de vrije vestiging te blijven voldoen zal er steeds meer ondernemerschap vanuit de medisch specialisten worden gevraagd. Vanuit deze verschillende rollen onderhandelen de specialisten permanent met verschillende partijen en groepen. In het proces van de invoering van de integrale tarieven is met name de vierde rol van belang. Hierbij heeft namelijk een kleine groep van afgevaardigden van de medisch staf, namens de medisch staf, met de managers en bestuurders van het ziekenhuis onderhandeld. Om de positie van het MSB te bewaken zal dit ook na de implementatie iets zijn dat permanent doorgang zal vinden.

Hoe: onderhandeling

Strauss beschreef verschillende vormen van onderhandeling: dwangmatig of coöperatief en expliciet of impliciet, waarbij de laatste tot stilzwijgende overeenkomsten of afspraken leidt. Verder zijn er verschillende tactieken in de onderhandeling, zijnde ‘vechten of aanvallen’ waarbij men de belangen verdedigt bij een aanval of uitbreidt bij tegenstand, ‘verdedigen of behouden’ wat vooral is gericht op beschermen en op het voorkómen van schade en tot slot ‘vluchten of opgeven’ waarbij het niet langer nodig is om in actie te komen. De onderhandeling zoals die heeft plaatsgevonden richting de invoering van de integrale bekostiging en de bijbehorende organisatiemodellen lijken over het algemeen coöperatief en expliciet te zijn verlopen. Vanuit de medisch specialisten lijkt de onderhandelingstactiek vooral er een van *verdedigen of behouden* te zijn geweest, waarbij het beoogde

resultaat er vooral op gericht was om bepaalde verworvenheden, zoals de vrije vestiging met bijbehorende fiscale voordelen en honorariumkader te beschermen. Vanuit de kant van de ziekenhuizen is er af en toe iets meer een tactiek van *vechten of aanvallen* geweest om de belangen van het ziekenhuis te verdedigen en waar mogelijk wellicht meer winst te behalen.

Wat: aanspraken op zeggenschap

Vaak zal het niet precies duidelijk zijn wat de belangen bij de onderhandelingen van specialisten zijn, maar zal een vorm van zeggenschap over het ziekenhuisbeleid onderliggend zijn aan de onderhandeling (Kruijthof, 2005). Hoewel zeggenschap natuurlijk wel een rol speelt in de nieuwe organisatie-modellen, lijkt de nadruk in de modellen en in de veranderingen in het algemeen meer op gelijkgerichtheid te liggen. Het model waarbij het meeste zeggenschap voor de medisch specialisten wordt behaald is het participatiemodel en dit is dus ook meteen het model waarvoor het minste is gekozen.

4.2.2. Besluitvorming

De basis van de theorie rond de besluitvorming onder professionals in organisaties wordt gevormd door de modellen van Hardy, Langley, Mintzberg, en Rose (1983) en bijbehorend onderstaand schema (Figuur 8). In professionele organisaties, zoals ziekenhuizen, zijn er bepaalde beslissingen waarbij een interactie van verschillende belanghebbenden (managers en professionals) noodzakelijk is, maar zijn er ook veel belangrijke beslissingen die direct onder de controle van de individuele professional, lees medisch specialist, vallen. Hieronder zullen bepaalde elementen vanuit onderstaand diagram verder worden verklaard en toegepast op het onderwerp van deze thesis.

Beslissingen van professionals

Het *professioneel oordeel* is een belangrijk onderdeel van professionele organisaties, zoals een ziekenhuis. Hierbij wordt het elementaire doel van de organisatie – het leveren van patiëntenzorg – overgelaten aan het oordeel van de professionals, of te wel de medisch specialisten. Een beperking van deze macht is echter dat de professionals alleen zelf mogen beslissen omdat ze in de ogen van hun vakgenoten geloofwaardig zijn geworden door hun jarenlange opleiding. Hierbij wordt de individuele vrijheid dus professionele controle.

Beslissingen door administratief fiat

De mogelijkheid van centrale managers en bestuurders om professionals binnen hun organisatie direct aan te sturen beperkt zich door de autonomie van de professionals. Er zijn echter wel aangelegenheden, zoals financiële beslissingen, de controle over andere medewerkers binnen de organisatie en het selecteren van procedures, werk- en stuurgroepen, welke wel onder het centrale gezag vallen. Ook kunnen managers meer macht naar zich toe trekken ten tijde van acute situaties of crisis om sneller knopen te kunnen doorhakken.



Figuur 8: Beslissingen binnen professionele organisatie. Herdruckt van Mintzberg, Lampel, en Ahlstrand (2009)

Beslissingen door collectieve keuze

Tussen de beslissingen door professionals en die door administratief fiat zitten de beslissingen die worden genomen in een interactief proces waarin verschillende professionals en managers aan meedoen. Dergelijke collectieve beslissingen worden genomen op basis van vier verschillende modellen die ook zichtbaar zijn in de diagram: (1) een *collegiaal model* waarbij er sprake is van gedeelde belangen; (2) een *politiek model* wat met name gebaseerd is op eigenbelang; (3) een *vuilnisbakmodel* gebaseerd op desinteresse en (4) een *analytisch model* wat ook gebaseerd is op eigenbelang waarbij eigen strategische kandidaten naar voren worden geschoven (Mintzberg et al., 2009). De beslissingen omtrent de invoering van de integrale tarieven met de bijbehorende nieuwe organisatiemodellen zijn ideaaltypisch beslissingen die door collectieve keuze tot stand zijn gekomen.

Mintzberg et al. (2009) schreven al dat professionele organisaties in het algemeen worden gekenmerkt door een opmerkelijke mate van stabiliteit. In de operationele uitvoering achtten zij de organisaties juist uitermate veranderlijk: *“de organisatie verandert dus nooit, terwijl de operationele strategieën nooit stoppen met veranderen”*. Dit gaat zeker op voor ziekenhuizen, waarbij je ziet dat grote wijzigingen in beleid en strategie van een ziekenhuis zelden optreden, maar kleinere operationele veranderingen vrijwel permanent. De verandering naar het nieuwe organisatiemodel zou echter wel

als een redelijk wezenlijke verandering kunnen worden gezien en hierbij is in vele ziekenhuizen gebleken dat dit een moeizaam proces was. Dit heeft zeker niet in de laatste plaats te maken met de macht van de individuele professionals binnen de organisatie. Het is uiteindelijk aan de politieke druk en de harde deadline van 1-1-2015 te danken dat dit proces in vrijwel alle ziekenhuizen succesvol is afgerond. Was deze deadline er niet geweest of waren de (financiële) gevolgen minder vérstrekkend geweest dan is de grote vraag of de veranderingen in alle ziekenhuizen had plaatsgevonden.

4.3. Conclusie

Het in deze thesis beschreven veranderproces is een tweede-orde verandering. Kenmerken die bij een dergelijk veranderproces horen zijn dat het veranderproces op organisatieniveau plaatsvindt en het nieuwe organisatiemodel is een verandering van het bestaande model. De verwachting is dat dit veranderproces binnen vijf jaar afgerond zal zijn (de Witte & Jonker, 2014). Het is echter wel zo dat dit een complexe verandering is aangezien het binnen een professionele organisatie met relatief grote gevolgen voor de professionals plaatsvindt. Het ziekenhuis is niet één homogeen proces, maar meer vier verschillende werelden binnen één organisatie (Glouberman & Mintzberg, 2001). Deze vier werelden zijn de wereld van *cure*, *care*, *controle* en *gemeenschap* (community). Tussen deze vier werelden zitten een horizontale (tussen controle/gemeenschap en cure/care) en een verticale (tussen gemeenschap/cure en controle/care) scheidslijn. Medisch specialisten die zich ook met managementtaken bezighouden kunnen een mooie brug vormen over deze scheidslijnen heen.

Het model van de *negotiated order* van Strauss kijkt met name naar de belangen van de onderhandeling tussen verschillende relaties binnen een organisatie. Als uitvloeisel hiervan kan men aan de hand van de schematische weergave van Kruijthof (2005) en van Oorschot et al. (1995) (Figuur 7) de onderhandelingsorde van medisch specialisten verder analyseren via het 'wie', 'hoe' en 'wat'. Hierbij worden verschillende rollen aan medisch specialisten toebedeeld. In het proces dat in deze thesis beschreven wordt zijn medisch specialisten vooral in de rol als *staflid* actief geweest, lijkt de onderhandelingsstactiek er vooral een van *verdedigen of behouden* te zijn geweest en lag de nadruk in de onderhandeling vooral op *gelijkgerichtheid*.

Bekijken we tenslotte de besluitvorming binnen organisaties aan de hand van het diagram (Figuur 8) van Hardy et al. (1983) en Mintzberg et al. (2009), dan kunnen verschillende vormen van besluitvorming worden geïdentificeerd, te weten *beslissingen van professionals*, *beslissingen door administratief fiat* en *beslissingen door collectieve keuze*. De beslissingen rondom de invoering van de integrale tarieven en de bijbehorende nieuwe organisatiemodellen zijn ideaaltypisch beslissingen die in de derde groep van collectieve keuze tot stand zijn gekomen. Naar aanleiding van de resultaten van het empirisch onderzoek zal er teruggekeken worden of dit ook daadwerkelijk het geval is.

5. Drijfveren medisch specialist

Na de beleidscontext, de verschillende besturingsmodellen en het theoretisch kader, staat dit hoofdstuk in het teken van de drijfveren of werkwaarden van medisch specialisten. Eerst worden verschillende studies bekeken die gedaan zijn onder specialisten in opleiding en naar de factoren die een rol spelen bij de keuze voor een bepaald specialisme. Vervolgens wordt er aan de hand van literatuur gekeken naar de verschillen tussen primaire en secundaire drijfveren en naar wat er al bekend is over werkwaarden en drijfveren van medisch specialisten. Daarna wordt er ingezoomd op een aantal van de belangrijkste drijfveren, namelijk inkomen en werkuren, waarbij ook gekeken zal worden naar werkbeleving en werkplezier. Een belangrijke werkwaarde lijkt autonomie te zijn en hier zal dus ook uitgebreid aandacht aan worden besteed.

5.1. Het begint met de opleiding: carrièrewensen AIOS

Specifiek voor de Nederlandse setting heeft de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) in 2005 opdracht gegeven aan NIVEL om onderzoek te doen naar de carrièrewensen van artsen (Lugtenberg, Heiligers, & Hingstman, 2005). Aanleiding voor deze studie was de toenemende flexibilisering van werk door, onder andere, de toename van het aantal vrouwelijke artsen. Factoren die een rol spelen bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding zijn onder te verdelen in persoonsgebonden factoren en omgevingsgebonden factoren. De belangrijkste persoonsgebonden factoren die uit de literatuur naar voren komen zijn menselijke interesse, enthousiasme voor het vakgebied, eigen talenten en vaardigheden, interne motivatie zoals bijvoorbeeld het bereiken van geluk, reeds opgedane ervaringen en in iets mindere mate de omstandigheden van de toekomstige functie. Voor de omgevingsfactoren zijn dit vooral zaken als werktijden en mogelijkheid tot deeltijd werken, aantal diensten, gezinsgebonden factoren, carrière en promotievooruitzichten en bijvoorbeeld de mogelijkheid om de opleiding in deeltijd te volgen (Du Moulin, Heymans, & Noordenbos, 2000; Soethout, Ten Cate, & van der Wal, 2004). Bovenstaande factoren zijn vooral gebaseerd op meta-analyses van veelal internationale literatuur. Soethout, Van der Wal, en Ten Cate (2007) hebben echter ook gekeken naar de Nederlandse artsen en hiervoor ondervroegen zij in de periode 1 juli 1999 tot 30 juni 2002 alle artsen die hun opleiding geneeskunde hadden afgerond aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Utrecht. De belangrijkste beroepskeuzeoverwegingen uit dit onderzoek zijn enthousiasme voor het vakgebied (98%), ervaring in de basisarts-opleiding (68%), werkervaring in het vakgebied (46%) en carrièremogelijkheden (32%). Interessant genoeg spelen overwegingen als de mogelijkheid voor deeltijd werken, privé en gezinsomstandigheden en salaris met respectievelijk 26, 18 en 10% een veel minder belangrijke rol bij de keuze voor een specialisme. Vanuit de meerderheid (68%) van de AIOS is er echter wel de wens om later als medisch specialist in

deeltijd te gaan werken. Onduidelijk is hoeveel medisch specialisten er op dit moment in deeltijd werken, maar volgens onderzoek van Heiligers en Hingstman (2003) was dit ten tijde van hun onderzoek maar zo'n 20%, terwijl meer dan de helft (57%) in datzelfde onderzoek aangeeft een voorkeur te hebben voor een deeltijdbaai. Met deze toenemende wens van deeltijd en flexibiliteit van met name jonge artsen is de verwachting dat de samenwerkingsverbanden van medisch specialisten meer het karakter van gemengde teams van professionals zou krijgen met hierbij de bijbehorende goede afspraken-cultuur. Hiermee zou de klassieke maatschap in de daaropvolgende jaren terrein verliezen (Groenewegen & Marangos, 2004). Achteraf gezien lijkt dit niet zo'n vaart te zijn gelopen en is het echte einde van de klassieke maatschap echt ingezet door de invoering van de integrale tarieven. Op dit moment zijn er nog maar enkele ziekenhuizen in Nederland met specialisme-specifieke maatschappen.

In de periode van 1997 en 2001 is er door NIVEL een beroepsramingstudie uitgevoerd onder een grote groep medisch specialisten in opleiding. Een van de resultaten van deze studie was dat 35% van de AIOS in de toekomst het liefst in loondienst zou willen werken. Een kwart zou de voorkeur hebben voor vrije vestiging en 27% voor een combinatie van de twee. Hierbij werden wel verschillen tussen de verschillende specialismen gevonden en tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen een duidelijke voorkeur voor dienstverband hebben. De belangrijkste reden die wordt aangegeven waarom men de voorkeur heeft voor loondienst is de verwachting dat men dan minder tijd kwijt zal zijn aan administratieve en financiële zaken dan in een vrij beroep (Heiligers, van der Velden, & Hingstman, 2002). In reactie op dit onderzoek heeft de Jonge Orde in 2002 ook een onderzoek gedaan onder hun leden, welke allemaal specialisten in opleiding zijn. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de meerderheid van de medisch specialisten in opleiding graag in vrije vestiging zou willen werken (Wever, Cense, & van der Steeg, 2002). Het verschil in uitkomsten tussen deze twee onderzoeken zou kunnen worden verklaard door een relatief hoog aantal respondenten uit snijdende specialismen, cardiologie en radiologie in de tweede studie, waarbij het bekend is dat er binnen deze specialismen een hoger aantal vrijgevestigden is. In dit onderzoek is ook gekeken naar de werktevredenheid en ruim een derde van alle respondenten geeft aan "soms" tot "dagelijks" ontevreden te zijn met hun werkzaamheden. Als oorzaken van deze ontevredenheid worden de volgende zaken genoemd: de scheve verhouding tussen werk en privé (16%), bureaucratie (14%), slechte financiële vooruitzichten (10%), vooruitzichten ten aanzien van de werkomstandigheden (9%), de onder druk staande autonomie (8%) en het dalend aanzien van het beroep (7%). Hoewel toch nog voor bijna twee derde de werktevredenheid hoog is, hebben de respondenten uit het onderzoek een ronduit negatief toekomstbeeld. Ruim de helft maakt zich soms zorgen over de toekomst en ruim een kwart maakt zich regelmatig tot dagelijks zorgen over de toekomst. De

belangrijkste toekomstige werkwaarden die worden genoemd zijn: goede relaties met collega's (15%), adequate salariëring (14%), voldoende autonomie (8%) en loon naar werk (7%). Wat uit bovenstaande onderzoeken vooral naar voren komt is dat bij de beroepskeuze van jonge artsen met name vakinhoudelijke factoren een rol spelen. De toenemende onzekerheid over hun financiële toekomst en de hiermee samenhangende devaluatie van het maatschappelijk aanzien leidt tot een zeer negatieve toekomstvisie onder de medisch specialisten in opleiding.

5.2. Primaire en secundaire drijfveren bij specialisten

Thompson (1993) maakte al een onderscheid tussen primaire en secundaire drijfveren van medisch specialisten. De primaire drijfveren zijnde de medische taken van specialisten, of te wel de patiëntenzorg en de secundaire drijfveren, onder andere, financieel gewin of meer macht. Deze twee drijfveren kunnen tot een belangenconflict leiden. Via verschillende eerdere internationale onderzoeken kwamen Koelewijn et al. (2014) tot een lijst van de volgende acht belangrijke werkwaarden of drijfveren bij medisch specialisten van verschillende specialismen en ziekenhuizen: (1) patiënten zo goed mogelijk helpen, (2) een goed inkomen, (3) diversiteit binnen het werk als arts, (4) werken met de beste ondersteuning, (5) de mogelijkheid om het werk autonoom uit te voeren, (6) zeggenschap binnen de ziekenhuisorganisatie hebben, (7) wetenschappelijk onderzoek en (8) een goede werk-privé balans. Via interviews onder een aantal Nederlandse specialisten werden er aan dit rijtje van 8 nog twee toegevoegd, te weten (9) verder specialiseren en (10) de mogelijkheid om zelf te beslissen welke medewerkers er voor hen werken. Via een surveyonderzoek onder 1472 specialisten zijn in dit onderzoek uiteindelijk de belangrijkste drijfveren geïdentificeerd. Niet geheel verrassend kwam hier het zo goed mogelijk helpen van patiënten als belangrijkste werkwaarde naar voren. Andere belangrijke waarden waren een goede werk-privé balans en diversiteit binnen het werk. Minst belangrijk waren volgens dit onderzoek het doen van onderzoek, beslissen welke medewerkers er voor de arts werken en het verder specialiseren. Zaken als een goed inkomen, zeggenschap binnen de ziekenhuisorganisatie en autonomie kwamen in de middenmoot. Hoewel de onderzoekers wel naar verschillen tussen specialisten groepen (chirurgisch, beschouwend en ondersteunend) en type ziekenhuizen kijken, maken ze helaas geen onderscheid in hun resultaten tussen de arbeidsverhouding (loondienst of vrijgevestigd) van de medisch specialisten. Wel worden er enkele significante verschillen gevonden tussen de verschillende specialistengroepen en type ziekenhuizen, waarbij vooral opvalt dat de zogenaamde sociaal-gerelateerde waarden (inkomen en werk-privé balans) hoog scoren bij de groep van chirurgen en ondersteuners en in algemene ziekenhuizen. Bij de academische en specialistische ziekenhuizen wordt er met name hoog gescoord op werk-gerelateerde waarden, zoals diversiteit, specialiseren en onderzoek. De resultaten van het onderzoek, met name het grote belang dat wordt gehecht aan goede patiëntenzorg en veel minder aan zaken zoals een goed inkomen, doen

vermoeden dat er sprake is van een bepaalde mate van sociaal wenselijk antwoorden, iets dat over het algemeen hoger is indien potentiële respondenten persoonlijk worden aangeschreven (Heerwegh, Vanhove, Matthijs, & Loosveldt, 2005), wat in dit onderzoek het geval was.

5.3. Inkomen en werkuren belangrijke werkwaarden

In een groot survey-onderzoek in de USA naar arbeidstevredenheid onder ruim twaalfduizend medisch specialisten geeft meer dan 70% aan tevreden te zijn met zijn/haar persoonlijke carrière (J. Leigh, Kravitz, Schembri, Samuels, & Mobley, 2002). Tussen de verschillende specialismen wordt vooral een hoge tevredenheid waargenomen bij de dermatologie en andere beschouwende specialismen (o.a. geriatrie en kindergeneeskunde). Het minst tevreden zijn de gynaecologen en andere uitvoerende specialismen, zoals oogheelkunde, longgeneeskunde en orthopedische chirurgie. Een mogelijke oorzaak die hiervoor wordt gegeven is dat – hoewel historisch gezien deze specialismen een hoger inkomen en meer prestige genieten – dit met name in de jaren voor het onderzoek onder deze specialismen het hardst is afgenomen en hierbij het inkomen en autonomie onder druk is komen te staan. Interessant in dit onderzoek is verder dat er een sterk verband wordt aangetoond tussen de hoogte van het inkomen en de werktevredenheid. Respondenten in de groep met een jaarinkomen tussen de \$ 250.000 en \$ 299.000 zouden zelfs 98% waarschijnlijker aangeven zeer tevreden te zijn dan respondenten in de groep met inkomens tussen \$ 100.000 en \$ 149.000. Hiermee is inkomen de belangrijkste voorspellende waarde voor “zeer tevredenheid”. Andere interessante verbanden die uit dit onderzoek komen zijn dat het eigenaar zijn van een praktijk negatief geassocieerd is met werktevredenheid en dat veel werkuren, waarbij verder niet gespecificeerd is om hoeveel uren dit precies gaat, sterk geassocieerd is met ontevreden zijn.

Een meer recente herhaling van dit onderzoek onder ruim 6,5 duizend medisch specialisten laat een vergelijkbaar beeld zien (J. P. Leigh, Tancredi, & Kravitz, 2009), waarbij de specialismen dermatologie, geriatrie en kindergeneeskunde wederom een hoge tevredenheid laten zien. Ook deze keer wordt er een sterk verband aangetoond tussen een hoog aantal werkuren (> 50 uur) en ontevredenheid. Dit verband is ten opzichte van het eerdere onderzoek zelfs sterker geworden, iets dat past bij de bevindingen van Keeton, Fenner, Johnson, en Hayward (2007) die als belangrijkste factor van een goede werk-privé balans de controle op, en het aantal werkuren vonden. Ook komt er deze keer uit het onderzoek dat een hoger inkomen sterk positief geassocieerd is met werktevredenheid, iets dat past bij de algemene economische opvatting dat de werktevredenheid stijgt bij een hoger inkomen (Clark & Oswald, 1996). Tot slot toont dit onderzoek aan dat het volledig eigenaar zijn van een praktijk tot minder tevredenheid leidt, maar interessant genoeg is de groep die mede-eigenaar (partner) is iets meer tevreden dan de groep die helemaal geen eigenaar is.

5.4. Autonomie: een thesis op zich...

Naast inkomen en werkuren lijkt ook autonomie een belangrijke bepalende werkwaarde voor medisch specialisten. Autonomie kan op verschillende manieren worden gedefinieerd, waarbij het onderscheid gemaakt kan worden tussen meer logistiek gebaseerde autonomie (kan ik zelf bepalen hoe, wanneer en hoeveel patiënten ik zie) en kennis gebaseerde autonomie (heb ik de keuzevrijheid om mijn eigen klinische beslissing te nemen op basis van de behoefte van de patiënt) (Lin, 2014). In een Amerikaanse studie uitgevoerd door Lin (2014) onder ruim 16.000 medisch specialisten lijkt de beleving van de eerste vorm van autonomie minder voor te komen bij diegene die werken in grotere praktijken (tien of meer medisch specialisten) en bij specialisten die een dienstverband hebben. In de tweede variant van autonomie ligt dit precies andersom en hier is de gepercipieerde autonomie juist hoger bij grotere praktijken en hoewel niet-significant, ook bij de groep medisch specialisten die in dienstverband zijn. Terugvertaald naar een Nederlandse setting zou dit betekenen dat medisch specialisten in loondienst en die in grotere maatschappen of vakgroepen, een minder grote perceptie van autonomie op logistiek gebied ervaren, maar dat de beleving van klinische- of kennis gebaseerde autonomie juist wat lager is bij kleinere maatschappen of vakgroepen en bij vrijgevestigde medisch specialisten. Al is het wel de vraag of door de verschillen in gezondheidssystemen tussen Amerika en Nederland deze parallel zomaar getrokken kan worden. Helaas is er in de literatuur weinig te vinden over autonomie in een Nederlandse ziekenhuissetting en dan met name over eventuele verschillen van de ervaren autonomie tussen medisch specialisten in loondienst en die in vrije vestiging.

Weggeman (1998) maakt een onderscheid tussen strategische en operationele autonomie. Bij strategische autonomie mogen managers bepalen *wat* het resultaat van hun werk moet zijn, waarbij operationele autonomie specialisten zelf mogen bepalen *hoe* zij dat resultaat willen bereiken.

Weggeman doet vier suggesties om potentiële wrijving tussen deze twee vormen van autonomie te beperken. Dit zijn (1) collectieve ambitie, (2) personal commitment statements, (3) dokters in de directie en (4) zorgparticipatie.

5.4.1. (1) Collectieve ambitie

Bij de eerste suggestie gaat het erom dat specialisten slecht zijn te besturen door het opleggen van regels en procedures, maar dat zij zich wel lijken te kunnen committeren aan de collectieve ambitie van een instelling. Hoe meer iemand zich identificeert met de waarden en hogere doelen van een organisatie hoe meer er sprake is van een gevoelde affectieve binding met de organisatie en hoe sterker de neiging is om lid te blijven van deze organisatie. Het is zaak voor de manager van professionals om hen te helpen bij het vinden van uitdaging en betekenis in hun werkzaamheden. Op deze manier kunnen doelmatige zorg en een prettig werkklimaat prima samengaan. Managers worden

vanuit het perspectief van medisch specialisten gedreven door financieel-economische resultaten en zijn ze met name gericht op efficiency en beheersing van werkprocessen zonder echte liefde voor het vak. Daarentegen zijn vanuit de ogen van de manager medisch specialisten professioneel eigenwijs, niet loyaal en meer met hun eigen belang bezig dan met het belang van de instelling in zijn geheel (Weggeman, 2007).

5.4.2. (2) personal commitment statements

Specialisten willen over het algemeen verantwoordelijk zijn voor hun eigen sturing en hun managers moeten deze zelforganisatie faciliteren. Een manier om dit te doen is via z.g. personal commitment statements (PCS'en), waarbij een specialist eens per jaar op één of twee A4-tjes aangeeft, in het licht van de algehele beleidskaders van de organisatie, welke bijdrage hij het komend jaar zal gaan leveren. Dit is een vorm van output-sturing waarbij de professional de resultaatverantwoordelijkheid draagt en waarbij goede bedrijfsvoering en professionele autonomie evenwichtig verdeeld kunnen worden (Weggeman, 1997).

5.4.3. (3) dokters in de directie

Winsemius (1986) zei ooit “daar waar inhoudsdeskundigheid ontbreekt, ontstaat als vanzelf de regelneef”. Dit geldt ook sterk in het ziekenhuis waarbij het risico bestaat dat niet-medische managers, die onvoldoende weten waar het primaire proces om draait, met name op geld, tijd en regels gaan sturen. Verder is het voor een dergelijke manager veel moeilijker dan voor een medicus om met voldoende respect op het scherpst van de snede met medisch specialisten in discussie te gaan. Een medisch specialist zal in het algemeen makkelijker leiding accepteren van een manager die het vak kent of heeft gekend. Volgens Weggeman zal een leidinggevende die ook nog een deel van de tijd zijn vak uitoefent op nog meer draagvlak en hiermee beïnvloedingsmogelijkheden kunnen rekenen.

5.4.4. (4) zorgparticipatie

Volgens Mintzberg (1979) zijn gezondheidszorginstellingen professionele bureaucratieën, waarbij het primaire proces het strategisch belangrijkste onderdeel van de organisatie vormt. Hierbij is het dus van wezenlijk belang dat de bestuurders van een dergelijke organisatie ervaren hoe dit primaire proces verloopt. Volgens Weggeman zou derhalve managementparticipatie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen aangevuld of zelfs vervangen moeten worden door zorgparticipatie van bestuurders. Concreet houdt dit in dat bestuurders actief participeren in het primaire proces, door b.v. mee te lopen op een afdeling of de OK, aanwezig te zijn bij patiëntenbesprekingen of door te praten met wachtende patiënten. Dergelijke participatie zou ervoor moeten zorgen dat de wij-zij mentaliteit vermindert of verdwijnt en dat de waardering van de professionals voor het functioneren van de bestuurders toeneemt.

Fitzgerald en Ferlie (2000) keken in een longitudinale studie in de periode van 1987 tot 1995 of er bij medisch specialisten in Engeland met management verantwoordelijkheden een verlies van macht werd geconstateerd ten gevolge van toenemende marktmechanismen. Hun conclusie was dat er geen eenzijdige verschuiving van macht van de dokters naar de managers was waar te nemen. Desondanks is er een trend waar te nemen dat zowel managers als dokters het idee hebben dat er een verschuiving van gezag naar de andere groep optreedt (Braithwaite & Westbrook, 2004). Dit kan tot gevolg hebben dat medisch specialisten minder interesse gaan hebben om deel te nemen in het managementproces en het idee krijgen dat bepaalde beleidskeuzes worden gemaakt zonder voldoende consultatie van medisch specialisten. Dit kan er vervolgens weer toe leiden dat medisch specialisten zich meer aangetrokken gaan voelen tot het ondernemerschap met de verwachting op meer autonomie en een beter inkomen (Koelewijn, Ehrenhard, Groen, & van Harten, 2012).

5.5. Conclusie

In dit hoofdstuk is door middel van literatuuronderzoek gekeken naar drijfveren bij medisch specialisten. Hoewel er veel internationale literatuur rondom dit thema is, is er getracht om in dit hoofdstuk zoveel mogelijk te richten op de Nederlandse setting. Zo is er in 2002 een onderzoek gedaan onder 419 medisch specialisten in opleiding waarbij vooral naar voren kwam dat er onder deze groep een erg sombere toekomstvisie heerst (Wever et al., 2002). Soethout et al. (2007) hebben verder gekeken naar de belangrijkste overwegingen van artsen om voor een bepaald specialisme te kiezen. Hierbij waren vooral overwegingen die met het gekozen vakgebied te maken hadden van belang. Overwegingen die meer op het privé en financiële vlak lagen leken minder van belang. Desalniettemin lijkt deeltijd, ondanks dat dit maar zeer beperkt wordt uitgeoefend (Heiligers & Hingstman, 2003) een belangrijke wens van zowel specialisten in opleiding als praktiserende specialisten. Niet eenduidig zijn de onderzoeken over het aandeel van de AIOS die in loondienst dan wel vrije vestiging willen werken. Angst dat men in vrije vestiging meer tijd kwijt zal zijn aan administratieve en financiële zaken is een reden om voor loondienst te kiezen (Heiligers et al., 2002).

Er is een onderscheid te maken tussen primaire en secundaire drijfveren van medisch specialisten (Thompson, 1993). Aan de hand van eerdere internationale onderzoeken en aanvullende interviews kwamen Koelewijn et al. (2014) tot een lijstje met tien belangrijke drijfveren van medisch specialisten. Aan de hand van dit lijstje hebben zij een groot surveyonderzoek gedaan om deze drijfveren in volgorde van belangrijkheid te kwantificeren. Helaas hebben ze in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigde specialisten en medisch specialisten in loondienst. De belangrijkste drijfveren die naar voren kwamen waren het helpen van patiënten, goede werk-privé balans en diversiteit.

Internationaal is er veel onderzoek gedaan naar inkomen, werktijden en werktevredenheid. Hierbij is er een belangrijk verband tussen de hoogte van het inkomen en de werktevredenheid. Het is zo dat als het inkomen onder druk staat dat dit tot minder tevredenheid leidt (Clark & Oswald, 1996; J. Leigh et al., 2002). Ook is er een verband tussen het aantal werkuren (J. P. Leigh et al., 2009), de controle van het aantal werkuren (Keeton et al., 2007) en de werktevredenheid.

Autonomie is ook een belangrijke drijfveer en kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. Zo is er het onderscheid tussen logistiek-gebaseerde autonomie en kennis-gebaseerde autonomie (Lin, 2014) en strategische en operationele autonomie (Weggeman, 1998). Deze laatste noemt vier methoden om wrijving in de verhouding tussen het management van een ziekenhuis en de medisch specialisten binnen datzelfde ziekenhuis te voorkomen. Deze vier methoden zijn: *collectieve ambitie*, *personal commitment statements*, *dokters in de directie* en *zorgparticipatie*. Indien het idee onder medisch specialisten ontstaat dat er een verschuiving van de macht van specialisten naar managers optreedt dan kan dit er toe leiden dat medisch specialisten zich meer aangetrokken gaan voelen tot het ondernemerschap met bijbehorende toegenomen autonomie en hoger inkomen (Koelewijn et al., 2012). In het empirisch onderzoek zal er in meer detail naar de verschillende drijfveren onder de groep respondenten worden gekeken. Hierbij zullen bovenstaande bevindingen uit het literatuur-onderzoek worden meegenomen bij het opstellen en analyseren van het survey-onderzoek.

6. Methodologie

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de methoden van het onderzoek. Allereerst wordt het onderzoeksdesign besproken. Het onderzoek bestaat uit twee delen, te weten een literatuurstudie en een empirisch onderzoek. Dan zal de methodiek van de literatuurstudie en de selectie van de databronnen worden besproken. Dit wordt gevolgd door de methodiek van het empirisch onderzoek waarbij dieper ingegaan wordt op het soort onderzoek en op de onderzoekspopulatie, steekproef en respons. Tot slot wordt de methode van de data-analyse besproken.

6.1. Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign is een beschrijvend en exploratief onderzoek. De doelstelling van het onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de actuele maatschappelijke discussie omtrent besturingsmodellen in ziekenhuizen met hierbij speciale aandacht voor het belang van de drijfveren van medisch specialisten. Rondom dit onderwerp heerst nog veel onduidelijkheid en richting de toekomst is het moeilijk te voorspellen welke kant de ontwikkelingen op zullen gaan. Om deze redenen is er gekozen voor een beschrijvend en exploratief onderzoek. Het onderzoek zal vanuit twee invalshoeken worden benaderd: een literatuurstudie en een empirisch onderzoek. Om een breed overzicht te krijgen van een groot aantal kenmerken tegelijkertijd is er bij het empirisch gedeelte gekozen voor een *survey-onderzoek*. Hierbij prefereert de breedte en generaliseerbaarheid van het onderzoek over de diepte en specificiteit (Verschuren & Doorewaard, 2007).

6.2. Literatuurstudie

De uitgevoerde literatuurstudie is tweeledig. Het eerste deel is gericht op de historische context met betrekking tot de financiering van de ziekenhuiszorg in het algemeen en de honorering van de medisch specialisten in het bijzonder. Hierbij wordt teruggegaan tot voor 1995, maar zal de focus liggen op de ontwikkeling richting de integrale tarieven. Hierbij wordt met name gericht op de beleidscontext. De belangen en invloeden van de verschillende stakeholders is ook onderdeel van dit deel van de literatuurstudie. Daarnaast wordt er gekeken naar de verschillende organisatiemodellen die er binnen het ziekenhuis mogelijk zijn en naar voorbeelden en ervaringen hiermee in het buitenland. Het tweede deel van de literatuurstudie richt zich op medisch specialisten en hun werkwaarden of drijfveren. Hiernaast wordt er gekeken wat er bekend is over de verhouding tussen medisch specialisten en het ziekenhuis en welke factoren bij deze samenwerking een belangrijke rol spelen.

6.2.1. Selectie van databronnen

Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van zoekopdrachten via Google, Google Scholar en sporadisch Pubmed. Initiële zoektermen die hierbij zijn gebruikt, zijn (combinaties van): integrale

tarieven, integrale bekostiging, medisch specialisten, loondienst, vrijgevestigd, Medisch Specialistisch Bedrijf, besturingsmodellen ziekenhuis, samenwerkingsmodel, participatiemodel, drijfveren, motivatie, zeggenschap en financiële stimulans. Onderwerpen die hieraan raken, zoals bijvoorbeeld verschil in efficiency tussen vrijgevestigde medisch specialisten en die in loondienst en de eventuele gevolgen van de WNT zijn soms wel als achtergrondinformatie doorgenomen, maar verder niet in diepte bestudeerd en beschreven. Er is de voorkeur gegeven aan recente literatuur. Er is ook gebruik gemaakt van relevante referenties uit de gebruikte literatuur (sneeuwbalmethode naar oudere publicaties) en van relevante publicaties die verwijzen naar de gebruikte literatuur (sneeuwbalmethode naar nieuwere publicaties). De volgende databronnen zijn gebruikt: artikelen uit wetenschappelijke en algemeen medische en bestuurlijke tijdschriften, boeken, websites, rapporten, jaarverslagen, beleidsstukken, kamerstukken, promotieonderzoeken en eerdere bachelor- en masterthesis. De literatuur is geanalyseerd door middel van een *kwalitatieve inhoudsanalyse* (Verschuren & Doorewaard, 2007).

6.3. Empirisch onderzoek

Het empirisch onderzoek bestaat uit een *cross sectioneel surveyonderzoek* en is beschrijvend exploratief. Naar aanleiding van de bevindingen van het literatuuronderzoek is er een vragenlijst opgesteld en verspreid onder medisch specialisten. De vragenlijst dient ten eerste om te kijken hoe medisch specialisten tegen het proces van de integrale bekostiging en de bijbehorende organisatie-modellen aankijken en ten tweede wat hun werkwaarden en drijfveren zijn. Niet alleen de bestuurders van de MSB-en en medisch specialisten die actief betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de nieuwe organisatie-modellen zijn gevraagd, maar ook medisch specialisten die verder van het hele proces af hebben gestaan. De meningen en ervaringen van deze groep zijn voor zover bekend nog niet eerder onderzocht. Verschillen ontdekken tussen de medisch specialisten die wel actief betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de nieuwe organisatie-modellen en diegene die dat niet zijn geweest is een belangrijk deel van dit onderzoek. Verder wordt er gekeken naar de verschillen tussen vrijgevestigde medisch specialisten en specialisten in loondienst en tussen beginnende en meer ervaren medisch specialisten.

6.3.1. Survey-onderzoek: de vragenlijst

Zoals beschreven is de vragenlijst opgesteld aan de hand van de resultaten van het literatuuronderzoek en waar mogelijk aangesloten op bestaande vragenlijsten uit eerdere onderzoeken. Hierdoor kunnen ontwikkelingen in de tijd worden aangetoond. Tijdens de samenstelling van de vragenlijst is de input van vijf medisch specialisten gebruikt om ervoor te zorgen dat de vragenlijst begrijpelijk is voor de doelgroep en dat er geen essentiële zaken missen of overbodige zaken in staan. Verder zijn

enkele personen met relevante kennis omtrent dit onderwerp (o.a. bij de federatie van medisch specialisten) benaderd voor hun input. Naar aanleiding van al deze input zijn nog enkele keer wijzigingen toegepast en is de definitieve vragenlijst opgesteld. Er is voor gekozen om de vragenlijst uit verschillende delen te laten bestaan. Het eerste deel is een algemeen deel dat door alle respondenten ingevuld wordt en wat algemene vragen omtrent de invoering van de integrale tarieven en de bijbehorende organisatiemodellen bevat. Hierna is er een specifiek gedeelte met twee aparte vragenlijsten voor vrijgevestigde medisch specialisten of voor medisch specialisten in loondienst. Het derde gedeelte is weer voor alle respondenten en gaat over de belangrijkste werkwaarden en drijfveren. In dit deel wordt door middel van een aantal stellingen het belang van bepaalde zaken met betrekking tot de invoering van integrale tarieven en besturing van ziekenhuizen gevraagd. Hierbij is gebruik gemaakt van een z.g. *Likertschaal* (Likert, 1932) met een vijf-punts schaal: Helemaal oneens, oneens, niet eens/oneens, eens en helemaal eens. De voorkeur voor een Likertschaal boven eens/oneens vragen is gebaseerd op de verwachting dat respondenten op een vijf-puntenschaal eerder geneigd zullen zijn om hun mening te ventileren dan wanneer ze alleen gevraagd wordt of ze het eens of oneens zijn (LaMarca, 2011; McLeod, 2008). Gekozen is voor een vijf-punten boven een zeven- of tien-puntenschaal aangezien deze over het algemeen beter wordt begrepen door de respondenten (Luttikhuis, 2012). Een risico bij een dergelijke schaal is dat respondenten beïnvloed worden bij de beantwoording van hun vragen door voorgaande antwoorden, oftewel dat er een serie van eens antwoorden ontstaat. Dit patroon kan voorkomen worden door het stellen van *omgekeerde vragen*, waarbij de inhoud van de vraag in omgekeerde volgorde wordt gevraagd (Straker, z.j.). In het laatste, algemene deel van de vragenlijst worden achtergrondvariabelen die betrekking hebben op de persoon van de respondent uitgevraagd. Hierbij gaat het om zaken als geslacht, specialisme, ervaring als medisch specialist en type ziekenhuis. Verder heeft de respondent nog de keuze om de naam van het ziekenhuis in te vullen en is er ruimte voor algemene opmerkingen. Er is voor gekozen om de inhoudelijke vragen eerst te stellen en om af te ronden met de vragen met betrekking tot de persoonskenmerken van de respondent. Op deze manier is de verwachting dat de aandacht van de respondenten zolang mogelijk vastgehouden wordt voor het inhoudelijk deel van de vragenlijst. De vragenlijst is opgenomen in Bijlage 3.

De vragenlijst heeft in totaal 9 inhoudelijke vragen plus de algemene vragen naar de persoonskenmerken. Hiermee is het een relatief korte vragenlijst die binnen vijf minuten is in te vullen. Dit is van belang aangezien hiermee een zo hoog mogelijke respons van de in het algemeen drukke specialisten kan worden behaald. De vragenlijst is online beschikbaar gemaakt via Google-docs. Er is voor Google-docs gekozen aangezien deze tool een overzichtelijke interface biedt die zowel via een computer,

tablet of zelfs mobiele telefoon in te vullen is. Ook is de verwachting dat hoe eenvoudiger het de respondenten wordt gemaakt om de vragenlijst in te vullen, hoe hoger de te verwachten respons-rate is. Voordat de URL-link naar de vragenlijst aan grote groepen potentiële respondenten is toegestuurd is de online vragenlijst aan een aantal specialisten en anderen gestuurd om de online omgeving te testen en om een inschatting te maken van de tijdsbesteding voor het invullen van de vragenlijst.

6.3.2. Onderzoekspopulatie, steekproef en respons

De onderzoekspopulatie zijn medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in loondienst. Nederland kent rond de 17.000 medisch specialisten die werkzaam zijn binnen niet-academische ziekenhuizen (Rabobank, 2015/2016). Om bij een dergelijke populatiegrootte tot een betrouwbaarheidsinterval van 95% te komen met een nauwkeurigheid van 5% is een respons nodig van zo'n 375 (berekend aan de hand van <http://www.journalinks.be/steekproef/>). In eerdere vergelijkbare onderzoeken zoals dat van Kruijthof (2005) en Koelewijn et al. (2014) werd een respons-rate van respectievelijk 34 en 19% gehaald. Om bovenstaande respons te halen zouden dus tussen de 1100 en 1975 medisch specialisten benaderd moeten worden om deel te nemen aan het onderzoek. Via het directe netwerk van de onderzoeker, die als directeur van het Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf St. Antonius Ziekenhuis werkzaam is, zijn contactpersonen binnen een 15-tal ziekenhuizen benaderd om een uitnodigingsmail (zie Bijlage 2) door te zetten naar de medisch specialisten binnen hun ziekenhuis. Hierbij was de vraag om alle vrijgevestigde medisch specialisten, medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis en medisch specialisten in loondienst van een vakgroep, maatschap of MSB te benaderen. De keuze van deze ziekenhuizen is zo gedaan dat er een relevante afspiegeling ontstaat van de mix van ziekenhuizen in Nederland. Door het nemen van een representatieve set van ziekenhuizen is de verwachting dat de resultaten een goede afspiegeling van de medisch specialisten in Nederland zullen zijn. Er is voor gekozen om de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek aan alle medisch specialisten binnen een ziekenhuis te sturen en niet om binnen een ziekenhuis door middel van een steekproef (aselect of representatief) slechts een bepaald aantal medisch specialisten aan te schrijven. Voor deze methode is gekozen om binnen een beperkt aantal ziekenhuizen toch tot een zo hoog mogelijk aantal respondenten te komen. In totaal zijn binnen deze 15 ziekenhuizen een ruime 3000 medisch specialisten (zowel vrijgevestigd als in loondienst) werkzaam.

Uiteindelijk is in 7 ziekenhuizen (4 STZ, 2 SAZ, 1 OVA) de vragenlijst rondgestuurd aan zo'n 1200 specialisten. De reden dat de vragenlijst in de andere ziekenhuizen niet is rondgestuurd lag er voornamelijk aan dat de contactpersonen binnen deze ziekenhuizen vaak niet in de positie zaten om zelfstandig te beslissen of de uitnodigingsmail rondgestuurd kon worden. Hierdoor duurde het vaak lang voordat er een beslissing werd genomen of werd er helemaal geen beslissing genomen over het wel of niet verspreiden van de mail. De belangrijkste reden waarom de mail niet verspreid werd was

omdat men van mening was dat er al te veel mails naar de medisch specialisten werden gestuurd. In totaal zijn er uiteindelijk 216 vragenlijsten ingevuld wat dus een respons-rate geeft van zo'n 18%. Deze respons-rate is lager dan die van de eerdergenoemde onderzoeken. Een oorzaak hiervoor zou kunnen zijn omdat in het onderzoek van Kruijthof de specialisten door middel van een fysiek schrijven met een vragenlijst op papier zijn benaderd en deze 'persoonlijke' benadering zet wellicht meer aan tot antwoorden. In het onderzoek van Koelewijn et al. is wel doormiddel van een email aan de specialisten gevraagd om deel te nemen aan een online vragenlijst en bij dit onderzoek is de respons-rate beduidend lager dan bij het onderzoek van Kruijthof. Verschil is dat bij dit onderzoek tweemaal een herinnering is verstuurd aan diegene die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Er is voor gekozen om dit bij dit onderzoek niet te doen omdat er de vrees ontstond dat dit tot irritatie bij de doelgroep zou kunnen leiden, in het bijzonder aangezien het niet mogelijk was om te differentiëren of iemand de vragenlijst al had ingevuld.

6.4. Data-analyse

Doordat de vragenlijsten online zijn ingevuld waren de gegevens direct digitaal beschikbaar. Vanuit Google-docs is ten eerste gebruik gemaakt van de ingebouwde rapportage-software. Hierin kon real-time op een overzichtelijke manier naar de globale resultaten van de ingevulde vragenlijsten gekeken worden. Verder zijn de resultaten vanuit Google-docs naar een Microsoft Excel-bestand geëxporteerd. Om verlies van data te voorkomen is dit op vrijwel dagelijkse basis gedaan. In het definitieve Excel-bestand zijn de antwoorden die als tekst waren weergegeven omgezet naar numerieke gegevens. De data-analyse van de resultaten is binnen Excel uitgevoerd, voor de statistische berekeningen is gebruik gemaakt van de real-statistics invoegtoepassing (<http://www.real-statistics.com/>). Alle grafieken en tabellen zijn direct vanuit de ruwe data binnen Excel uitgevoerd. In het hoofdstuk van de resultaten en de analyse zijn enkele relevante tabellen en grafieken toegevoegd. De complete set van grafieken is bijgevoegd als bijlage. Voor statistische analyse is er gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattoets en de Mann-Whitneytoets. P-waarden kleiner dan 0,05 werden als significant aangemerkt.

6.5. Betrouwbaarheid en validiteit

Door een combinatie van literatuur- en empirisch onderzoek te gebruiken wordt het risico op *undersocialization*, waarbij er te veel waarde wordt gehecht aan de empirische uitkomsten en de eigen interpretatie hiervan, voorkomen. Maar ook het risico op *oversocialization* wordt volgens Alvesson en Sköldbberg (geciteerd in van der Scheer, 2013) voorkomen door de onderzoeksmethoden voldoende af te wisselen. De validiteit van enquêteonderzoek is over het algemeen hoog, wat betekent dat de uitkomsten goed te spiegelen zijn op de gehele onderzoekspopulatie. Hierbij is de omvang en de selectiemethode van de steekproef van cruciaal belang. Vanwege de beschikbare

tijdsduur is ervoor gekozen om geen steekproef binnen de groep van medisch specialisten te nemen, maar een steekproef van ziekenhuizen waarbinnen de vragenlijst aan alle medisch specialisten is verspreid. Aangezien de onderzoeker geen rechtstreekse toegang tot de medisch specialisten binnen deze ziekenhuizen had en dus afhankelijk was van contactpersonen binnen de verschillende ziekenhuizen, is de selectie van de uiteindelijke ziekenhuizen waar de vragenlijst verspreid is niet geheel representatief voor alle ziekenhuizen in Nederland. Nederland telt in totaal 81 ziekenhuizen (exclusief academisch centra en categorale ziekenhuizen), waarvan 28 (35%) Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ), 39 (48%) die zijn aangesloten bij de vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) en 14 (17%) overige ziekenhuizen (OvA) (Dutch Hospital Data, 2015). In de uiteindelijke selectie van ziekenhuizen waar de vragenlijsten zijn verspreid is een relatief groot aantal grotere ziekenhuizen (STZ en OvA). Dit is een risico voor de externe validiteit van het onderzoek. Bij de analyse van de resultaten is er gekeken of er significant verschillende uitkomsten zijn in de STZ en OvA-ziekenhuizen ten opzichte van de SAZ-ziekenhuizen (zie paragraaf 7.2). Dit blijkt niet het geval te zijn en de scheve verhouding tussen deze ziekenhuizen is dus ook geen probleem voor de externe validiteit van de resultaten. Voor de steekproef is het van belang dat er een goede afspiegeling bestaat van ziekenhuizen die het proces van de invoering van de integrale tarieven en een nieuw organisatiemodel hebben doorgemaakt. Hierbij zijn ziekenhuizen die (vrijwel) alleen medisch specialisten in loondienst hebben niet relevant voor dit onderzoek. Dit betekent dat er uiteindelijk geen aselechte maar een gerichte steekproef binnen de ziekenhuizen is genomen.

Naast de representativiteit van de steekproef is ook de omvang van belang (Verschuren & Doorewaard, 2007). Om tot een betrouwbaarheidsinterval van 95% te komen zou een respons nodig zijn van zo'n 375 respondenten. Dit aantal is niet gehaald. Hierbij is het dus niet met zekerheid te zeggen dat de externe validiteit van de onderzoeksresultaten gegarandeerd zijn. Het is echter wel zo dat de steekproef van 375 gebaseerd is op een maximale spreiding van de antwoorden van de respondenten. Indien de antwoorden meer dezelfde kant op wijzen, wat op het eerste gezicht het geval lijkt te zijn binnen dit onderzoek dan wordt de vereiste steekproef om te komen tot een 95% betrouwbaarheidsinterval kleiner. Al met al zal het moeilijk zijn om aan de hand van dit onderzoek uitspraken te doen voor *alle* medisch specialisten in Nederland, maar lijkt de groep groot genoeg om iets te zeggen over de medisch specialisten binnen de deelnemende ziekenhuizen en er kunnen ook zeker trends worden waargenomen die binnen een groter aantal ziekenhuizen zullen gelden, iets dat passend is bij een beschrijvend-exploratief onderzoek.

7. Resultaten en analyse

De resultaten worden besproken en verder geanalyseerd rond verschillende thema's. Allereerst zullen enkele algemene kenmerken van de vragenlijst worden besproken. Het eerste thema dat zal worden behandeld in dit hoofdstuk is "de gevolgen voor de patiëntenzorg". Hierbij zal gekeken worden of de invoering van de integrale tarieven volgens de medisch specialisten gevolgen heeft gehad voor de patiëntenzorg in het algemeen. Hierna zal aandacht worden besteed aan werkbeleving en drijfveren van medisch specialisten, waarbij ook het werkplezier en hoe dit beïnvloed is door de invoering van de integrale tarieven bekeken zal worden. Het derde thema betreft de verhouding met de Raad van Bestuur (RvB). Dit wordt gevolgd door de resultaten en de analyse van de arbeidsrelatie, te weten vrije vestiging of loondienst, en de besturingsmodellen en besturing van het ziekenhuis in het algemeen, met specifiek aandacht voor de rol van medisch specialisten hierin. Tot slot zal er in dit hoofdstuk aandacht besteed worden aan de vrije tekst opmerkingen die door de respondenten zijn ingevuld.

7.1. Algemeen

In totaal vulde 216 medisch specialisten de vragenlijst in. Van deze 216 zijn er 171 (79%) vrijgevestigd, 39 (18%) in loondienst en 6 (3%) medisch specialisten in loondienst van een MSB, een maatschap of vakgroep BV. Vanwege de zeer beperkte omvang van deze laatste groep is ervoor gekozen om deze buiten de analyse te laten. Uiteindelijk betreft de analyse dus 210 medisch specialisten. De verhouding vrijgevestigd versus loondienst, van 81% versus 19% is niet geheel in lijn met de verhouding onder alle medisch specialisten in niet-academische ziekenhuizen waarvan ongeveer een kwart in loondienst is (Rabobank, 2015/2016). Belangrijk hierbij is wel om op te merken dat ziekenhuizen met alleen medisch specialisten in loondienst niet geïnccludeerd zijn in dit onderzoek, aangezien er in deze ziekenhuizen weinig tot géén ervaring is met de nieuwe manier van bekostigen en de nieuwe organisatiemodellen. Dit betekent dat het aandeel medisch specialisten in loondienst in de overige ziekenhuizen lager zal liggen. In de deelnemende ziekenhuizen aan dit onderzoek ligt het aandeel medisch specialisten in loondienst net iets boven de 20% en dus vergelijkbaar met het percentage medisch specialisten in loondienst onder de respondenten. Andere oorzaken voor een iets lager aandeel van medisch specialisten in loondienst kan worden gevonden in de volgende oorzaken. Zoals in het methodologie hoofdstuk is beschreven, is de vragenlijst voornamelijk verspreid via contacten binnen verschillende MSB-en in verschillende ziekenhuizen. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat het de bedoeling was om de vragenlijst onder alle medisch specialisten binnen een ziekenhuis te verspreiden, maar aangezien de betreffende contactpersonen niet altijd de mogelijkheid of de autoriteit hadden om ook de medisch specialisten in loondienst aan te schrijven

zijn niet in alle deelnemende ziekenhuizen de medisch specialisten in loondienst aangeschreven. Tot slot kan het zo zijn dat medisch specialisten in loondienst minder snel geneigd zijn om aan een dergelijk onderzoek deel te nemen, aangezien zij over het algemeen minder betrokken zijn geweest en wellicht ook minder interesse hebben in de nieuwe organisatiemodellen.

7.2. Karakteristieken

De karakteristieken van de respondenten zijn samengevat in Tabel 1. In totaal is 71% van de respondenten man, 28% vrouw en heeft 1% zijn geslacht niet aangegeven. Hierbij wordt een statistisch verschil ($p=0,01$ m.b.v. Chi-kwadraattoets) waargenomen tussen de groep van vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst, waarbij het aandeel vrouwen in de groep van medisch specialisten in loondienst met 44% hoger ligt dan in de groep van vrijgevestigde medisch specialisten (25%). Deze verhouding lijkt in lijn met de landelijke trend. Hoewel hier geen absolute cijfers van bekend zijn is er een duidelijke trend waarneembaar waarbij het aandeel vrouwelijke specialisten hoger ligt (40 tot 70%) bij specialismen waar traditioneel veel medisch specialisten in loondienst werkzaam zijn, zoals kindergeneeskunde, klinische geriatrie, medische microbiologie en pathologie, dan bij specialismen waar er relatief een groot aandeel vrijgevestigde medisch specialisten zijn (10 tot 40%). Het hoge aantal vrijgevestigde specialisten in dit onderzoek verklaart het relatieve lage aandeel vrouwen in dit onderzoek (28%) ten opzichte van het landelijk gemiddelde (37%) (Capaciteitsorgaan, 2013).

De verdeling van ervaringsjaren als medisch specialist is niet gelijkmatig verdeeld tussen de groep vrijgevestigde medisch specialisten en die in loondienst. Bij de groep van medisch specialisten in loondienst is er een groter aandeel van specialisten die nog relatief kort – minder dan 5 jaar – werkzaam is als medisch specialist (28 vs. 12%). Daarentegen is er in de groep van vrijgevestigde medisch specialisten een groter aandeel van medisch specialisten die zeer lang – meer dan 25 jaar – werkzaam zijn als medisch specialist (15 vs. 5%). Er is geen verklaring gevonden voor dit verschil.

Zoals eerder geschreven is, is de vragenlijst verspreid in een relatief groot aandeel van STZ-ziekenhuizen. Dit blijkt ook uit het type ziekenhuis waar de respondenten werkzaam zijn. 77% van de respondenten is werkzaam in een topklinisch ziekenhuis, tegen 23% in een algemeen ziekenhuis. Hoewel het aandeel medisch specialisten in loondienst vanuit een algemeen ziekenhuis relatief iets groter is dan bij de vrijgevestigde medisch specialisten is er geen significant verschil tussen de twee groepen op dit punt gevonden. Vergelijking van alle uitkomsten tussen de groep topklinische en algemene ziekenhuizen m.b.v. de Chi-kwadraattoets en de Mann-Whitneytoets laat op geen enkel resultaat een significant verschil zien. Dit houdt in dat de scheve verhouding tussen topklinische en algemene ziekenhuizen géén probleem is voor de externe validiteit van dit onderzoek.

	Vrijgevestigd (n=171)	Loondienst (n=39)	Totaal (n=210)
Man	128 (75%)	21 (54%)	149 (71%)
Vrouw	42 (25%)	17 (44%)	59 (28%)
Onbekend	1 (1%)	1 (3%)	2 (1%)
Minder dan 5 jaar ervaring	21 (12%)	11 (28%)	32 (15%)
5 tot 10 jaar ervaring	41 (24%)	10 (26%)	51 (24%)
10 tot 25 jaar ervaring	83 (49%)	16 (41%)	99 (47%)
Meer dan 25 jaar ervaring	25 (15%)	2 (5%)	27 (13%)
Onbekend	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)
Algemeen ziekenhuis	35 (21%)	13 (33%)	48 (23%)
Topklinisch ziekenhuis	136 (80%)	26 (67%)	162 (77%)
Actief betrokken	55 (32%)	7 (18%)	62 (30%)
Niet actief betrokken	116 (68%)	32 (82%)	148 (70%)

Tabel 1: Karakteristieken respondentenvragenlijst

In eerdere onderzoeken rond dit thema, zijn vooral de medisch specialisten ondervraagd die zich actief bezighouden, bijvoorbeeld als MSB-bestuurslid, met de nieuwe vorm van bekostiging en organisatiemodel (Koelewijn et al., 2016; Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Een specifiek doel van dit onderzoek is om, in tegenstelling tot deze eerdere onderzoeken, ook de mening van medisch specialisten te onderzoeken die niet actief betrokken zijn (geweest) bij de totstandkoming van de nieuwe organisatiemodellen en die niet actief zijn binnen het bestuur van een MSB. Van de respondenten is uiteindelijk een ruime 70% niet actief betrokken (geweest) in dit proces. Hoewel met dit percentage de onderzoeksresultaten in principe dus een goed beeld kunnen geven van de ervaringen van de niet-actief betrokken medisch specialisten, bestaat er natuurlijk altijd het risico dat er een selectiebias ontstaat. Het is namelijk niet ondenkbaar, dat diegene die de moeite nemen om een dergelijke vragenlijst in te vullen een bovengemiddelde aandacht hebben voor dit onderwerp, ook al zijn ze niet actief betrokken. Dit zou ook kunnen betekenen dat deze groep kritischer is op het proces en via de vragenlijst een mogelijkheid ziet om hun onvrede te uiten. Het is dan ook de vraag of de uitkomsten van dit onderzoek direct representatief zijn voor alle medisch specialisten en verder – uitgebreider – onderzoek naar dit onderwerp is wenselijk.

7.3. Gevolgen patiëntenzorg

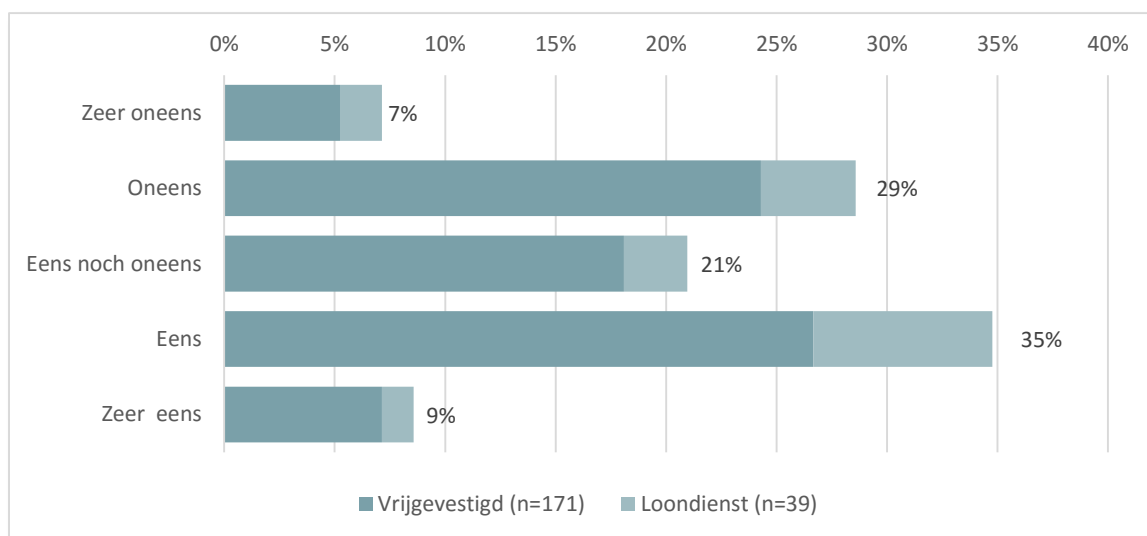
In de meest recente Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016) wordt aangegeven dat zowel ziekenhuisbestuurders als MSB-bestuurders geen fundamentele gevolgen voor de patiëntenzorg waar hebben genomen. Hierbij wordt wel aangegeven dat ze een toekomstig effect niet uitsluiten, daarbij wordt met name aandacht besteed aan eventuele positieve effecten van meer strategische samenwerking, een beter doordacht aannamebeleid en hogere kwaliteitseisen aan medisch specialisten. Tegenover de groep respondenten die een positief effect verwachten staat ook een groep die potentiële gevaren voor het borgen van de medisch inhoudelijke kwaliteit zien met het ontstaan van twee bedrijven binnen een instelling. Er worden geen aantallen genoemd van respondenten die een positief dan wel een negatief effect verwachten.

Op verschillende plekken in mijn onderzoek is er aandacht besteed aan het thema patiëntenzorg. Een van de vragen was of de respondent in zijn dagelijkse klinische werkzaamheden iets heeft gemerkt van de invoering van de integrale tarieven (Tabel 2). Meer dan driekwart zegt hier geen verschil in gemerkt te hebben. In de loondienst-groep is dit meer dan 90%. Van de groep die aangeeft wel iets gemerkt te hebben van de invoering van integrale tarieven, geeft meer dan driekwart aan dat dit ten nadele van de patiëntenzorg is. Hierbij is gekeken of er een verschil waargenomen kon worden tussen de groep van respondenten die actief betrokken bij het proces zijn en diegene die dat niet zijn. Hierbij valt op dat in de groep van actief betrokkenen er vaker een voordelig effect op de patiëntenzorg wordt ervaren. Het ervaren nadelige effect op de patiëntenzorg is bij ongeveer 20% van de respondenten aanwezig in beide groepen. De verschillen tussen beide groepen zijn niet-significant.

	Effect patiëntenzorg		
	Nadelig	Voordelig	Geen verschil
Vrijgevestigd medisch specialist (n=171)	36 (21,1%)	12 (7,0%)	123 (71,9%)
Medisch specialist in loondienst (n=39)	3 (7,7%)	0 (0,0%)	36 (92,3%)
Totaal	39 (18,6%)	12 (5,7%)	159 (75,7%)

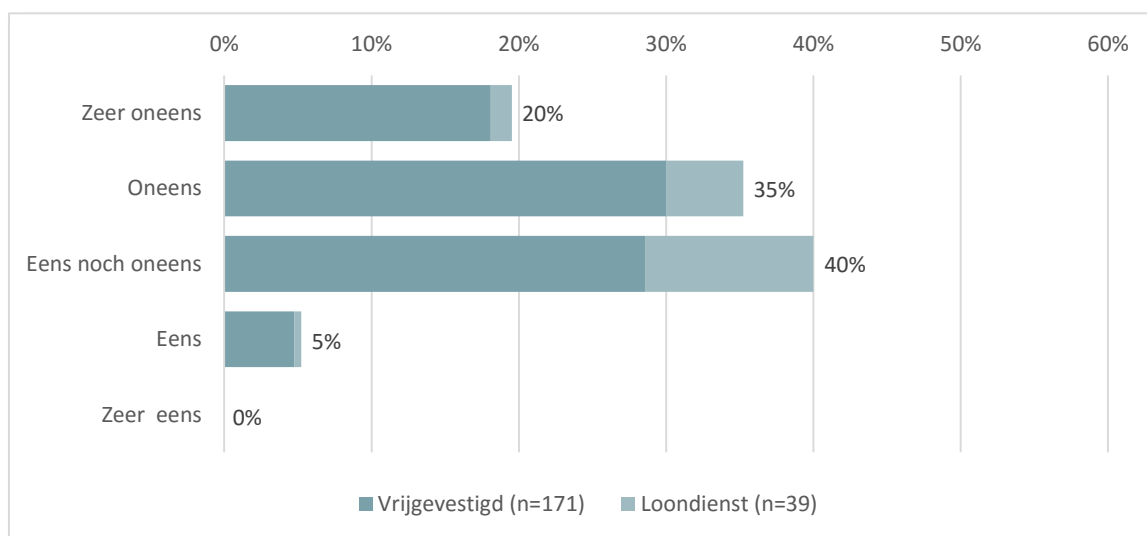
Tabel 2: Effect patiëntenzorg naar aanleiding van invoering integrale bekostiging

Ook een aantal van de stellingen die aan de respondenten is voorgelegd heeft ook betrekking op de patiëntenzorg. De eerste relevante stelling is: “het organisatiemodel van een ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan de patiëntenzorg” (zie Figuur 9). Een iets groter gedeelte van de respondenten is het “zeer eens” en “eens” dan “oneens” en “zeer oneens” met deze stelling (44 versus 36%). Het percentage “zeer eens” en “eens” ligt nog wat hoger bij medisch specialisten in loondienst (52%) dan bij vrijgevestigde medisch specialisten (42%). De verschillen tussen deze twee groepen zijn op dit punt niet-significant ($p=0,62$ m.b.v. Mann-Whitneytoets).

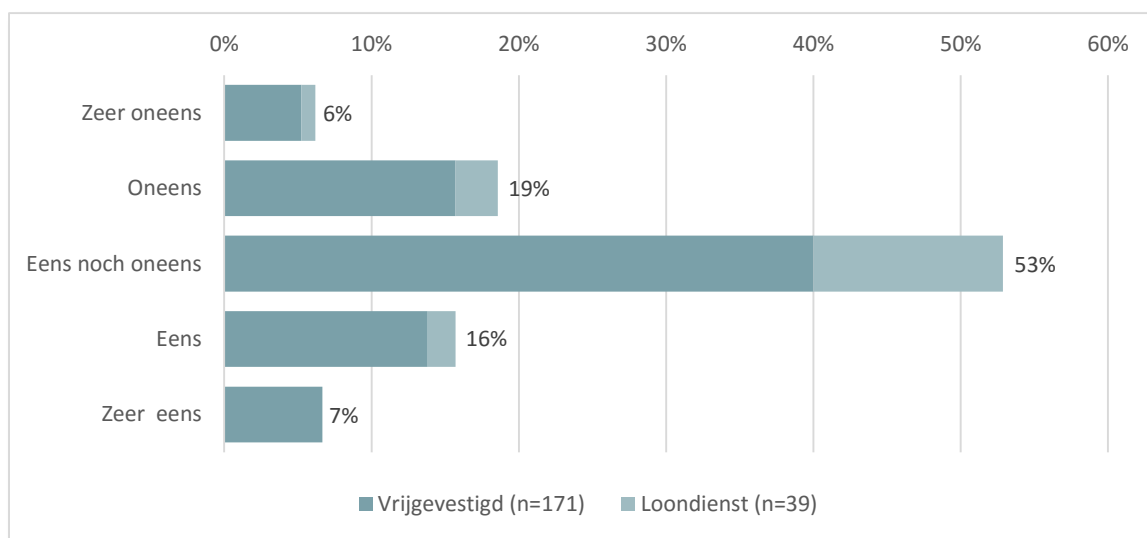


Figuur 9: Het organisatiemodel van het ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan de patiëntenzorg.

In het lijstje met stellingen zijn ook twee stellingen opgenomen die vragen of de respondenten het idee hebben dat de patiëntenzorg verbeterd dan wel verslechterd is door de invoering van de integrale tarieven (zie Figuur 10 en 11). Waar bij de eerdere vraag nog meer dan driekwart van de respondenten aangaf dat ze in hun eigen klinische werkzaamheden géén verschil hadden waargenomen geeft bij deze stellingen respectievelijk 40 en 53% een vergelijkbaar antwoord (*eens noch oneens*), dat kan worden geïnterpreteerd als géén waargenomen effect op de patiëntenzorg. Dit antwoord wordt significant vaker gegeven bij de groep medisch specialisten in loondienst (62 en 69%) dan bij de vrijgevestigde medisch specialisten (35 en 49%) ($p < 0,01$ en $p < 0,05$ m.b.v. Chi-kwadraattoets). Kijkend naar de overige responses blijkt dat slechts 5% van de respondenten een verbetering van de patiëntenzorg ten gevolge van de invoering van de integrale tarieven ziet.



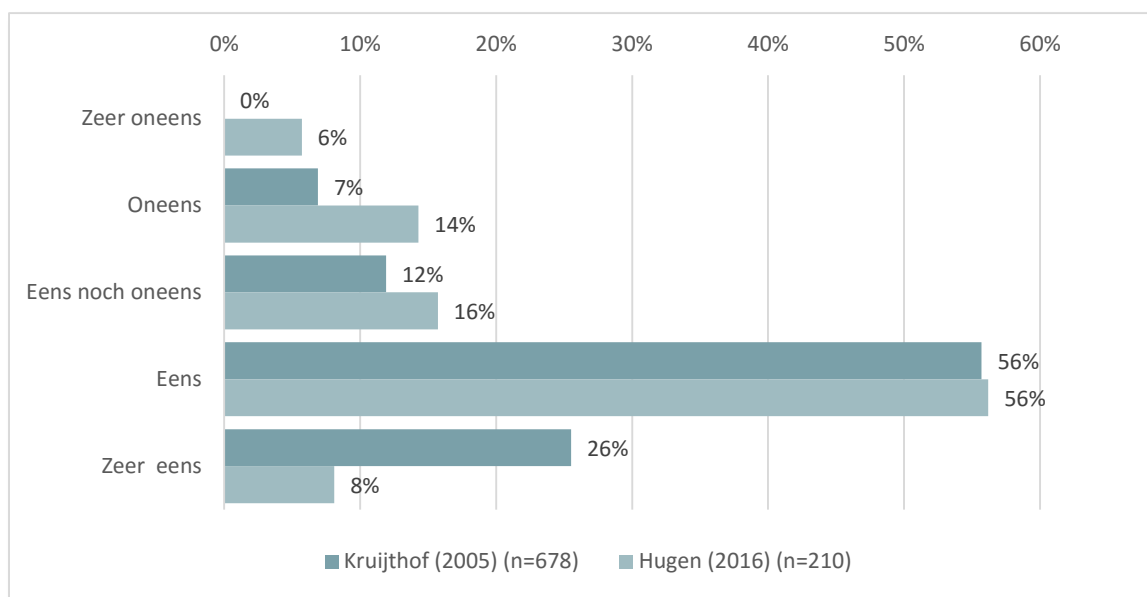
Figuur 10: De patiëntenzorg is verbeterd door de invoering van integrale tarieven.



Figuur 11: De patiëntenzorg is verslechterd door de invoering van integrale tarieven.

Bijna een kwart (25% van de vrijgevestigde specialisten en 10% van de specialisten in loondienst) van de respondenten geeft verder aan dat in hun ogen de patiëntenzorg is verslechterd door de invoering van de integrale tarieven. Dit is een nog hoger percentage dan bij de eerdere vraag naar het effect van de invoering van de integrale tarieven op de patiëntenzorg.

De laatste twee relevant stellingen voor dit onderwerp zijn de stellingen of de kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische dan wel financiële overwegingen. Deze twee stellingen zijn eerder in het onderzoek van Kruijthof (2005) ook aan de orde geweest. Interessant is dus om te zien of er – in de meer dan 10 jaar die er tussen het onderzoek van Kruijthof en mijn onderzoek zit – veel veranderd is in de opvatting van specialisten over deze stelling. Zoals zichtbaar in Figuur 12 en 13 is de trend van de resultaten in beide onderzoeken gelijk. Op beide stellingen in beide onderzoeken geeft een duidelijke meerderheid aan het “eens” of “zeer eens” te zijn met deze de stellingen. In het onderzoek van Kruijthof is dat respectievelijk 82% en 81% voor organisatorische en financiële overwegingen, terwijl dat in mijn onderzoek respectievelijk 64% en 70% is. Dit verschil wordt deels verklaard vanuit de categorie “eens noch oneens”, maar ook in de categorie van respondenten die het “oneens” of “zeer oneens” zijn ligt het percentage in het huidige onderzoek, met respectievelijk 20 en 16%, hoger dan in het onderzoek van Kruijthof (7% en 8%). Voor beide stellingen zijn deze verschillen significant ($p < 0,01$ m.b.v. Mann-Whitneytoets). Kijkende naar deze resultaten kan men dus stellen dat over de jaren medisch specialisten organisatorische en financiële overwegingen wat minder als een bedreiging van de kwaliteit van patiëntenzorg zijn gaan zien. Een positieve ontwikkeling dus. Hierbij moet worden aangetekend dat de kenmerken van de respondenten significant afweken tussen de twee studies. Zo was er een groter aandeel beschouwende specialisten en vrouwen ($p < 0,05$ en $p < 0,01$ m.b.v. Chi-kwadraattoets) in mijn onderzoek.

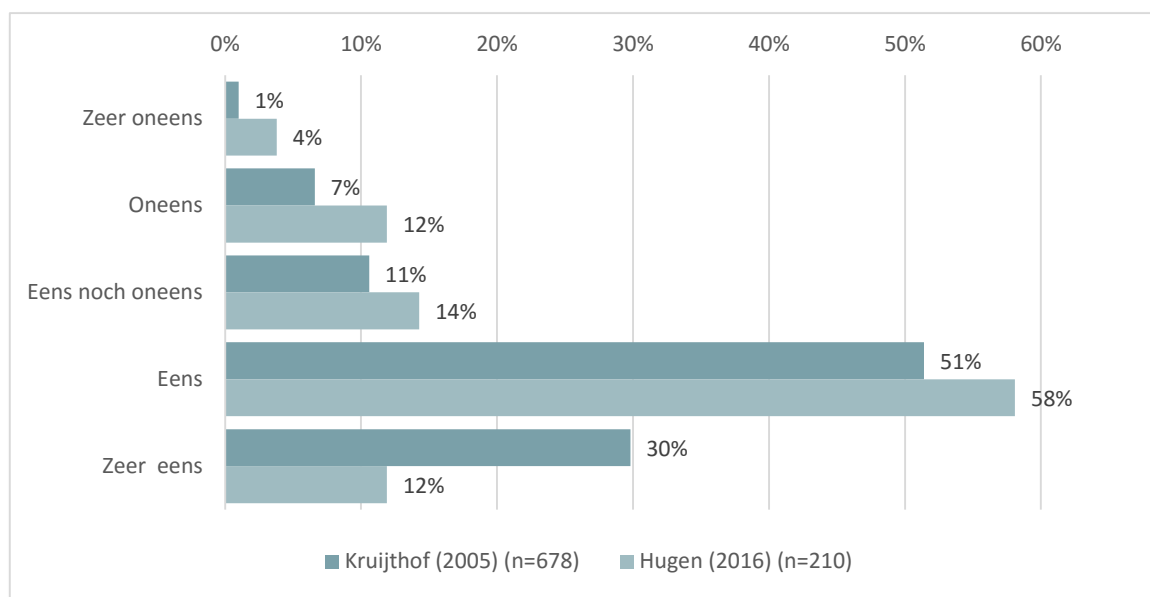


Figuur 12: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische overwegingen. Vergelijk tussen onderzoek Kruijthof (2005) en huidig onderzoek m.b.v. Mann-Whitneytoets ($p < 0,01$)

Op het gebied van patiëntenzorg kan vanuit mijn onderzoek de conclusie zoals gesteld in de laatste Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016), dat er geen effecten op de patiëntenzorg worden waargenomen, niet direct worden onderschreven. Uiteindelijk geeft ongeveer een kwart van de respondenten aan dat ze een verslechtering van de patiëntenzorg waarnemen naar aanleiding van de invoering van de integrale bekostiging. Het is natuurlijk een interessant gegeven dat een substantieel deel van de respondenten in ieder geval het gevoel heeft dat er een verslechtering is opgetreden, zonder dat hier concrete aanwijzingen voor lijken te zijn. Een verklaring hiervoor zou kunnen liggen in het feit dat men in het algemeen ontevreden is over deze wijziging en met name het gevoel heeft dat dit veel energie en geld heeft gekost dat beter aan patiëntenzorg besteed had kunnen worden. Dit blijkt ook uit enkele van de vrije tekst antwoorden die door de respondenten zijn gegeven:

“Ik heb het als redelijk stuitend ervaren hoeveel tijd (en geld, hetgeen ook patiënten zorg ten goede had kunnen komen) er in 2014 en 2015 door ons medisch specialisten besteed is aan de invoering van de integrale tarieven en de continuering van onze vrije vestiging.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Met name de overgang van aparte maatschappen naar 1 MSB is complex. Deze overgang kost veel tijd / energie en dit gaat mi ten koste van energie die ook in patiëntenzorg gestoken had kunnen worden.” (vrijgevestigde medisch specialist)



Figuur 13: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door **financiële** overwegingen. Vergelijk tussen onderzoek Kruijthof (2005) en huidig onderzoek m.b.v. Mann-Whitneytoets ($p < 0,01$)

Dit gevoel gaat wellicht verder dan dat dit alleen een gevolg zou zijn van de invoering van de integrale tarieven. Medisch specialisten lijken in het algemeen te ervaren dat – door de politiek opgelegde – wijzigingen veel tijd, energie en geld kosten en op deze manier dus ten koste gaan van het primaire proces, zijnde de directe patiëntenzorg. In de vrije tekst antwoorden schemert ook door dat specialisten zich bedreigd voelen in hun professionele autonomie of in de uitoefening van hun vak.

“Het doorvoeren van politieke doelen in de gezondheidszorg zonder dat hierdoor de (in NL als goed beoordeelde) patiëntenzorg beter wordt zorgt voor veel onrust en kost enorm veel energie (en geld) wat niet aan die patiëntenzorg kan worden besteed.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Ik heb vaak de indruk dat de patiëntenzorg, wat toch onze core business is, vergeten wordt binnen de organisatie.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Met name het behoud van de professionele autonomie staat voorop...” (vrijgevestigde medisch specialist)

7.4. Werkbeleving

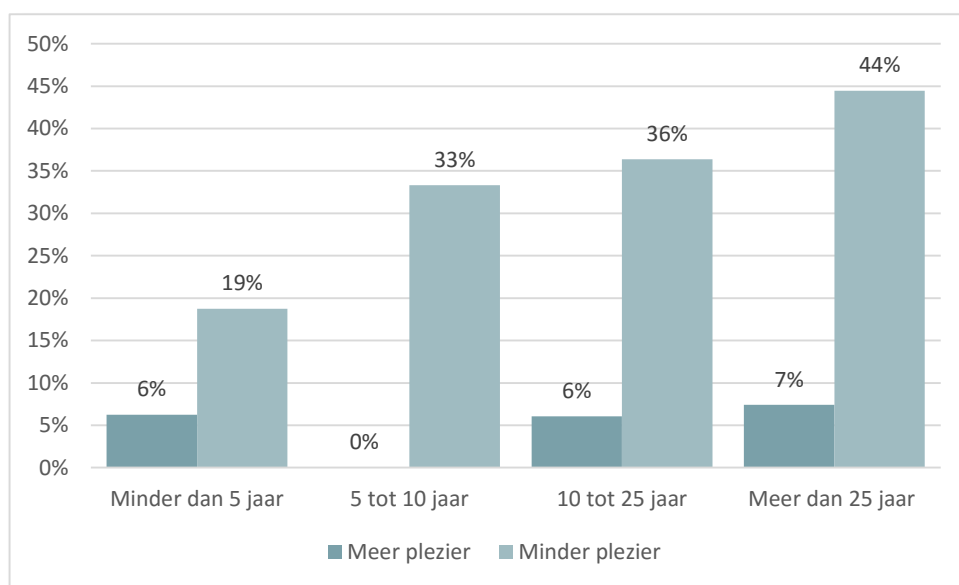
Een van de zaken waar in de vragenlijst naar gevraagd is, is het plezier in het werk en dan met name of dit veranderd is door de invoering van de integrale tarieven (zie Tabel 3). Meer dan een derde van de respondenten geeft aan minder plezier in zijn werkzaamheden gekregen te hebben door de invoering van de integrale tarieven. Onder de medisch specialisten in loondienst ligt dit aantal een stuk lager dan onder de vrijgevestigde medisch specialisten (18 versus 38%) en is er een veel groter deel dat aangeeft geen verschil te ervaren in hun werkbeleving (82 versus 56%). In de groep van

	Effect werkbeleving		
	Meer plezier	Minder plezier	Geen verschil
Vrijgevestigd medisch specialist (n=171)	10 (5,8%)	65 (38,0%)	96 (56,1%)
Medisch specialist in loondienst (n=39)	0 (0,0%)	7 (17,9%)	32 (82,1%)
Totaal	10 (4,8%)	72 (34,3%)	128 (61,0%)

Tabel 3: Effect werkbeleving naar aanleiding van invoering integrale bekostiging

vrijgevestigde medisch specialisten is er ook nog een klein deel (6%) dat aangeeft juist meer plezier in hun werk te hebben gekregen. Deze respondenten komen grotendeels uit de groep van actief betrokken specialisten. Dit verschil is significant ($p < 0,01$ m.b.v. Chi-kwadraattoets). Hier staat tegenover dat er in deze groep ook een net iets groter aandeel respondenten heeft aangegeven juist minder plezier in hun werk te hebben gekregen dan in de groep die niet actief betrokken is geweest in het proces naar de invoering van integrale bekostiging.

Kijkend naar het aantal jaren dat medisch specialisten actief in het vak zijn dan is er een progressieve toename zichtbaar van het aandeel dat minder plezier in zijn werkzaamheden heeft gekregen naar mate de respondent langer werkzaam is als medisch specialist (zie Figuur 14). Dit verschil is echter niet significant ($p = 0,19$ m.b.v. chi-kwadraattoets).



Figuur 14: Verandering werkplezier t.g.v. invoering integrale tarieven t.o.v. ervaring als medisch specialist

Hoewel het hier geen kwalitatief onderzoek betreft is er vanuit de vrije tekst velden in de vragenlijst en de gesprekken die ter voorbereiding van het empirisch onderzoek zijn gedaan wel een bepaald beeld ontstaan dat zou kunnen verklaren dat een groep medisch specialisten minder plezier in hun

werk heeft gekregen naar aanleiding van de invoering van de integrale tarieven. Dit lijkt met name samen te hangen met de gepercipieerde toegenomen administratieve last en het ‘gedoe’ rondom de vele wijzigingen. De werkzaamheden in het primaire proces van de medisch specialisten zullen niet direct veranderd zijn, maar de beleving van de werkzaamheden wel.

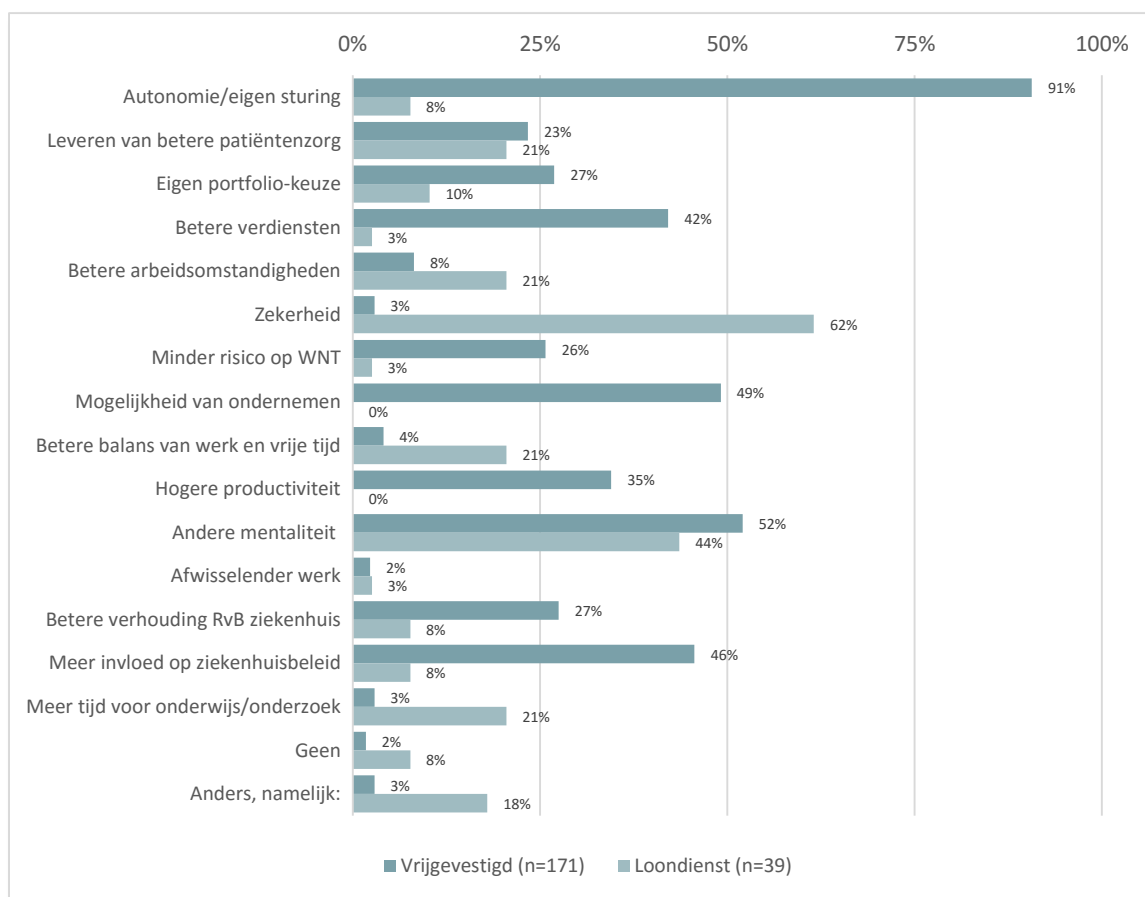
“Het opzetten van een MSB kost veel tijd en inspanning, zo ook de nieuwe manier van samenwerken van het MSB en de RvB. Dit gaat mi ten koste van de patiëntenzorg en geeft meer registratie/ administratielast.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Er zijn te veel niet klinische werkzaamheden als medisch specialist bijgekomen, registratie, indicatoren, kwaliteit, management etc , die te veel de aandacht vergen ten koste van het primaire proces.” (medisch specialist in loondienst)

7.5. Belangen en drijfveren

Uit het literatuuronderzoek bleek dat inkomen, werkbalans en met name autonomie belangrijke drijfveren van medisch specialisten zijn. Een verschil tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten werd niet in de literatuur gevonden.

Via een tweetal vragen uit de vragenlijst is gepoogd om meer inzicht te verkrijgen in de belangrijkste werkwaarden of drijfveren van medisch specialisten. De eerste vraag was wat in de ogen van de vrijgevestigde medisch specialisten de belangrijkste meerwaarde is van vrije vestiging ten opzichte van loondienst en vice versa voor de medisch specialisten in loondienst (zie Figuur 15). Ondanks de mogelijkheid om maximaal vijf antwoorden te geven heeft de groep van specialisten in loondienst hier veel minder gebruik van gemaakt. In deze groep werd er gemiddeld iets meer dan 2,5 antwoord per respondent gegeven, terwijl dit bij de vrijgevestigde medisch specialisten op bijna 4,5 lag. De meest voorkomende meerwaarde voor de vrijgevestigde medisch specialisten was *autonomie*, maar liefst 91% van de vrijgevestigde medisch specialisten gaf dit als een van hun keuzes aan. Dit item scoorde bij de medisch specialisten in loondienst met 8% als een van de laagste. Andere belangrijke meerwaarde voor de vrijgevestigde medisch specialisten waren *andere mentaliteit* (52%), *mogelijkheid van ondernemen* (49%), *meer invloed kunnen uitoefenen op het ziekenhuisbeleid* (46%) en *betere verdiensten* (42%). De uitschieters van de vrijgevestigde medisch specialisten ten opzichte van de medisch specialisten in loondienst zijn uit het bovenstaande rijtje *autonomie*, *mogelijkheid van ondernemen*, *meer invloed op ziekenhuisbeleid* en *betere verdiensten*, maar hiernaast springen ook nog de items *hogere productiviteit*, *minder risico om onder de WNT te gaan vallen*, *eigen portfolio-keuze* en *een betere verhouding met de RvB van het ziekenhuis* eruit.



Figuur 15: Meerwaarde vrijgevestigd vs. loondienst en vice versa

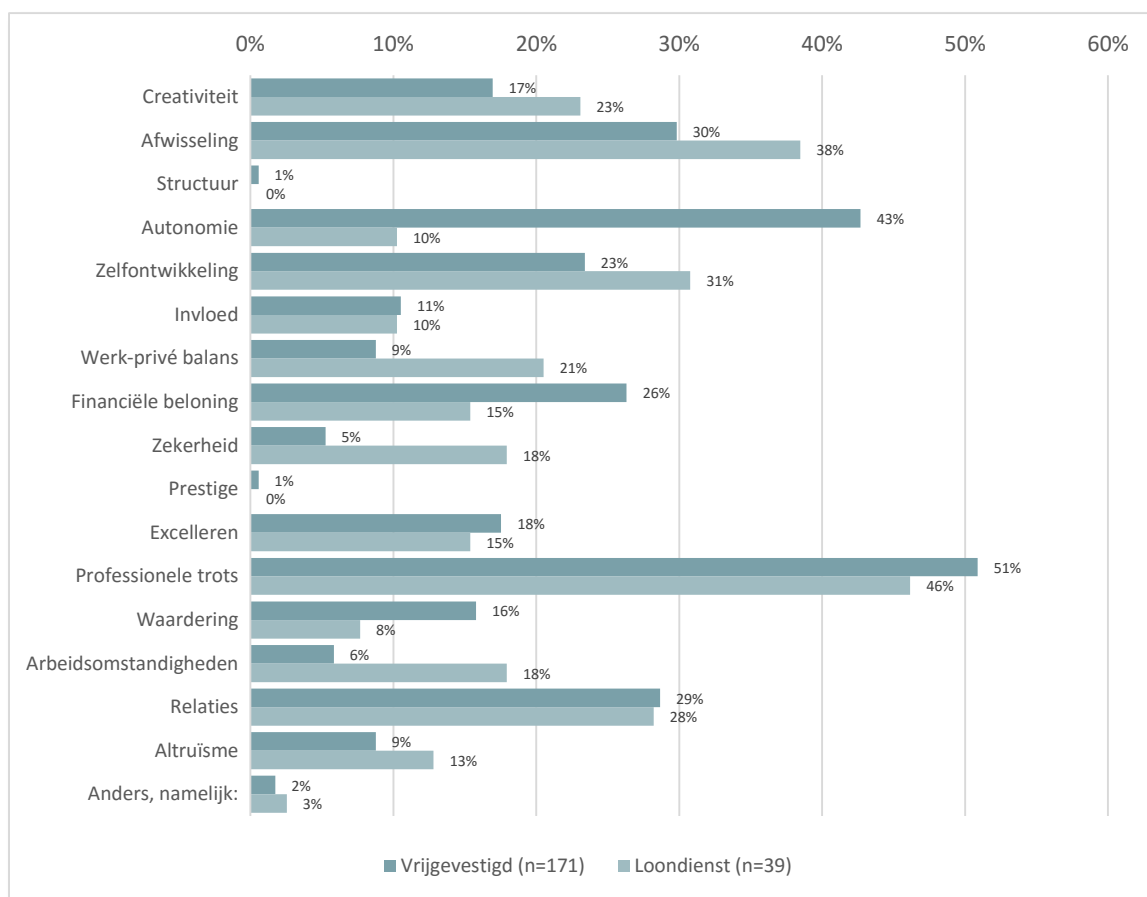
Bij de medisch specialisten in loondienst was de absolute nummer één, met 62%, *zekerheid*. Iets dat bij de vrijgevestigde medisch specialisten weer zeer laag scoorde met slechts 3%. Een ander belangrijk item voor de medisch specialisten in loondienst was een *andere mentaliteit* (44%). Deze laatste scoort dus in beide groepen zeer hoog, wat een interessante bevinding is aangezien schijnbaar beide groepen de mentaliteit of cultuur van hun eigen groep verkiezen boven de mentaliteit van de andere groep en hier ook een bepaalde waarde aan hechten. Items die relatief vaak werden genoemd door medisch specialisten in loondienst in verhouding tot vrijgevestigde medisch specialisten waren – naast zekerheid – *betere arbeidsomstandigheden*, *betere balans van werk en vrije tijd* en *meer tijd en ruimte voor onderwijs en onderzoek*.

Bij de optie “*anders, namelijk*” hadden de respondenten de mogelijkheid om vrije tekst op te geven. Hiervan is door enkele medisch specialisten gebruik gemaakt. Zo gaf een vrijgevestigde medisch specialist aan dat “*vrije vestiging beter voor het ziekenhuis als geheel is en dat uiteindelijk de patiënt beter af is*” en een ander dat “*vrije vestiging goedkoper is voor de zorg*”. Ook kwam er kritiek vanuit een vrijgevestigde medisch specialist op niet-medische managers: “*het intellectuele kapitaal van medisch specialisten wordt in vrij gevestigde positie minder stukgeslagen door niet-medisch managers en andere niet-medisch specialisten. Overtuiging dat er meer creativiteit is en blijft in vrije*

vestiging". Een medisch specialist in loondienst gaf aan "geen interesse te hebben in meer vergaderen en zeker niet over geld", een ander refereert aan een "medisch beleid zonder perverse prikkels en onafhankelijk van eigen gewin" en nog een ander zegt een meerwaarde in loondienst te zien vanwege "minder administratieve rompslomp". Tot slot is er een medisch specialist in loondienst die vooral problemen met de komst van het MSB ervaart: "... heb juist idee dat we als loondienst meer invloed op RVB kunnen hebben omdat het alleen maar gaat om goede zinvolle zorg. Als we met goed onderbouwde argumenten komen, kon verandering plaats vinden. Nu met komst van MSB is er totale verlamming opgetreden omdat het MSB opeens ook iets te zeggen blijkt te hebben en dit gaat echt niet over inhoud maar alleen om financiële zaak".

De tweede vraag die dit thema behandelt is wat de belangrijkste werkwaarden van specialist zijn die hun werk op dit moment beïnvloeden (Figuur 16). Hierbij konden maximaal drie antwoorden worden gegeven. In tegenstelling tot de eerdere vraag hebben vrijwel alle respondenten hier gebruik gemaakt van de mogelijkheid om drie antwoorden te geven. De hoogste score in zowel de groep van vrijgevestigde specialisten als de groep van specialisten in loondienst wordt teruggezien bij het item *professionele trots* wat door zo'n 50% van de respondenten wordt aangegeven. De belangrijkste werkwaarden voor de vrijgevestigde medisch specialisten zijn *autonomie* (43%), *afwisseling* (30%), *relaties* (29%) en *financiële beloning* (26%). In de groep van medisch specialisten in loondienst zijn dit *afwisseling* (38%), *zelfontwikkeling* (31%), *relaties* (28%) en *creativiteit* (23%). De grootste verschillen tussen respectievelijk vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst, worden waargenomen bij *autonomie* (43 vs. 10%), *financiële beloning* (26 vs. 15%), *zekerheid* (5 vs. 18%), *werk-privé balans* (9 vs. 21%) en *arbeidsomstandigheden* (6 vs. 18%). Bij deze vraag worden veel overeenkomsten tussen de twee groepen gevonden, waaruit geconcludeerd kan worden dat er een aantal belangrijke drijfveren is, zoals professionele trots, invloed, excelleren en relaties, die voor de gehele groep medisch specialisten van belang zijn, onafhankelijk van hun arbeidsrelatie met het ziekenhuis.

In het eerdere literatuuronderzoek naar de drijfveren werden als belangrijke overwegingen bij de keuze voor een specialisme met name vakinhoudelijke drijfveren gevonden. Meer secundaire drijfveren, zoals werk-privé balans, arbeidsvoorwaarden en salaris scoorden een stuk lager. Bij de analyse van dit onderzoek is ook gekeken naar de verschillen in werkwaarden tussen 'jonge' medisch specialisten en 'oudere' medisch specialisten. Het afkappunt hierbij is gelegd op 10 jaar actief zijn als medisch specialist. Hierbij opgemerkt dat de gemiddelde leeftijd waarop een arts medisch specialist wordt op 36 jaar ligt (Lugtenberg et al., 2005) en dat de groep met minder dan 10 jaar ervaring als medisch specialist nog altijd in de leeftijdscategorie van 35 tot 45 jaar zal liggen. De belangrijkste verschillen tussen respectievelijk de specialisten die korter dan 10 jaar als specialist werkzaam zijn en

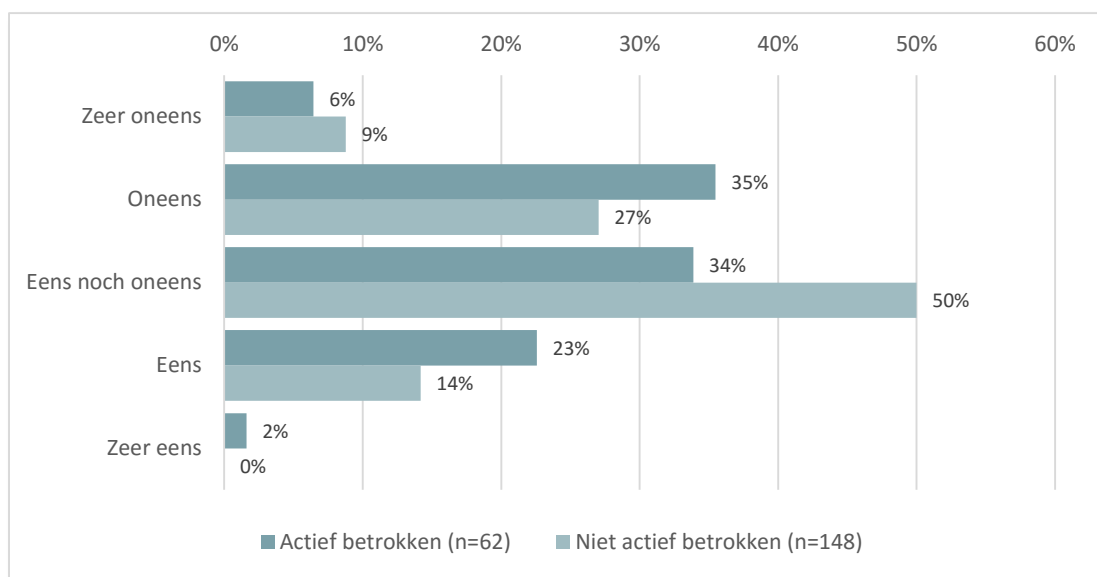


Figuur 16: Belangrijkste werkwaarden op dit moment

die langer dan 10 jaar werkzaam zijn worden gezien bij *zelfontwikkeling* (35 vs. 18%), *relaties* (34 vs. 25%), *excelleren* (22 vs. 14%), *professionele trots* (40 vs. 56%), *creativiteit* (13 vs. 21%) en *invloed* (6 vs. 13%) (Figuur 42 in Bijlage 4). Het zijn dus met name de primaire drijfveren volgens Thompson (1993) die prominenter aanwezig zijn bij de medisch specialisten die langer dan 10 jaar actief zijn. Hoewel het verschil tussen primaire en secundaire drijfveren – volgens de verdeling zoals die in Tabel 4 van het volgende hoofdstuk is gemaakt – niet significant verschilt tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst ($p=0,41$ m.b.v. Chi-kwadraattoets), verschilt deze wel significant tussen de groep die korter dan 10 jaar werkzaam is als medisch specialist en diegene die langer dan 10 jaar werkzaam zijn als medisch specialist ($p=0,01$ m.b.v. Chi-kwadraattoets).

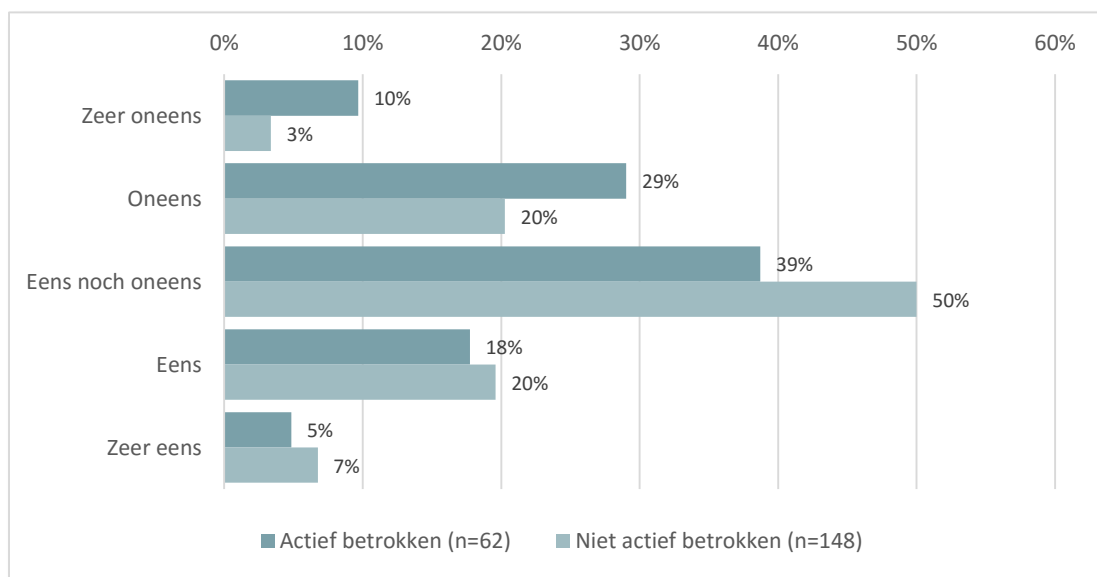
7.6. Verhouding met RvB

Een van de items die door de groep van vrijgevestigde specialisten als meerwaarde van de vrije vestiging wordt gezien is een betere verhouding met de RvB. Met betrekking tot dit punt zijn een tweetal stellingen opgenomen in de vragenlijst. In deze stellingen werd gevraagd of door de invoering van de integrale tarieven de verhouding met de RvB verbeterd of verslechterd is. Op beide stellingen is niet een éénduidig antwoord gegeven. Consistent is wel dat ongeveer de helft van de



Figuur 17: Invoering van integrale tarieven heeft verhouding met RvB **verbeterd**. Vergelijk van groepen actief en niet-actief betrokken medisch specialisten m.b.v. Mann-Whitneytoets ($p=0,75$)

respondenten geen duidelijke mening hierover heeft. Bij de andere helft is 17% van mening dat de verhouding is verbeterd en 25% dat de verhouding is verslechterd (zie Figuur 31 t/m 34 in Bijlage 4). Bij vergelijking van de groep die actief betrokken is geweest bij de invoering en de groep die dat niet is valt met name op dat het aantal respondenten dat géén mening heeft ("Eens noch oneens") bij de eerste stelling significant lager ($p<0,05$ m.b.v. Chi-kwadraattoets) ligt bij de groep niet-actief betrokken medisch specialisten (Figuur 17). Bij de tweede stelling (Figuur 18) is dit aandeel ook lager, maar niet-significant ($p=0,13$ m.b.v. Chi-kwadraattoets). Verder is de groep actief betrokken medisch specialisten het vaker "zeer eens" of "eens" met de stelling dat de verhouding met de RvB is



Figuur 18: Invoering van integrale tarieven heeft verhouding met RvB **verslechterd**. Vergelijk van groepen actief en niet-actief betrokken medisch specialisten m.b.v. Mann-Whitneytoets ($p=0,08$)

verbeterd en het vaker “zeer oneens” of “oneens” met de stelling dat deze relatie is verslechterd. Deze resultaten laten zien dat de actief betrokken medisch specialisten het meeste een verandering in de verhouding met de RvB hebben waargenomen, wat ook logisch is aangezien dit de groep is die het meest direct samenwerkt met de RvB. Deze actieve groep ziet vaker een verbetering in de verhouding dan de niet-actieve groep, maar het is nog altijd zo dat meer dan 40% van deze groep vindt dat er géén verbetering is opgetreden en dat bijna 25% aangeeft dat er een verslechtering is opgetreden.

Enkele vrije tekst antwoorden hebben ook betrekking op het punt van de verhouding met de RvB:

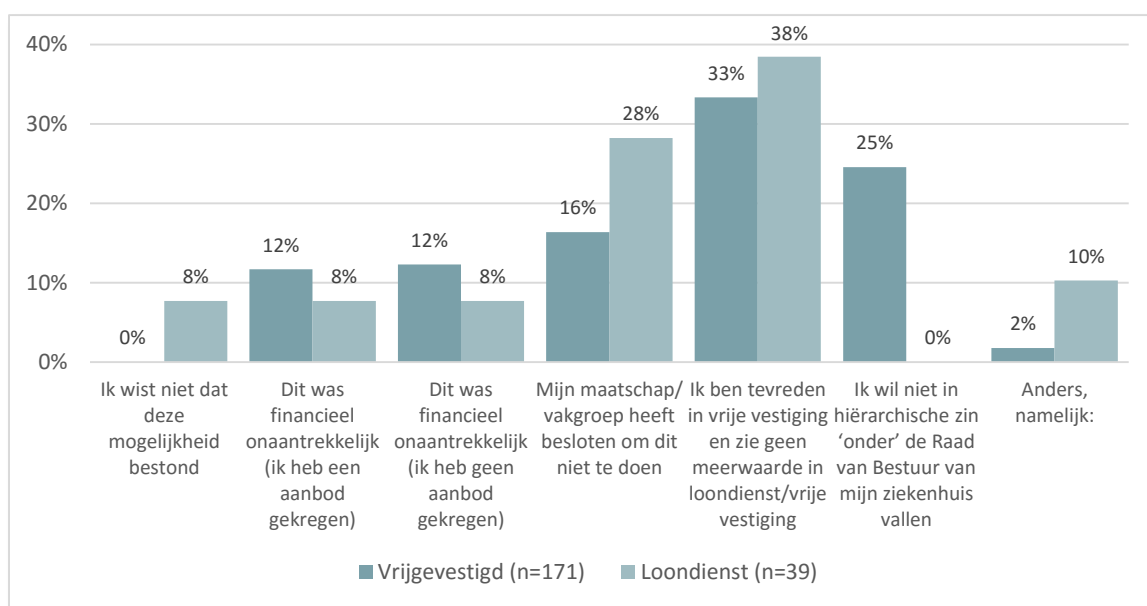
“Goede samenwerking tussen ziekenhuis en specialisten is van essentieel belang voor het goed functioneren van een ziekenhuis. Gelijk gerichte financiële belangen helpen daarbij.”

(vrijgevestigde medisch specialist)

“Nav relatie met RvB is dit in het ene ziekenhuis verbeterd (samen de schouders er onder). In het andere ziekenhuis verslechterd (geen vertrouwen in elkaar)” (vrijgevestigde medisch specialist)

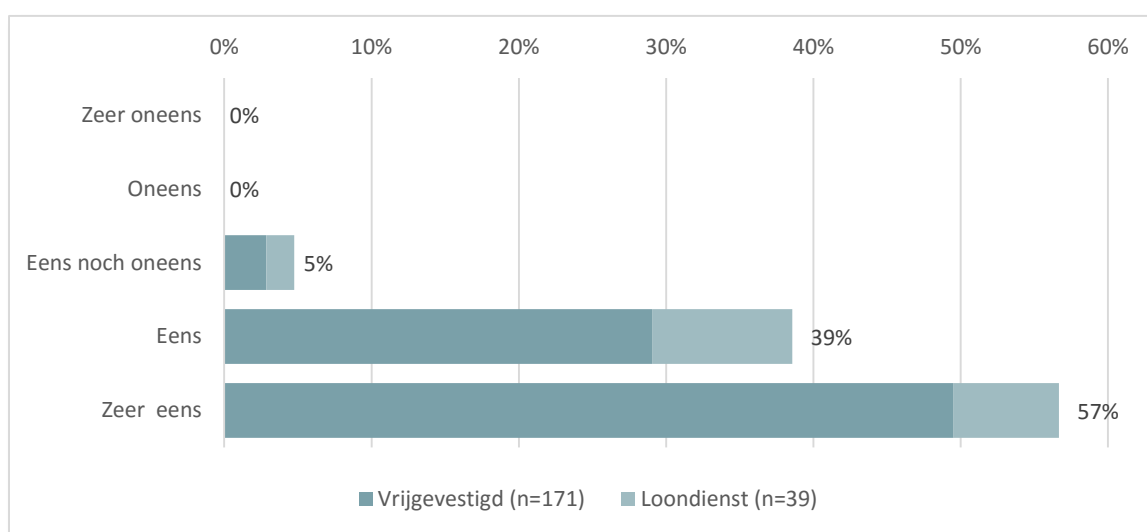
7.7. Arbeidsrelatie en besturingsmodellen

Tot slot is er nog een aantal vragen en stellingen die aandacht besteden aan de arbeidsrelatie en besturingsmodellen. De keuze voor vrije vestiging of loondienst voor een startende specialist is afhankelijk van verschillende factoren waar specialisten niet altijd invloed op hebben. Zo zijn er bepaalde vakgroepen en/of ziekenhuizen die voornamelijk in vrije vestiging of loondienst zijn en als startende medisch specialist is de vorm van arbeidsrelatie slechts één van de factoren die een rol spelen bij het zoeken van een baan. Andere, wellicht vaak belangrijkere factoren, zijn locatie, soort

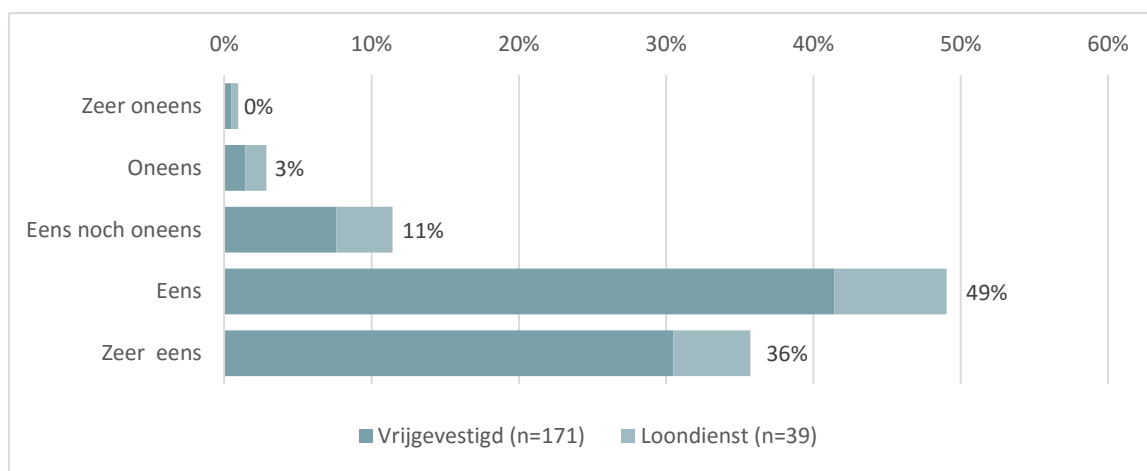


Figuur 19: Belangrijkste reden om niet over te stappen van vrije vestiging naar loondienst en vice versa

ziekenhuis en beschikbare vacatures. Ten tijde van de invoering van de integrale tarieven bestond echter de mogelijkheid voor vrijgevestigde medisch specialisten om de overstap te maken naar loondienst. Zoals in een van de eerdere hoofdstukken beschreven hebben uiteindelijk veel minder vrijgevestigde specialisten de overstap naar loondienst gemaakt dan van tevoren was gedacht en gehoopt door het ministerie van VWS. In dit onderzoek is er dus ook gekeken wat de reden is geweest voor de vrijgevestigde medisch specialisten om deze overstap niet te maken (zie Figuur 19). De belangrijkste reden die een derde van de vrijgevestigde respondenten aangaf was dat ze tevreden zijn in vrije vestiging en geen meerwaarde in loondienst zien. Onder de specialisten in loondienst is deze vraag omgekeerd gesteld en ook bij hen zie je dat tevredenheid met de huidige situatie als de belangrijkste reden wordt aangegeven. Verder gaf een kwart van de vrijgevestigde specialisten aan dat ze niet in hiërarchische zin onder de RvB willen vallen en bijna een kwart gaf als belangrijkste reden dat overstappen financieel onaantrekkelijk is. Hierbij is nog het onderscheid gemaakt of er een aanbod is gedaan, wat bij ongeveer de helft het geval was. Bij de specialisten in loondienst is verder een belangrijke factor dat de maatschap of vakgroep heeft besloten om niet over te stappen. Interessant genoeg geeft ook meer dan 15% aan dat het financieel onaantrekkelijk is en zegt 8% hier daadwerkelijk een aanbod voor gekregen te hebben. Enkele respondenten hebben van de mogelijkheid gebruik gemaakt om een andere reden op te geven. Redenen die hierbij werden gegeven waren de opvatting dat *“een loondienststructuur voor patiëntenzorg, efficiëntie en productie negatief uitpakt”* en dat een vrijgevestigde medisch specialist *“meer invloed kan hebben op de uitvoering van de patiëntenzorg”*. Een andere vrijgevestigde medisch specialist schreef dat *“het machtsverwicht tussen RvB en vrijgevestigde specialisten op langere termijn een wezenlijke factor is in het handhaven van de balans tussen kwalitatief goede zorg en financiële doelmatigheid”*.

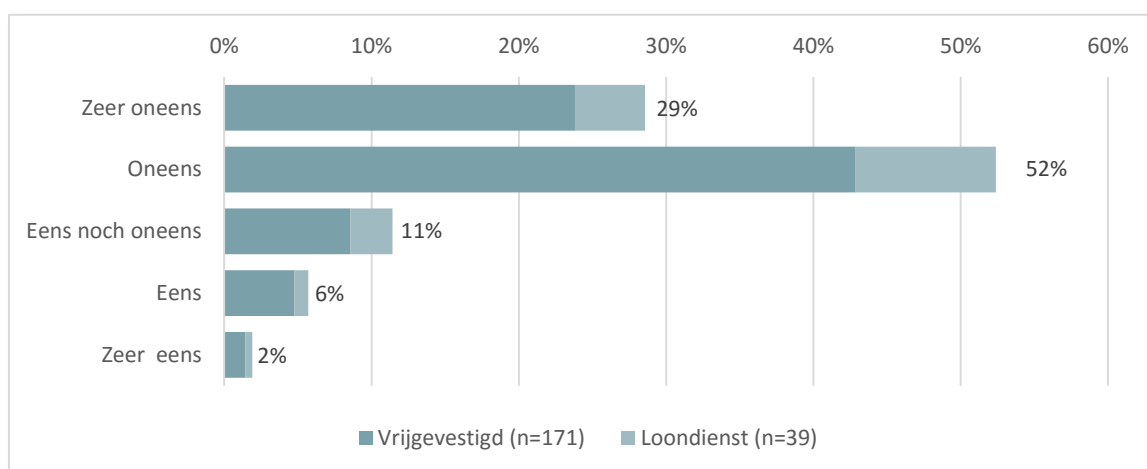


Figuur 20: Voor een goed functionerend ziekenhuis is het noodzakelijk dat de medische staf zeggenschap over het ziekenhuisbeleid heeft.

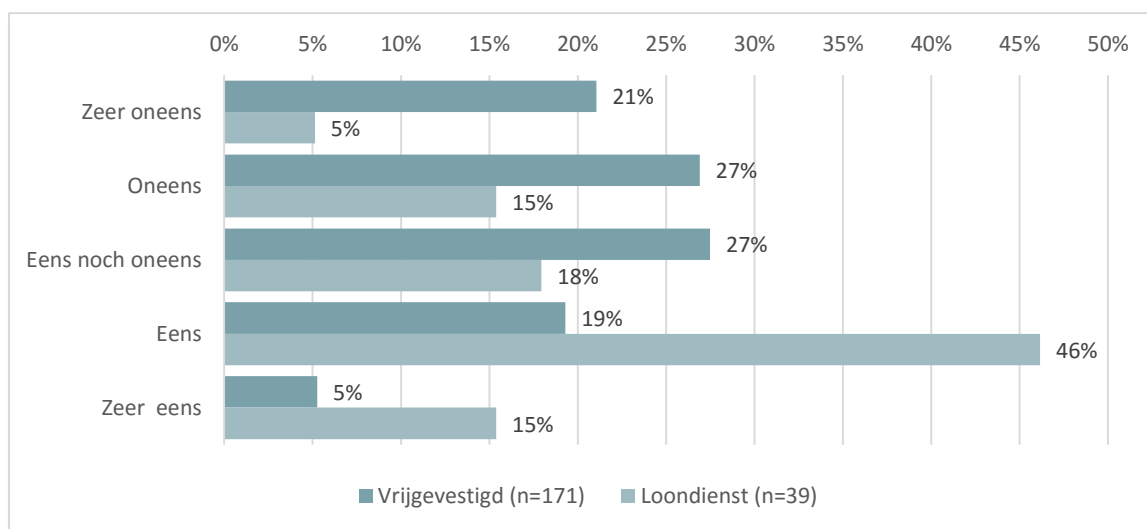


Figuur 21: Een ziekenhuis zou (deels) bestuurd moeten worden door medisch specialisten.

Met betrekking tot de besturingsmodellen is een interessant resultaat dat meer dan een derde, en in sommige ziekenhuizen bijna de helft, van de respondenten niet kon aangeven wat voor soort – transparant (maatschap) of niet-transparant (coöperatief) – samenwerkingsmodel er in hun ziekenhuis is. Kijkend naar alleen de niet-actief betrokken specialisten dan is dit zelfs 40%. In een van de deelnemende ziekenhuizen werd zelfs door drie vrijgevestigde specialisten aangegeven dat hun ziekenhuis een participatiemodel heeft. Een aantal stellingen gaat verder in op de besturing van een ziekenhuis en dan met name op het feit in hoeverre de specialisten betrokken zouden moeten zijn bij de besturing van een ziekenhuis. Een eerste stelling over dit onderwerp is dat voor een goed functionerend ziekenhuis de medische staf zeggenschap zou moeten hebben over het ziekenhuisbeleid (Figuur 20). Een overweldigende meerderheid (95%) is het met deze stelling eens, waarbij het grootste gedeelte (57%) het zelfs zeer eens is. Ook op de stelling dat een ziekenhuis (deels) door medisch specialisten bestuurd zou moeten worden, wordt vrij eenduidig geantwoord (Figuur 21). Maar liefst 85% is het hier mee eens, waarbij de antwoorden iets minder uitgesproken richting “zeer eens” zijn.



Figuur 22: Medisch specialisten zouden zich enkel met directe patiëntenzorg hoeven bezighouden en niet met algemene managementtaken in het ziekenhuis.



Figuur 23: Over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst ($p < 0,01$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)

Verder is er nog de stelling dat medisch specialist zich alleen met directe patiëntenzorg zouden moeten bezighouden en niet met algemene managementtaken in het ziekenhuis (Figuur 22). Ook bij deze stelling komt een vrij uitgesproken beeld naar voren waarbij 81% het *oneens* of *zeer oneens* is met deze stelling. Bij deze drie stellingen worden relatief eenduidige antwoorden tussen de groep vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst gevonden. Alleen bij de stelling dat een ziekenhuis (deels) bestuurd moet worden door medisch specialisten geven de specialisten in loondienst meer aan het *oneens* te zijn dan dat dit bij de vrijgevestigde specialisten het geval is. Men kan uit deze resultaten concluderen dat medisch specialisten het van groot belang vinden dat ze zeggenschap binnen het ziekenhuis hebben en betrokken zijn bij managementtaken en de besturing. Dat niet alle medisch specialisten er zo over denken blijkt uit enkele van de vrije tekst antwoorden:

“Er gaat veel tijd zitten van specialisten in het besturen van de coöperatie en ziekenhuis politiek. Dit is zonde van de kostbare specialistentijd” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Zeker belangrijk dat MS deelnemen aan besturen van een ziekenhuis, maar als eindverantwoordelijke bestuurders: niet doen. Besturen is ook een vak. En er zijn mensen die beiden goed kunnen, maar dat is niet voor een ieder weggelegd.” (medisch specialist in loondienst)

Tot slot luidde de laatste stelling in de vragenlijst; over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst (zie Figuur 23). Op deze stelling is vrij wisselend gereageerd en iets meer respondenten waren het hier mee oneens (43%) dan eens (31%). Wel werd er een significant verschil gezien in de antwoorden van de vrijgevestigde specialisten en die van de specialisten in loondienst ($p < 0,01$ m.b.v. Mann-Whitneytoets), waarbij de specialisten in loondienst (61%) het hier beduidend meer mee eens zijn dan de vrijgevestigde specialisten (24%).

7.8. Kwalitatief deel vragenlijst

Er bestond bij verschillende vragen en aan het einde van de vragenlijst de mogelijkheid voor de respondenten om vrije tekst in te vullen. Hier is door meerdere respondenten gebruik van gemaakt. Bepaalde van deze antwoorden zijn al in bovenstaande resultaten terug te vinden. In deze paragraaf zullen er nog een aantal worden behandeld. De complete lijst met opmerkingen kan worden teruggevonden in Bijlage 5. Wat ten eerste opvalt is het grote aantal negatief getinte opmerkingen, niet enkel over het proces van de invoering van de integrale tarieven, maar ook op het systeem in het algemeen en dan met name op de politiek:

“Er zijn extreem hoge kosten gemaakt aan adviseurs naar de overstap van maatschappen naar coöperatie en BV's eind 2014. En nog worden er veel kosten gemaakt. Erg zonde.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Problemen na 2005 zijn met name door de overheid gecreëerd door jarenlang te laten bestaan dat specialisten op DBC tarieven en ziekenhuizen (vooral) op FB parameters werden afgerekend. Het is een ernstige misvatting dat integratie van tarieven op zich een bijdrage zou zijn aan de gelijkrichting van specialisten en ziekenhuis.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“In feite ook stuitend dat de Belastingdienst als instrument gebruikt wordt om een hardwerkende dokters in een politieke gewenste richting te proberen te duwen. Eveneens stuitend dat men loondienst offreert zonder de goodwill volledig te compenseren. Erg onhandig om de minister van binnenlandse zaken tegelijkertijd zo hard achter de WNT aan te lopen. De gevolgen daarvan zijn voor ons nu ook merkbaar, er zijn nauwelijks capabele bestuurders voor de ziekenhuizen te krijgen.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Alle veranderingen de afgelopen 10 jaar hebben niet direct tot verbetering of bezuinigingen geleid. De kosten zitten nu vooral in management en andere partijen die een rol spelen in structuur van gezondheidszorg” (vrijgevestigde medisch specialist)

Verder maken meerdere medisch specialisten zich druk om het feit dat er steeds meer van de medisch specialisten wordt gevraagd wat ten koste gaat van de patiëntenzorg:

“Er zijn te veel niet klinische werkzaamheden als medisch specialist bijgekomen, registratie, indicatoren, kwaliteit, management etc, die te veel de aandacht vergen ten koste van het primaire proces.” (medisch specialist in loondienst)

Hiernaast gaat het in veel van de opmerkingen over de financiële component van het geheel met hierbij veelvuldig opmerkingen ten aanzien van de verschillen tussen de vrijgevestigde en medisch specialisten in loondienst:

“Integrale tarief betekent niet gelijkwaardige werkdrukke. Ik merk wel dat de werklust bij vrijgevestigde groepen zeer hoger is en door de komst van integrale tarief druk zal niet minder worden maar de salaris wel en dat is niet eerlijk tov loondiensters.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Daarnaast vind ik dat een medisch specialist goed beloond moet blijven worden voor de inzet die pas vanaf relatief hoge leeftijd tot aan de pensioengerechtigde leeftijd geleverd moet worden.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Als laatste geloof ik er niks van de vervanging van vrijgevestigden door loondienst gepaard gaat met gelijke kosten en gelijke productie. Ik ben van mening dat de totale kosten per FTE elkaar niet zo gek veel ontlopen, maar dat de productiviteit per FTE afneemt.” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Ik heb ook in loondienst gewerkt en dat voelt voor mij veel minder goed. Soort van ik doe mijn werk en ga weer naar huis. Nu werk ik hard, en wordt daarvoor beloond. Met de hele groep kunnen we in ons bedrijf ook nieuwe werkzaamheden binnenhalen +/- zoals in het "bedrijfsleven". Bent zelf verantwoordelijk voor werk en goede kwaliteit. En je wordt er financieel voor beloond. Die combinatie is veel leuker dan in loondienst doen wat je moet doen...” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Ik ben betrokken bij de discussie over evt invoering van het participatiemodel, waarbij medische staf (exclusief) aandeelhouder wordt in het ziekenhuis; deze discussie is in mijn ervaring in de eerste plaats financieel gedreven nl maximeren van het honorarium. Het gaat niet om het beste ziekenhuis en het gaat ook niet over participatie van grotere groepen werknemers.” (medisch specialist in loondienst)

“Uiteindelijk is het goedkoper om 2 vrijgevestigde specialisten te hebben, daarvoor heb je namelijk 3 tot 4 dienstverbanders nodig. Deze produceren uiteindelijk ook minder (maar dat wil de overheid natuurlijk graag). Daarnaast, de zorg wordt duurder omdat er bij de zorgverzekeraars veel achter blijft (winst) en omdat er zoveel cijfertjes en regels ingevoerd worden waardoor de overheadkosten van het ziekenhuis ongelooflijk stijgen (tijdens een wandeling door ziekenhuis richting restaurant kom je alleen nog maar medewerkers in burger tegen....)” (vrijgevestigde medisch specialist)

“Zou pleiten voor iedereen in loondienst met goede afspraken en extra beloning voor doen van innovatie/wetenschap opleiding etc.” (medisch specialist in loondienst)

8. Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk zal er allereerst kort en to-the-point antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen en op de centrale onderzoeksvraag. Hierna zal in de discussie aan de hand van eerder aangehaalde literatuur, en het theoretisch kader, aangevuld met het oordeel en eigen visie van de onderzoeker, beschouwend worden gekeken naar de resultaten en de analyse. Tot slot zullen er aanbevelingen worden gedaan.

8.1. Conclusies

8.1.1. Beleidsonderzoek

Wat is de beleidscontext van het ontstaan van de integrale bekostiging?

Deze vraag wordt uitgebreid in hoofdstuk twee beantwoord. In het kort komt dit op het volgende neer. De basis van het ontstaan van de integrale bekostiging gaat terug naar het hoofdlijnenakkoord van 15 december 2010 en het convenant tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van VWS dat begin 2011 werd gesloten. De invoering van de integrale bekostiging had als doel om belemmeringen voor taakherschikking en selectieve inkoop weg te nemen en om de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijk te richten wat tot een verbeterde doelmatigheid en kwaliteit binnen de medisch specialistische zorg zou moeten leiden.

Welke ziekenhuis besturingsmodellen zijn er in de literatuur beschreven?

Met betrekking tot de integrale bekostiging zijn er drie verschillende modellen beschreven, te weten het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel – zowel fiscaal transparant als fiscaal niet-transparant – en het participatiemodel. Los van beleidsstukken en artikelen in de media zijn deze specifieke Nederlandse modellen nog maar weinig beschreven in de literatuur. De enige internationaal beschreven modellen zijn het model van medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten die hun eigen praktijk voeren, al dan niet binnen het ziekenhuis. Combinaties van deze twee modellen komen ook voor. Een internationale kopie van het Nederlandse samenwerkingsmodel is door de onderzoeker niet in de literatuur aangetroffen. Modellen met participatie of (mede-)eigenaarschap van de medisch specialisten zijn wel al frequenter beschreven. Een voorbeeld hiervan vanuit de Angelsaksische wereld zijn de zogenaamde Physician Owned Hospitals of POHs. In hoofdstuk drie wordt hier verder op ingegaan.

Welke veronderstellingen zijn er gedaan bij de formulering van nieuwe besturingsmodellen?

Een van de belangrijkste veronderstellingen vanuit de politiek bij de formulering van de nieuwe besturingsmodellen was, dat de keuze voor behoud van vrije vestiging voor de medisch specialisten

zo weinig aantrekkelijk zou zijn dat een groot deel van de vrijgevestigde medisch specialisten ervoor zou kiezen om in loondienst te gaan. Deze keuze voor loondienst is zelfs nog meer aantrekkelijk gemaakt door het instellen van een subsidieregeling ter compensatie van goodwill-verlies. Een andere veronderstelling was, dat indien de vrijgevestigde medisch specialisten niet in loondienst zouden gaan er een aantal ziekenhuizen en medisch specialisten de meerwaarde van het participatiemodel zouden zien en dit verder zouden uitwerken. Vanuit de medisch specialisten was de belangrijkste veronderstelling dat de keuze zou moeten blijven bestaan voor de vrijgevestigde medisch specialisten om hun vrije vestiging te continueren. Deze veronderstellingen zijn in meer detail in hoofdstuk 2 met betrekking tot de beleidscontext te vinden.

8.1.2. Literatuuronderzoek

Welke drijfveren van medisch specialisten zijn bekend?

In de literatuur wordt gesproken over primaire en secundaire drijfveren. De belangrijkste primaire drijfveer voor medisch specialisten is het zo goed mogelijk helpen van patiënten oftewel het leveren van goede patiëntenzorg. Belangrijke secundaire drijfveren zijn een goede werk-privé balans, aangename werktijden met mogelijkheid tot deeltijd werken, carrière en promotievooruitzichten en diversiteit binnen het werk. Andere in de literatuur genoemde drijfveren van medisch specialisten zijn autonomie, een goed inkomen, zeggenschap binnen de organisatie, mogelijkheid tot doen van wetenschappelijk onderzoek en goede relaties met collega's. In hoofdstuk vijf van deze thesis wordt uitgebreid ingegaan op de drijfveren van medisch specialisten.

Welke bepalende factoren spelen een rol bij de samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist?

De samenwerking van professionals binnen een professionele organisatie in het algemeen en die van medisch specialisten binnen het ziekenhuis in het bijzonder kan complex zijn. Van belang bij deze samenwerking is het evenwicht tussen de professionele autonomie en de onderlinge afhankelijkheid. Verder is het belangrijk dat de rollen en posities van de verschillende belanghebbenden duidelijk zijn. Hierbij is naast het professionele oordeel van medisch specialisten, ook hun participatie in managementtaken en de betrokkenheid van managers en bestuurders in het primaire zorgproces van groot belang. In hoofdstuk vier is aan de hand van verschillende theoretische modellen de samenwerking, positie, handelen en besluitvorming van professionals in een professionele organisatie verder weergegeven.

8.1.3. Empirisch onderzoek

Gedetailleerde resultaten en analyse is terug te vinden in hoofdstuk zeven van deze thesis. Hieronder zal kort worden ingegaan op de specifieke antwoorden op de onderzoeksvragen.

In hoeverre zijn medisch specialisten bekend en begaan met de nieuwe besturingsmodellen binnen hun ziekenhuizen?

Van de 210 respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek was 30% actief betrokken bij de totstandkoming van de nieuwe besturingsmodellen. Dit kan echter niet automatisch als representatief voor de gehele onderzoekspopulatie worden gezien aangezien er een risico op *selectie bias* is waarbij de actief betrokken medisch specialisten eerder geneigd zullen zijn om een dergelijke vragenlijst in te vullen. Kijkend naar de bekendheid met het besturingsmodel binnen het ziekenhuis dan weet ruim een derde van alle respondenten en zelfs 40% van de niet-actief betrokken respondenten niet precies welk besturingsmodel er binnen hun ziekenhuis aanwezig is. Dit is zo in de groep van de vrijgevestigde medisch specialisten, die allemaal eind 2014 toe moeten zijn getreden tot een MSB-maatschap of coöperatie. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat een groot deel van de medisch specialisten niet bekend en wellicht dus ook niet begaan is met het besturingsmodel binnen hun eigen ziekenhuis.

Wat zijn de drijfveren van medisch specialisten in hun werkzaamheden en hoe verhoudt zich dit tot hun arbeidsrelatie (loondienst versus vrijgevestigd)?

De belangrijkste drijfveren die uit het empirisch onderzoek naar voren zijn gekomen zijn *professionele trots* (50% van de respondenten), *autonomie* (37%), *afwisseling* (31%), *relaties* (29%), *zelfontwikkeling* (25%) en *financiële beloning* (24%). De grootste verschillen tussen respectievelijk vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst werden gevonden bij *autonomie* (43 vs. 10%), *financiële beloning* (26 vs. 15%), *zekerheid* (5 vs. 18%), *werk-privé balans* (9 vs. 21%) en *arbeidsomstandigheden* (6 vs. 18%).

Wat zijn de belangrijkste wensen voor medisch specialisten in een ideaal (toekomstig) ziekenhuisbesturingsmodel en hoe verhoudt zich dit tot bovengenoemde drijfveren?

Uit de verschillende stellingen in de vragenlijst komt een duidelijk beeld naar voren dat het voor de medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in loondienst, erg belangrijk is dat de medische staf zeggenschap over het ziekenhuisbeleid heeft. Hiermee samenhangend vindt ook een ruime meerderheid van de medisch specialisten dat een ziekenhuis (deels) door medisch specialisten bestuurd moet worden en dat de medisch specialisten zich met managementtaken binnen het ziekenhuis bezig moeten houden. De relatie tussen deze overwegingen en bovenstaande drijfveren is moeilijk te leggen. Een van mogelijke drijfveren die door de medisch specialisten kon worden aangegeven was *invloed*, maar deze optie werd maar door 10% van de respondenten aangegeven als een van de meest belangrijke.

Hoe dragen de uitkomsten van het empirisch onderzoek bij tot de maatschappelijke discussie omtrent de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de besturing van ziekenhuizen?

De huidige maatschappelijke discussie richt zich vooral op het bereiken van (financiële) gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie, al dan niet via participatie, investeren en/of (mede-)eigenaarschap van de medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Hierbij is de zeggenschap van de medische staf een belangrijk punt. Aan de andere kant gaan er, met name vanuit de medisch specialisten zelf, ook veel stemmen op om het samenwerkingsmodel met de bijbehorende MSB-en verder uit te werken. De uitkomsten van het empirisch onderzoek laten zien dat medisch specialisten inderdaad behoefte lijken te hebben aan zeggenschap en (mede-)besturing van de ziekenhuisorganisatie, maar dat volledige (mede-)eigenaarschap op dit moment nog met te veel onzekerheden gepaard gaat. Wat vooral duidelijk naar voren komt is dat de medisch specialisten behoefte hebben aan een periode van bestuurlijke rust, zodat ze zich kunnen richten op dat wat voor hen het belangrijkste is, de patiëntenzorg. Hier zijn zowel de medisch specialisten als de ziekenhuisorganisaties, de patiënten en de gezondheidszorg in het algemeen bij gebaat.

8.1.4. Centrale vraagstelling

“Welke overwegingen waren van belang bij de keuze van vrijgevestigde medisch specialisten om wel of niet in loondienst te gaan bij de invoering van de integrale bekostiging en op welke wijze heeft de integrale bekostiging de werkbeleving van medisch specialisten beïnvloed?”

De belangrijkste overweging in de keuze van de vrijgevestigde medisch specialisten om niet in loondienst te gaan, welke door een derde van de vrijgevestigde respondenten in het empirisch onderzoek is aangegeven, is dat men tevreden is in vrije vestiging en geen directe meerwaarde van loondienst ziet. Hieruit blijkt vooral dat men niet op een verandering zit te wachten. Andere genoemde overwegingen zijn dat men niet in hiërarchische zin ‘onder’ de RvB wil vallen (25%) en dat het financieel onaantrekkelijk is (24%), hierbij geeft ongeveer de helft aan daadwerkelijk een financieel aanbod te hebben gekregen om over te stappen naar loondienst. De werkbeleving van de medisch specialisten lijkt negatief beïnvloed door de invoering van de integrale bekostiging. Maar liefst 34% van alle medisch specialisten (en 38% van de vrijgevestigde medisch specialisten) geeft aan minder plezier in zijn dagelijkse werkzaamheden te hebben gekregen ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging en de bijbehorende nieuwe organisatiemodellen. Maar een heel klein aantal (ongeveer 5%) van de respondenten geeft aan meer plezier in de werkzaamheden te hebben gekregen. In het verlengde hiervan geeft ongeveer een kwart van de respondenten aan dat in hun ogen de patiëntenzorg en de verhouding tussen de medische staf en de RvB is verslechterd door de invoering van de integrale bekostiging.

8.2. Discussie

De invoering van de integrale bekostiging is iets dat de gemoederen onder de medisch specialisten de afgelopen twee jaar behoorlijk heeft beziggehouden en nog altijd bezighoudt. Hoewel de invoering van de integrale bekostiging door de politiek is geïnitieerd, lijkt hier vooralsnog ontevredenheid over de uiteindelijke uitkomsten te overheersen (Tweede Kamer, 2014-2015c). Verder zijn er zorgen onder bestuurders en Raden van Toezicht van ziekenhuizen met betrekking tot de bestuurbaarheid en kwaliteit van de ziekenhuizen (Koelewijn et al., 2016). Bestuurders van MSB-en lijken over het algemeen wat positiever gestemd over de gehele invoering en de nieuwe organisatiemodellen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016). Grote beperking van deze onderzoeken is echter dat er enkel is gekeken onder een zeer selecte groep van actief betrokken medisch specialisten. In dit onderzoek is – voor zover bekend bij de onderzoeker – voor het eerst op een systematische manier gekeken naar de meningen en ervaringen van de medisch specialisten met betrekking tot de invoering van de integrale bekostiging en de bijbehorende organisatiemodellen. Belangrijk hierbij is dat dit onderzoek zich niet heeft beperkt tot enkel de groep specialisten die actief betrokken waren bij de totstandkoming van de nieuwe organisatiemodellen, maar ook de groep niet-actief betrokken specialisten bij het onderzoek heeft betrokken. Verder zijn ook medisch specialisten in loondienst, welke in principe minder directe betrokkenheid bij dit proces hebben zijn geïnccludeerd in dit onderzoek.

8.2.1. Minder werkplezier en negatief effect op patiëntenzorg?

Hoewel er in eerdere onderzoeken sprake leek te zijn van een bepaalde vorm van tevredenheid onder medisch specialisten met betrekking tot de nieuwe situatie komt, er in dit onderzoek een ander beeld naar voren. Zo geeft meer dan een derde van de medisch specialisten aan minder plezier in hun werk te hebben gekregen ten gevolge van de invoering van de integrale tarieven. Daarnaast geeft bijna één op de vijf aan een nadelig effect op de patiëntenzorg te hebben waargenomen. Veel van deze onvrede lijkt voort te komen uit het moeizame proces om tot een nieuw organisatiemodel te komen. Hier is veel energie, tijd en vooral ook geld ingestoken om dit tot een succes te maken, waarbij er bij een deel van de groep medisch specialisten het idee is ontstaan dat dit beter aan de patiëntenzorg besteed had kunnen worden. Het blijft overigens wel de vraag of de energie, tijd en geld die in dit proces zijn gestoken ook daadwerkelijk een negatief effect op de patiëntenzorg hebben gehad en of deze middelen anders wel naar de directe patiëntenzorg waren gegaan. Uit gesprekken met medisch specialisten blijkt dat de geïnvesteerde tijd met name in de avonduren heeft plaatsgevonden, juist om niet te interfereren met de directe patiëntenzorg. In het algemeen lijken de medisch specialisten het sowieso moeilijk te hebben met zaken die afleiden van de patiëntenzorg, zoals administratieve rompslomp, stelselwijzigingen en financiële veranderingen, vooral als deze negatief uitpakken. De gepercipieerde nadelige effecten op de patiëntenzorg en

onvrede in de werkbeleving zijn dus wellicht niet direct het gevolg van de invoering van de integrale tarieven, maar meer een uiting van algehele onvrede vanwege de vele wijzigingen die er in de afgelopen jaren op hen zijn afgekomen. Onvrede over dergelijke zaken is overigens niet iets nieuws en is al frequent eerder beschreven (Heiligers et al., 2002; Kruijthof, 2005; Wever et al., 2002). Een vergelijk tussen het onderzoek van Kruijthof (2005) en mijn onderzoek laat zelfs zien dat de medisch specialisten organisatorische en financiële overwegingen iets minder als een bedreiging van de kwaliteit van de patiëntenzorg zijn gaan zien dan voorheen. Hierbij moet wel aangetekend worden dat de opzet van beide onderzoeken verschillend is en dat een direct vergelijk wellicht niet op alle punten valide is.

8.2.2. Grotere afstand in plaats van gelijkgerichtheid.

Hardy et al. (1983) beschreven verschillende vormen van het nemen van beslissingen binnen een professionele organisatie. Het professioneel oordeel is hier een belangrijk onderdeel van. De beslissing omtrent de invoering van de integrale bekostiging en de bijbehorende organisatiemodellen zouden ideaaltypisch een beslissing van collectieve keuze zijn geweest via een proces waarbij de gedeelde belangen (*collegiaal model*) volgens de vier modellen van Mintzberg et al. (2009) idealiter voorop zouden hebben gestaan. De gesprekken met betrokkenen en de resultaten van mijn onderzoek laten echter zien dat ook andere belangen een grote rol bij de beslissingen in dit proces hebben gespeeld. Bij bepaalde beslissingen – zeker op momenten dat er meer tijdsdruk op het proces van de invoering van het nieuwe organisatiemodel is komen te staan – zijn beslissingen meer door administratief fiat genomen dan dat er werkelijk sprake was van een collectieve keuze. Verder lijkt tijdens het gehele proces ook eigenbelang van de verschillende partijen (*politiek model*) een belangrijke rol te hebben gespeeld.

Nadat al in het regeerakkoord te lezen viel dat het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialisten zou verdwijnen (Rijksoverheid, 2012) en de commissie Meurs dit nogmaals bevestigde (Meurs et al., 2012) aangevuld met een rapport waaruit bleek dat medisch specialisten in Nederland relatief veel verdienen ten opzichte van Europese collega's (Kok et al., 2012) kwam er pas medio 2013, na inmenging van de Orde van Medisch Specialisten als vertegenwoordiging van de medisch specialisten, duidelijkheid dat er een keuze zou blijven bestaan voor de vrijgevestigde medisch specialisten om hun vrijgevestigdheid te behouden (Rijksoverheid, 2013). Hiermee is de rest van het proces vanuit de medisch specialisten in het teken komen te staan van het behoud van hun vrije vestiging en zijn eerdere doelstellingen zoals (financiële) gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialist al vrij snel naar de achtergrond geraakt. Een groot deel van de medisch specialisten zal het dus ervaren dat de nieuwe organisatiemodellen enkel zijn ontstaan om de keuze voor hun vrije beroep te behouden en weerstand te bieden aan wijzigingen die van buitenaf (lees de politiek) zijn opgelegd.

Dit is nooit een vrije keuze geweest en het professionele oordeel van de medisch specialisten is hierbij veelal buiten beschouwing gebleven. Hoewel er dus gelijkgerichtheid werd beoogd met deze wijzigingen is de conclusie van vele betrokkenen dat met de invoering van het samenwerkingsmodel ziekenhuis en medisch specialist juist verder uit elkaar zijn komen te staan. Dit blijkt ook uit de resultaten van mijn onderzoek waarbij meer dan een derde van de respondenten aangeeft dat de verhouding met de RvB niet is verbeterd en meer dan een kwart zelfs aangeeft dat de verhouding is verslechterd. Veel theoretische modellen, zoals van Glouberman en Mintzberg (2001), van Oorschot et al. (1995) en Hardy et al. (1983) gaan er nog erg vanuit dat managers en professionals binnen een organisatie tegenover elkaar staan. Kijkende naar de huidige praktijk met een toenemende hoeveelheid managementparticipatie van medisch specialisten lijkt dit een achterhaalde gedachte.

Weggeman (1998) vulde aan dat er hiernaast ook voldoende zorgparticipatie van bestuurders zou moeten zijn. Hier lijkt weinig sprake van te zijn. Met de komst van de MSB-en lijkt het toe te nemen dat (vrijgevestigde) medisch specialisten en ziekenhuis uit elkaar groeien. Het MSB kan een wig tussen medisch specialisten en ziekenhuizen gaan vormen. Maar het MSB kan ook als kans worden gezien om de relatie tussen medisch specialist en RvB te formaliseren en hiermee te versterken. Op dit moment worden er steeds meer bewegingen waargenomen richting (financiële) gelijkgerichtheid tussen MSB en ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn het financieel meebewegen met contractvulling en/of ziekenhuisresultaat. Dergelijke bewegingen zullen op termijn tot meer (mede-)zeggenschap van medisch specialisten binnen het ziekenhuisbeleid kunnen gaan leiden. De verhouding tussen RvB en specialisten van vóór de komst van de MSB-en lijkt meer bepalend te zijn voor huidige verhouding dan de invoering van de nieuwe organisatiemodellen. In ziekenhuizen waar een goede verhouding was, zal deze wellicht wat zakelijker zijn geworden, maar is er duidelijk minder risico op een conflict dan in ziekenhuizen waar de verhouding al moeizaam was. In deze ziekenhuizen kan de invoering van de integrale tarieven de druppel worden die de situatie laat escaleren.

8.2.3. Zeggenschap: een gemiste kans

Volgens de *negotiated order* van Strauss (Kruijthof, 2005; van Oorschot et al., 1995) is zeggenschap vaak van onderliggend belang bij een onderhandelingsproces. In de transformatie waar deze thesis zich op richt lijkt de zeggenschap inderdaad op de achtergrond te zijn geraakt en is het proces met name gericht geraakt op het behoud van de vrije vestiging. Dit lijkt een gemiste kans voor de medisch specialisten om meer dan alleen het behoud van hun vrije vestiging uit dit proces te halen. Uit de resultaten van mijn onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid van de medisch specialisten groot belang hecht aan zeggenschap over het ziekenhuisbeleid en betrokkenheid bij managementtaken of zelfs mede-besturing. Het samenwerkingsmodel, waar vrijwel alle ziekenhuizen uiteindelijk voor hebben geopteerd, is zeker niet het meest ideale model in dit opzicht. De reden dat hier toch zo

massaal voor is gekozen en niet voor het participatiemodel, waarbij zeggenschap een duidelijk onderdeel van het model is, was de onzekerheid en (financiële) risico van het participatiemodel. In ziekenhuizen waar serieuze pogingen zijn gedaan om tot een participatiemodel te komen zijn deze voorbereidingen vaak gestrand op de onzekerheid rondom de “Wet Winstuitkering in de zorg” en waardering van goodwill. Dit zet de wens tot meer zeggenschap van de medisch specialisten ook meteen in perspectief. Men wil wel meer zeggenschap, maar zeker niet ten koste van alles. Met name bepaalde financiële risico’s worden niet gemakkelijk genomen. Uit gesprekken met medisch specialisten blijkt dat men vooral moeite heeft om risicodragers van de gehele ziekenhuisorganisatie te zijn en dan met name voor de materiële vaste activa, of te wel “de stenen”. Participatie van medisch specialisten in de gehele organisatie lijkt op dit moment dus nog niet haalbaar. Initiatieven waarbij in een klein deel van de organisatie, of zelfs buiten de ziekenhuisorganisatie wordt geïnvesteerd of geparticipeerd, zoals bij z.g. zorg-bv’s, lijken op dit moment het meest kansrijk.

Ook roepen de resultaten van dit onderzoek de vraag op wat voor zeggenschap de medisch specialisten precies ambiëren. Naar aanleiding van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat dit niet zo zeer om (mede-)eigenaarschap lijkt te gaan, maar meer om zeggenschap of invloed op het gevoerde ziekenhuisbeleid. Dit blijkt tevens uit de sterke wens om als medisch specialisten betrokken te zijn binnen het bestuur en/of management van het ziekenhuis. Toch is nog altijd maar een klein deel van de medisch specialisten actief als bestuurder of manager in een ziekenhuis (Koelewijn et al., 2016). Men kan zich dus afvragen of de wens naar zeggenschap of invloed op het ziekenhuisbeleid met name een sentiment is dat onder de medisch specialisten heerst of dat dit een reële wens is. Door de dreiging van loondienst die vrij permanent boven de groep van vrijgevestigde medisch specialisten hangt kan de wens naar meer invloed op het ziekenhuisbeleid een mechanisme zijn om het risico op verlies van een deel van de professionele autonomie te compenseren.

8.2.4. Goede patiëntenzorg is waar het om draait en de dokter bepaalt wat dat is

Het meest opvallende in de gehele transformatie naar de integrale tarieven en hetgeen wat ook de politiek heeft verbaasd, is het lage aantal vrijgevestigde medisch specialisten dat er uiteindelijk voor heeft gekozen om de overstap naar loondienst te maken (Kiers, 2015a). Hoewel de gedachte was dat dit voornamelijk te maken heeft met financiële beweegredenen, blijkt uit mijn onderzoek dat dit voor driekwart van de respondenten niet de voornaamste reden is. Een groot deel van de vrijgevestigde medisch specialisten, en ook het grootste deel van de medisch specialisten in loondienst, geeft aan gewoon geen meerwaarde te zien in een overstap van vrije vestiging naar loondienst en vice versa. Dit past goed bij de eerdere constatering dat medisch specialisten niet zitten te wachten op wijzigingen en bij voorkeur het liefst hun werkzaamheden voortzetten zonder al te veel veranderingen. Op dit moment lijkt de medisch specialistische zorg dus ook het meeste gebaat bij een periode van rust.

Uitspraken van de minister dat het samenwerkingsmodel slechts “een vluchtheuvel” is op weg naar een participatiemodel of loondienst, doen in deze dan ook niet veel goeds (Tweede Kamer, 2015-2016).

Een tweede belangrijke reden waarom vrijgevestigde medisch specialisten de overstap niet hebben gemaakt is, omdat ze niet in hiërarchische zin ‘onder’ de RvB willen vallen. Dit punt valt te scharen onder de angst van medisch specialisten voor verlies van hun professionele autonomie. Uit mijn onderzoek blijkt dat autonomie met afstand de belangrijkste meerwaarde ten opzichte van loondienst vormt voor de vrijgevestigde medisch specialisten. Ook in werkwaarden scoort autonomie, na professionele trots, als hoogste bij de vrijgevestigde medisch specialisten. Dit wijkt af van de bevindingen van het onderzoek van Koelewijn et al. (2014) waar autonomie in de middenmoot van de importantie van werkwaarden eindigde. Een verklaring voor dit verschil kan zijn dat in het onderzoek van Koelewijn et al. (2014) geen onderscheid wordt gemaakt tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst en ook de medisch specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen werden geïnccludeerd. Wat wel overeenkomt is dat het leveren van de best mogelijke patiëntenzorg in beide onderzoeken als belangrijkste werkwaarde naar voren komt.

8.2.5. Het belang van primaire en secundaire drijfveren

Drijfveren kunnen worden onderverdeeld in primair en secundair, al is dit onderscheid niet altijd even duidelijk te maken (Thompson, 1993). Primaire drijfveren zijn de medische taken van specialisten, of te wel de patiëntenzorg, en secundaire drijfveren zijn zaken als financieel gewin of meer macht. Kijkend naar de werkwaarden waar in dit onderzoek naar is gevraagd dan zou de volgende verdeling tussen primaire en secundaire drijfveren kunnen worden gemaakt. Deze onderverdeling is deels arbitrair en zou wellicht ook anders gemaakt kunnen worden.

Primair	Secundair
Creativiteit (<i>ruimte voor vernieuwende ideeën</i>)	Autonomie (<i>zelf de inhoud bepalen</i>)
Afwisseling (<i>variërende werkzaamheden</i>)	Zelfontwikkeling (<i>ruimte voor ambitie</i>)
Structuur (<i>vaste werkzaamheden en routines</i>)	Werk-privé balans (<i>aansluiting op privéleven</i>)
Invloed (<i>invloed hebben op beslissingen</i>)	Financiële beloning (<i>goed inkomen</i>)
Professionele trots (<i>best mogelijke patiëntenzorg</i>)	Zekerheid (<i>zekerheid over baan en toekomst</i>)
Altruïsme (<i>bijdrage aan geluk van anderen</i>)	Prestige (<i>status ontleen aan werkzaamheden</i>)
	Excelleren (<i>de beste zijn</i>)
	Waardering (<i>prestaties gewaardeerd en beloond</i>)
	Arbeidsomstandigheden (<i>goede werkplek</i>)
	Relaties (<i>leuke collega's en prettige samenwerking</i>)

Tabel 4: Werkwaarden onderverdeeld in primaire en secundaire drijfveren

Iets dat direct opvalt in bovenstaande tabel is het relatief grotere aantal secundaire drijfveren in relatie tot de primaire. Dit kan tot gevolg hebben dat er een relatieve overwaardering plaatsvindt van de individuele primaire drijfveren. Dit lijkt uiteindelijk mee te vallen aangezien er ongeveer in dezelfde verhouding keuze is gemaakt tussen primaire en secundaire drijfveren (41 vs. 59%) als de verhouding van het aantal keuzemogelijkheden (38 vs. 62%). Hoewel er in dit onderzoek geen verschil werd gevonden tussen de vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst in het aantal primaire en secundaire drijfveren dat ze aangaven, is er wel een verschil in de specifieke secundaire drijfveren die werden gegeven. Zo gaven de vrijgevestigde specialisten vooral het belang van *autonomie* en *financiële beloning* aan en specialisten in loondienst *zelfontwikkeling*, *zekerheid*, *werk-privé balans* en *arbeidsomstandigheden*. Deze bevindingen passen bij het algemene idee dat de drijfveren van vrijgevestigde specialisten meer financieel gericht zijn en die van specialisten in loondienst meer op goede arbeidsomstandigheden (Diekman, 2010).

Bij het vergelijken van de meerwaarde van vrije vestiging ten opzichte van loondienst en vice-versa komt dit beeld nog duidelijker naar voren. De belangrijkste meerwaarde die vrijgevestigde specialisten zien zijn autonomie- en financieel-gerelateerde waarden, maar ook een betere verhouding met de RvB en meer invloed op het ziekenhuisbeleid worden als belangrijke meerwaarde van vrije vestiging ten opzichte van loondienst benoemd. Andersom zijn het met name de waarden zekerheid, arbeidsomstandigheden en betere balans werk-vrije tijd die voor meerwaarde bij de specialisten in loondienst zorgen. Hoewel vrije vestiging volgens de ondervraagden aan de ene kant dus meer kans biedt op invloed op het ziekenhuisbeleid en een goede verhouding met de RvB, geeft aan de andere kant een substantieel deel van de vrijgevestigden aan dat deze verhouding is verslechterd door de invoering van de integrale tarieven. Dit is een interessante tegenstelling; een groot deel van de specialisten in loondienst geeft in de stellingen aan het belangrijk te vinden dat de specialisten zeggenschap over het ziekenhuisbeleid hebben en eventueel zelfs zouden moeten meebesturen, maar ze zien op deze punten vrijwel geen meerwaarde van loondienst ten opzichte van vrije vestiging.

Bij eerdere onderzoeken onder specialisten in opleiding bleek dat secundaire drijfveren, zoals arbeidsomstandigheden, privéomstandigheden en salaris van ondergeschikt belang zijn bij de keuze voor een specialisme (Soethout et al., 2007), maar dat ze wel een belangrijke rol spelen bij de vorming van een positief toekomstbeeld (Wever et al., 2002). Gedurende het carrièreverloop van de medisch specialisten lijken de secundaire drijfveren toenemend van belang te worden. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de cultuur waar je als afgestudeerd medisch specialist in terecht komt je mening doet veranderen (socialisatie). Bovenstaand beeld kan echter in mijn onderzoek niet worden bevestigd. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat er uiteindelijk voor is gekozen om AIOS en medisch specialisten in dienst van een vakgroep, maatschap of MSB, niet te

includeren in dit onderzoek waardoor informatie over dit punt beperkt is. Wel is er gekeken naar verschillen tussen de groep medisch specialisten die korter dan 10 jaar actief zijn en diegene die langer dan 10 jaar actief zijn. Hierbij werd – in tegenstelling tot bovenstaand idee – juist gezien dat diegene die langer dan 10 jaar actief zijn als medisch specialist een groter belang hechten aan primaire drijfveren zoals *professionele trots*, *creativiteit* en *altruïsme* en minder belang aan secundaire drijfveren zoals *zelfontwikkeling*, *excelleren* en *relaties*.

8.3. Aanbevelingen

Aan de hand van de beleidscontext, het literatuuronderzoek en de resultaten en analyse van het empirisch onderzoek zal er in deze paragraaf een aantal aanbevelingen worden gedaan. Deze aanbevelingen zullen worden onderverdeeld in aanbevelingen voor de wetenschap en voor de praktijk.

8.3.1. Wetenschap

Dit onderzoek is het eerste onderzoek sinds de invoering van de integrale bekostiging dat kijkt naar de ervaringen en meningen van de gehele groep van medisch specialisten en niet enkel naar de medisch specialisten die actief betrokken zijn geweest bij de invoering of nu actief zijn als bestuurder van een MSB. De invoering van de integrale bekostiging heeft echter nog maar kortgeleden plaatsgevonden en de implicaties voor de medisch specialisten zijn hiermee nog niet volledig zichtbaar. Hierbij is van groot belang dat ten tijde van het empirisch onderzoek er nog geen financiële resultaten over 2015 bekend waren en er ook nog vrijwel geen definitieve uitspraken van de Belastingdienst over de fiscale status van de MSB-en beschikbaar was. In dit opzicht is het een sterke aanbeveling om dit onderzoek op een later tijdstip nogmaals te herhalen. Om een meer representatief beeld van de meningen en opvattingen van de gehele groep medisch specialisten te krijgen geniet het de voorkeur om in de onderzoeksopzet van een dergelijke vervolgstudie een representatieve steekproef vanuit het volledige bestand van medisch specialisten in Nederland te nemen. Dit zou wellicht via de Federatie van Medisch Specialisten bereikt kunnen worden. Hoewel de onderzoeker van mening is dat een surveyonderzoek de juiste methode voor een dergelijk vervolgonderzoek is, verdient het de voorkeur om de resultaten die uit een dergelijk surveyonderzoek naar voren komen via interviews verder uit te diepen.

Dit vervolgonderzoek zou onder andere dieper in kunnen gaan op de verslechterde verhouding tussen RvB en medische staf waar in mijn onderzoek aanwijzingen voor worden gevonden. Hiernaast zou een belangrijk thema van vervolgonderzoek zeggenschap van medisch specialisten op het ziekenhuisbeleid kunnen zijn en de verhouding hiervan met (het verlies van) autonomie. Uit mijn onderzoek blijkt dat niet zeggenschap in de vorm van (mede-)eigenaarschap van een ziekenhuis

hetgeen is dat medisch specialisten ambiëren, maar meer zeggenschap of invloed op het ziekenhuisbeleid. Interessant is om verder te onderzoeken om wat voor invloed dit dan gaat en op welke manieren deze invloed in de huidige of toekomstige organisatiemodellen bereikt zou kunnen worden.

Waar er in mijn onderzoek voor is gekozen om de onderzoekspopulatie te beperken tot medisch specialisten zou het in een vervolgonderzoek aan te bevelen zijn om ook ziekenhuisbestuurders te includeren. Hier staat tegenover dat waar er in dit onderzoek nog is gepoogd om pas afgestudeerde specialisten in dienst van een vakgroep, maatschap of MSB te includeren, dit in een vervolgonderzoek niet aan te raden is vanwege de beperkte betrokkenheid van deze groep bij het onderwerp. Voor de verdiepende interviews zou een bredere groep van betrokkenen geïnccludeerd kunnen worden. Hierbij kan naast medisch specialisten en bestuurders gedacht worden aan betrokkenen binnen de politiek, op ministeries en bij de NZa, IGZ of zorgverzekeraars.

In dit onderzoek zijn ook de eventuele gevolgen voor de patiëntenzorg kort aangestipt. Hiervoor geldt dat het wellicht te snel is na de invoering van de integrale bekostiging om een effect aan te tonen. Verder is een surveyonderzoek onder medisch specialisten niet de aangewezen methode om een eventueel effect op de patiëntenzorg aan te tonen. Ook hiervoor geldt de aanbeveling dat vervolgonderzoek noodzakelijk is om eventuele effecten, zowel positieve als negatieve, van de integrale bekostiging met de bijbehorende organisatiemodellen aan te tonen. Dergelijk onderzoek zou een survey- of kwalitatief-onderzoek onder patiënten kunnen zijn, maar gezien het longitudinale karakter van een dergelijk onderzoek zou dit wellicht ook bereikt kunnen worden met een vergelijk van indicatoren en parameters van vóór de invoering van integrale bekostiging en van hierna. Gezien het feit dat er gelijktijdig ook andere grote veranderingen – in bijvoorbeeld de DOT-registratie – zijn doorgevoerd, zoals bijvoorbeeld de verkorting van de DBC-doorlooptijd van 365 naar 120 dagen, zal dit echter een moeilijk uit te voeren onderzoek zijn.

8.3.2. Praktijk

Voor de praktijk is de belangrijkste aanbeveling die uit dit onderzoek naar voren komt dat er na een turbulente tijd nu rust moet komen op het bestuurlijke vlak. Vrijwel alle ziekenhuizen zijn onder hoge (politieke) druk in een samenwerkingsmodel gestapt met de oprichting van de bijbehorende MSB-en. Deze (onvrijwillige) transformatie voor het behoud van de vrijgevestigde status is door een grote groep medisch specialisten als onwenselijk ervaren. Een weg terug naar de situatie van voor 2015 is er echter niet, dus is het zaak om in de komende periode het samenwerkingsmodel en de MSB-en verder uit te bouwen. Een goede manier om dit te bereiken is door het afsluiten van een meerjaren-overeenkomst tussen MSB en ziekenhuis. Een aanbeveling richting de politiek is om ook vanuit hun

kant aan te sturen op een periode van rust. Dit zou bereikt kunnen worden door in de komende periode en in de onderhandeling naar het nieuwe hoofdlijnenakkoord vanaf 2018, niet enkel te sturen op loondienst of (mede-)eigenaarschap van de vrijgevestigde medisch specialisten, maar om vooral naar de mogelijkheden van gelijkgerichtheid binnen het huidige model te kijken. Verder is het van belang om financiële zekerheden voor de medisch specialisten te bieden. Dit kan bijvoorbeeld door duidelijkheid te bieden omtrent de WNT dat als een “zwaard van Damocles” boven de medisch specialisten blijft hangen.

Wel blijkt uit het onderzoek dat er een grote wens bestaat voor meer zeggenschap en mede-besturing vanuit de medisch specialisten. Een aanvullende aanbeveling voor de praktijk is daarom voor ziekenhuis- en MSB-bestuurders om binnen de bovengenoemde bestuurlijke rust de mogelijkheden te verkennen voor het verkrijgen van zeggenschap en bestuurlijke verantwoordelijkheid door medisch specialisten. Dit zal op de korte termijn niet bereikt worden via (mede-)eigenaarschap, maar eerder via afspraken binnen het samenwerkingsmodel van financiële gelijkgerichtheid of door participatie en/of investeren van MSB-en in delen van de ziekenhuisorganisatie of daarbuiten door middel van z.g. zorg-bv's.

Uit mijn onderzoek blijkt verder dat de bekendheid en hiermee wellicht ook de betrokkenheid van de medisch specialisten met hun eigen MSB beperkt is. Een aanbeveling aan de MSB-en is om hun eigen maten of leden zoveel mogelijk te betrekken bij hun eigen organisatie en bij de lopende ontwikkelingen op dit gebied. Toegenomen kennis en betrokkenheid van de medisch specialisten bij het MSB levert ook toegenomen begrip op. Op dit moment wordt het MSB door velen nog gezien als iets lastigs waar ze eigenlijk niet op zitten te wachten. Hier ligt dus een taak weggelegd voor de besturen van de MSB-en om de meerwaarde van het MSB aan te tonen aan hun achterban om hiermee hun bestaansrecht als vertegenwoordiging van de vrijgevestigde medisch specialisten te waarborgen.

Referenties

- American Medical Association. (2013). Physician-owned hospitals seize their moment. *American Medical News*. Retrieved 29 maart, 2016, from <http://www.amednews.com/article/20130429/government/130429948/4/>
- Bemelmans, B. (2010). Medisch specialist is echt niet de zakkenvuller waarvoor hij doorgaat. *de Volkskrant*. Retrieved from <http://www.volkskrant.nl/economie/medisch-specialist-is-echt-niet-de-zakkenvuller-waarvoor-hij-doorgaat~a996204/>
- Biesma, D. (2015). *De medisch specialist is (g)een alleskunner - Over het functioneren van vrijgevestigde specialisten en maatschappen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Blumenthal, D. M., Orav, E. J., Jena, A. B., Dudzinski, D. M., Le, S. T., & Jha, A. K. (2015). Access, quality, and costs of care at physician owned hospitals in the United States: observational study. *BMJ*, 351. doi: 10.1136/bmj.h4466
- Boonstra, J. (2010). *Leiders in cultuurverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Braithwaite, J., & Westbrook, M. T. (2004). A survey of staff attitudes and comparative managerial and non-managerial views in a clinical directorate. *Health Services Management Research*, 17(3), 141-166. doi: 10.1258/0951484041485629
- Capaciteitsorgaan. (2013). Capaciteitsplan 2013. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgsopleidingen.
- Clark, A. E., & Oswald, A. J. (1996). Satisfaction and comparison income. *Journal of Public Economics*, 61(3), 359-381. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0047-2727\(95\)01564-7](http://dx.doi.org/10.1016/0047-2727(95)01564-7)
- de Ruiter, R. (2015). Medisch specialist mag van Belastingdienst zelfstandig ondernemer blijven. *AccountantWeek*. from <http://accountantweek.nl/artikel/medisch-specialist-mag-van-belastingdienst-zelfstandig-ondernemer-blijven>
- de Witte, M., & Jonker, J. (2014). *De kunst van veranderen - Bewegen naar de kern*. Deventer: Kluwer.
- Diekman, A. (2010). Loondienst versus vrijgevestigd: We hebben elkaar hard nodig om het echte probleem op te lossen. *Medisch Contact*, 65(42), 2178-2180.
- Du Moulin, M., Heymans, R., & Noordenbos, G. (2000). Genderfactoren in de keus voor opleiding tot medisch specialist. *Ned Tijdschr Geneesk*, 144(3), 129-133.
- Dutch Hospital Data. (2015). Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2013. Utrecht: Panteia/EIM.
- Fitzgerald, L., & Ferlie, E. (2000). Professionals: Back to the Future? *Human Relations*, 53(5), 713-739. doi: 10.1177/0018726700535005
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review Winter*, 26(1), 56-69.
- Groenewegen, P., & Marangos, A. (2004). Maat gevraagd: eisen aan nieuwe leden van een maatschap. *Medisch Contact*, 59(8), 278-281.
- Hardy, C., Langley, A., Mintzberg, H., & Rose, J. (1983). Strategy formation in the university setting. *The Review of Higher Education*, 6(4), 407-433.
- Heerwegh, D., Vanhove, T., Matthijs, K., & Loosveldt, G. (2005). The effect of personalization on response rates and data quality in web surveys. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(2), 85-99.

- Heiligers, P. J. M., & Hingstman, L. (2003). Quick scan deeltijd werken medisch specialisten: knelpunten en prioriteiten. Utrecht: NIVEL.
- Heiligers, P. J. M., van der Velden, L. F. J., & Hingstman, L. (2002). Meer dan werk alleen: wensen van AGIOS hebben ingrijpende gevolgen. *Medisch Contact*, 57(36), 1267-1270.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014). *Handreiking IGZ i.v.m. gevolgen 'Medisch specialist 2015'*. (2014-1130365). Utrecht: Retrieved from <http://www.igz.nl/Images/14-11-06%20Brief%20en%20presentatie%20handreiking%20IGZ%20medisch%20specialist%202015-tcm294-361090.pdf>.
- Kane, L. (2014). Employed Doctors Report: Are They Better Off? : Medscape Business of Medicine.
- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R. B., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of Physician Career Satisfaction, Work–Life Balance, and Burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949-955. doi: 10.1097/01.aog.0000258299.45979.37
- Kiers, B. (2014). Fiscus geeft groen licht voor ‘supermaatschap’. *Zorgvisie*.
- Kiers, B. (2015a, 15 oktober). Maar 449 medisch specialisten gaan in loondienst. *Zorgvisie*.
- Kiers, B. (2015b, 13 maart). Specialisten Bernhoven worden aandeelhouder. *Zorgvisie*.
- Koelewijn, W. T., Ehrenhard, M. L., Groen, A. J., & van Harten, W. H. (2012). Intra-organizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals of western countries. *Social Science & Medicine*, 75(5), 795-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.055>
- Koelewijn, W. T., Ehrenhard, M. L., Groen, A. J., & van Harten, W. H. (2014). Exploring personal interests of physicians in hospitals and specialty clinics. *Social Science & Medicine*, 100, 93-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.038>
- Koelewijn, W. T., Houwen, L., Hooge, E., Slappendel, R., & van der Meer, N. (2016). Op weg naar gezamenlijkheid: Quick Scan Integrale Bekostiging en Governance. Tilburg: TIAS - School for Business and Society.
- Kok, L., Lammers, M., & Tempelman, C. (2012). *Remuneration of medical specialists: an international comparison*: SEO.
- Kruijthof, C. (2005). *Doctors' Orders: Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG).
- Kuiters, G. (2011). Zorg-bv verdient landelijk navolging. Dermatologen Isala klinieken maken aandeelhouderschap al jaren tot succes. *Medisch Contact*, 66(28), 1761.
- LaMarca, N. (2011). The Likert Scale: Advantages and Disadvantages. *Field Research in Organizational Psychology*. from <https://psyc450.wordpress.com/2011/12/05/the-likert-scale-advantages-and-disadvantages/>
- Leigh, J., Kravitz, R. L., Schembri, M., Samuels, S. J., & Mobley, S. (2002). Physician career satisfaction across specialties. *Archives of Internal Medicine*, 162(14), 1577-1584. doi: 10.1001/archinte.162.14.1577
- Leigh, J. P., Tancredi, D. J., & Kravitz, R. L. (2009). Physician career satisfaction within specialties. *BMC Health Services Research*, 9(1), 1-12. doi: 10.1186/1472-6963-9-166
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 140, 55.
- Lin, K. Y. (2014). Physicians' perceptions of autonomy across practice types: Is autonomy in solo practice a myth? *Social Science & Medicine*, 100, 21-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.033>

- Lugtenberg, M., Heiligers, P. J. M., & Hingstman, L. (2005). Artsen en hun carrièrewensen: een literatuurverkenning: NIVEL.
- Luttikhuis, E. (2012). Online enquêtes: Welke Likertschaal kan je het beste gebruiken? , from <http://www.netq-enquete.nl/nl/blog/online-enquetes-welke-likertschaal-gebruiken>
- McLeod, S. A. (2008). Likert Scale. *Simply Psychology*. Retrieved 2 april, 2016, from <http://www.simplypsychology.org/likert-scale.html>
- Meurs, P., Bontje, M., Borstlap, H., & Legemaate, J. (2012). Gezond belonen: Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten: Commissie Inkomens Medisch Specialisten.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*: Prentice-Hall International.
- Mintzberg, H., Lampel, J., & Ahlstrand, B. W. (2009). *Strategie-safari/druk 2: uw complete gids door de jungle van strategisch management*: Pearson Education.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). Advies: Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). Monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2016). Monitor Integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015.
- Ottervanger, J., Fehse, K., Hilbers, A., & Sijmons, J. (2008). Specialist doet weer mee: Isala klinieken verzelfstandigt medische activiteiten in zorg-bv's. *Medisch Contact*, 63(8), 328.
- Rabobank. (2015/2016). Rabobank Cijfers & Trends: Een visie op branches in het Nederlandse bedrijfsleven - Medisch specialisten. Utrecht.
- Rijksoverheid. (2011). *Convenant - Bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014*. Den Haag: Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2011/06/08/convenant-bekostiging-vrij-gevestigd-specialisten-2012-2014>.
- Rijksoverheid. (2012). *Bruggen slaan: Regeerakkoord VVD - PvdA*. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord>.
- Rijksoverheid. (2013). *Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017*. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017>.
- Soethout, M. B., Ten Cate, T. J., & van der Wal, G. (2004). Factors associated with the nature, timing and stability of the specialty career choices of recently graduated doctors in European countries, a literature review. *Medical Education Online*, 9(24).
- Soethout, M. B., Van der Wal, G., & Ten Cate, T. J. (2007). Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 151(38), 2118-2133.
- Straker, D. (z.j.). Likert Scale. *Changing Minds*. Retrieved 2 april, 2016, from http://changingminds.org/explanations/research/measurement/likert_scale.htm
- Thompson, D. F. (1993). Understanding Financial Conflicts of Interest. *New England Journal of Medicine*, 329(8), 573-576. doi: doi:10.1056/NEJM199308193290812
- Turner, G.-M. (2015). Lift The Ban On Physician-Owned Hospitals. Retrieved 29 maart, 2016, from <http://www.forbes.com/sites/gracemarieturner/2015/11/06/lift-the-ban-on-physician-owned-hospitals/#38f88ac04b00>
- Tweede Kamer. (2010-2011). *Bekostiging Medisch Specialisten. Brief van de Minister van VWS*. (29 248, nr. 165). Retrieved from <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/kst-29248-165.html>.

- Tweede Kamer. (2011-2012). *Voorjaarsnota 2012: Begrotingsakkoord 2013*. (33 280, nr. 1). Retrieved from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33280-1.html>.
- Tweede Kamer. (2012-2013). *Reactie op commissierapport Meurs. Brief van de Minister van VWS*. (29 248, nr. 242). Retrieved from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29248-242.html>.
- Tweede Kamer. (2014-2015a). *Kamervragen over bericht dat tientallen miljoenen in de zorg aan onnodig fiscaal advies verspild zijn*. (ah-tk-20142015-3323). Retrieved from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20142015-3323.html>.
- Tweede Kamer. (2014-2015b). *Stand van zaken invoering integrale bekostiging. Brief van de Minister van VWS*. (32 620, nr. 139). Retrieved from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32620-139.html>.
- Tweede Kamer. (2014-2015c). *Verslag algemeen overleg: Invoering integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg*. (32 620, nr. 152). Retrieved from <https://www.tweedekamer.nl/vergaderingen/commissievergaderingen/details?id=2015A00090>.
- Tweede Kamer. (2015-2016). *Conceptverslag algemeen overleg: Ziekenhuiszorg*. Retrieved from <https://www.tweedekamer.nl/vergaderingen/commissievergaderingen/details?id=2015A03224>.
- van der Scheer, W. (2013). *Onder Zorgbestuurders: Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business.
- van Oorschot, J., Jaspers, F. C., Schaaf, J., Linnebank, F., Oostveen, C., & Braaksma, J. (1995). *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Verschuren, P. J. M., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*.
- Weggeman, M. C. D. P. (1997). *Kennismanagement: Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.
- Weggeman, M. C. D. P. (1998). Professie en management: soleren en samenspelen. *Medisch Contact*, 53(5), 162-164.
- Weggeman, M. C. D. P. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Schiedam: Scriptum.
- Wever, C. C., Cense, H. A., & van der Steeg, A. F. W. (2002). Ontevredenheid is taboe: jonge orde onderzoekt de positie van de specialist in opleiding. *Medisch Contact*, 57(50), 1868-1870.
- Winsemius, P. (1986). *Gast in eigen huis : beschouwingen over milieumanagement*. Alphen aan den Rijn: Samsom [etc.].

Bijlage 1: Beleidsopties Commissie Meurs

Type interventie: Inkomen

	Inkomensnormering <i>De overheid bepaalt bij wet maximuminkomen van medisch specialisten</i>	Bezoldigingscode <i>Specialisten committeren zich aan eigen beleidsnormen</i>	Belastingtarief <i>Introduceren van hogere toptarief inkomstenbelasting voor specialisten-inkomens</i>
Inkomen	Indien uitvoerbaar en afdwingbaar. Onduidelijk of aan deze voorwaarden kan worden voldaan.	Voorkomen van excessen, maar vanwege vrijblijvende karakter weinig effect.	Indien uitvoerbaar en afdwingbaar enig effect. Onduidelijk of aan deze voorwaarden kan worden voldaan.
Macrobeheersing	Indien uitvoerbaar en afdwingbaar dan sprake van verminderde productieprikkel.	Niet of nauwelijks effect op macrobeheersing.	Indien uitvoerbaar en afdwingbaar dan iets afname van productieprikkel. Effect beperkt.
Kwaliteit	Ruimte neemt af om variabele inkomensafpraak gerelateerd aan kwaliteit te maken.	Mogelijkheid neemt af om variabele inkomensafpraak gerelateerd aan kwaliteit te maken.	Geen positief of negatief effect op kwaliteit.
Toegankelijkheid	Door verminderde productieprikkel kans op onderbehandeling en langere wachttijden.	Indien effect sorteert kans op onderbehandeling en langere wachttijden.	Geen significant effect op toegankelijkheid.
Governance	Interne samenwerking mogelijk vereenvoudigt. Afgenomen productieprikkel leidt tot minder paralleliteit.	Interne samenwerking mogelijk vereenvoudigt.	Geen significant effect op governance.
Realiseerbaarheid	Juridisch gezien alleen mogelijk voor specialisten in loondienst. Moeilijk te handhaven. Voor vrijgevestigden mogelijk via omzetplafonds, maar zéér complex.	Goed realiseerbaar, maar handhaving niet per definitie verzekerd. Complex om inkomens vrijgevestigden vast te stellen.	Uit oogpunt van gelijke behandeling niet mogelijk voor een specifieke groep. Opwaarts effect in onderhandelingen over vergoedingen.
Fiscaal en goodwill	Drukkend effect op goodwill. Fiscaal ondernemerschap geborgd.	Drukkend effect op goodwill. Fiscaal ondernemerschap geborgd.	Geen effecten op fiscale duiding van arbeidsverhouding. Drukkend effect op goodwill.
Conclusie	Realiseerbaarheid nihil.	Zou een bijdrage kunnen leveren, wel zeer bescheiden matigend effect.	Zou beperkte inkomenseffecten met zich meebrengen. Belastingtarief specifiek voor medisch specialisten niet realiseerbaar.

Tabel 5: Beleidsopties bij type interventie: inkomen. Bewerkt van "Gezond belonen: Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten" van Commissie Inkomens Medisch Specialist, 2012

Type interventie: arbeidsverhouding

	Loondienst <i>Wettelijk verankeren dat medisch specialisten enkel o.b.v. arbeidsovereenkomst werkzaam mogen zijn</i>	Indirecte maatregelen <i>Fiscale voordelen, in het bijzonder de zelfstandigenaftrek versoberen of afschaffen</i>
Inkomen	Effect sterk afhankelijk van uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid. Verder onduidelijk of loondienst ook daadwerkelijk inkomen verlaagt.	Potentiele inkomensverlaging door toename aantal specialisten in loondienst. Netto-effect afschaffen zelfstandigenaftrek wellicht te klein om medisch specialisten naar loondienst te bewegen.
Macrobeheersing	Afhankelijk van uitkomsten op individueel niveau.	Zeer beperkt effect.
Kwaliteit	Effect moeilijk vast te stellen. Verschillende prikkels, maar geen reden dat een van beiden betere zorg zou leveren. Kwaliteitsafspraken zijn te maken.	Effect moeilijk vast te stellen. Verschillende prikkels, maar geen reden dat een van beiden betere zorg zou leveren. Kwaliteitsafspraken zijn te maken.
Toegankelijkheid	Leidt tot volumebeperking en dus tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling. Afhankelijk van loonafspraken.	Door geringe aantal specialisten dat voor loondienst opteert zeer beperkt effect op toegankelijkheid.
Governance	Praktijkervaring niet eenduidig, maar wellicht positief effect op sturing van de organisatie. Belangen van ziekenhuis en medisch specialist kunnen wel uit de pas gaan lopen vanwege afgenomen productieprikkel.	Door geringe aantal specialisten dat voor loondienst opteert zeer beperkt effect op governance.
Realiseerbaarheid	Vanwege contractsvrijheid niet goed denkbaar dat wetgever twee private partijen verplicht om arbeidsovereenkomst met elkaar te sluiten. Overheid kan niet rechtstreeks bewerkstelligen dat specialisten in loondienst werken.	CPB concludeert in Policy brief dat MKB-winstvrijstelling wel op economische gronden is de rechtvaardigen en de zelfstandigenaftrek niet. Maatregel zou voor alle fiscaal ondernemers moeten gelden. Netto-effect zeer beperkt.
Fiscaal en goodwill	Verdwijnen van fiscaal ondernemerschap. Waarde goodwill naar nul.	Niet direct consequenties voor fiscale positie, maar voordelen wel kleiner. Negatief effect op goodwill.
Conclusie	Juridisch onhaalbaar. Wel ook binnen loondienstverband vast-variabele afspraken over inkomen, productie en kwaliteit mogelijk.	Geen betekenisvol effect te verwachten.

Tabel 6: Beleidsopties bij type interventie: arbeidsverhouding. Bewerkt van “Gezond belonen: Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten” van Commissie Inkomens Medisch Specialist, 2012

Type interventie: tarieven (1)

	Beheersmodel <i>Vrijgevestigde medisch specialisten declareren een uurtarief x normtijd binnen DBC. Men kan nooit meer declareren dan instellingsplafond.</i>	Tariefregulering <i>Terug naar systeem van 2008-2011: honorariumtarieven per DOT.</i>
Inkomen	Afhankelijk van afspraken met RvB kan omzet medisch specialist hoger of lager uitkomen, maar bandbreedte beperkt. Aanpassing normomzet bepalend voor daadwerkelijk te realiseren inkomen	Door inherente sterke volume prikkel beheersing van inkomen niet eenvoudig. Door gereguleerde honorariumtarieven wel mogelijk om achteraf in te grijpen.
Macrobeheersing	Overheid houdt instrument waarmee aan voorkant op macrobeheersbaarheid gestuurd kan worden. Nadeel is zeer beperkte flexibiliteit en dynamiek.	Kan achteraf geborgd worden door tariefaanpassingen bij overschrijdingen. Gezien inherente volume prikkel kans op terugkerende situatie van overschrijding
Kwaliteit	Vanwege beperkte flexibiliteit en dynamiek weinig prikkels tot verhogen van kwaliteit.	Kans op overbehandeling en ongepast gebruik van zorg.
Toegankelijkheid	Productie prikkel afgetopt door plafond. Risico op onderbehandeling en mogelijk langere wachttijden	Sterke prikkel tot produceren, kan tot kortere wachttijden leiden.
Governance	Door afgetopte productie prikkel risico dat belangen van ziekenhuis en medisch specialisten uit elkaar gaan lopen.	Door ontwikkeling richting sluiten van vaste aanneemsommen tussen verzekeraars en ziekenhuizen en productie prikkels voor medisch specialist, risico dat belangen uit elkaar gaan lopen.
Realiseerbaarheid	Vigerende bekostigingsmodel, in termen van wet- en regelgeving eenvoudig te continueren. Wel administratief complex geheel.	In principe realiseerbaar. Wel lastig om juiste honorariumtarief vast te stellen.
Fiscaal en goodwill	Niet direct consequenties voor fiscale positie. Door matiging makro kader wel negatief effect op goodwill.	Geen effect te verwachten op fiscale positie van specialisten en waarde van goodwill.
Conclusie	Goed realiseerbaar. Macrobeheersing grootste kracht. Vanwege beperkte flexibiliteit, dynamiek, en complexe administratie geschikt als transitie model	Realiseerbaar, maar gezien ervaringen die zijn opgedaan niet voor de hand. Sterke productie prikkel en overheids-regulering biedt weinig vertrouwen voor herinvoering van model.

Tabel 7: Beleidsalternatieven bij type interventie: tarieven (1). Bewerkt van "Gezond belonen: Beleidsalternatieven voor de inkomens van medisch specialisten" van Commissie Inkomens Medisch Specialist, 2012

Type interventie: tarieven (2)

	Degressieve tarieven <i>Honorariumtarieven waarvan hoogte afneemt met toename van productie.</i>	Integrale tarieven <i>Afschaffen van bestaande deelregulering van honoraria van vrijgevestigde specialisten. Concreet betekent dit afschaffen van beheersmodel en vastgestelde honorariumtarieven.</i>
Inkomen	Meerproductie lager beloond. Bij gelijke productie i.p. lagere inkomens.	Bezoldiging specialisten primair resultante van onderhandeling binnen ziekenhuis. Inkomensniveau ten tijde van invoering zal belangrijk ijkpunt zijn van onderhandelingen
Macrobeheersing	Beperking van productieprikkels biedt waarborg voor macrobeheersing	Macrobeheersing op totale ziekenhuis-uitgaven. Zorgverzekeraars kunnen indirect sturen op honorariumuitgaven.
Kwaliteit	Verminderd risico op overbehandeling	Zorgaanbieders krijgen meer vrijheden en ruimte om zorg optimaal in te richten.
Toegankelijkheid	Risico op onderbehandeling en wachtlijsten	Bovenstaande kan tot betere toegankelijkheid leiden
Governance	Mogelijk minder paralleliteit van belangen als productieprikkels van medisch specialisten afwijkt van ziekenhuis	Specialist meer integraal onderdeel van onderhandeling tussen verzekeraar en ziekenhuis. Mogelijk gelijk spelveld binnen instelling. Vraag of alle RvB voldoende zijn geëquipeerd voor onderhandelingen.
Realiseerbaarheid	Complexiteit te groot om realiseerbaar te zijn. Zou verder tot enorme registratielast leiden en risico op prikkels voor strategisch gedrag	Gezien principe-afspraken tussen Orde, NVZ en VWS is implementatie relatief eenvoudig. Wel aandacht voor afwikkeling goodwillvraagstuk benodigd.
Fiscaal en goodwill	Geen effect op fiscale positie. Indien inkomens dalen dan navenante verlaging van goodwill.	Specialist die in huidige situatie maar in één ziekenhuis werkt en fiscaal ondernemer is verliest fiscaal ondernemerschap onder integrale tarieven. Hierdoor forse daling van de waarde van goodwill. Groot aantal vrijgevestigde specialisten zal ervoor kiezen om over te stappen naar loondienst.
Conclusie	Lijkt niet realiseerbaar.	Integrale tarieven is te beschouwen als logische volgende stap in de bekostiging van medisch specialistische zorg. Invoering per 2015 haalbaar, wel dienen maatregelen te worden genomen m.b.t. goodwill en risico's rondom governance.

Tabel 8: Beleidsalternatieven bij type interventie: tarieven (2). Bewerkt van "Gezond belonen: Beleidsalternatieven voor de inkomens van medisch specialisten" van Commissie Inkomens Medisch Specialist, 2012

Bijlage 2: Uitnodigingsmail

Geachte collega,

Met ingang van 2015 is het vrije declaratierecht van de medisch specialist komen te vervallen en zijn integrale tarieven ingevoerd. Deze verandering is gepaard gegaan met nieuwe organisatiemodellen (b.v. het samenwerkingsmodel) in ziekenhuizen. Hoewel er in het afgelopen jaar veel over dit onderwerp is geschreven lijken de meningen en ervaringen van de medisch specialist onderbelicht te zijn gebleven. In het kader van de thesis ter afsluiting van de Master of Health Business Administration (MBA) aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, doe ik onderzoek naar de ervaringen van de medisch specialist bij de invoering van de integrale tarieven en naar de werkwaarden (drijfveren) van medisch specialisten in het algemeen. Het onderzoek betreft zowel vrijgevestigde medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst.

In het kader van dit onderzoek zou ik u willen vragen om een online vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst kost maximaal 5 minuten. Al uw antwoorden zullen vertrouwelijk en volledig anoniem worden verwerkt en de resultaten van het onderzoek zullen niet herleidbaar zijn tot een specifiek persoon of ziekenhuis. De vragenlijst is eenvoudig via een computer, tablet of smartphone in te vullen. U kunt de vragenlijst bereiken via de volgende link:

<http://goo.gl/forms/zEBip1ZfiE>

Ik hoop van harte dat ik op uw medewerking kan rekenen. Indien u vragen met betrekking tot dit onderzoek heeft of graag op de hoogte gehouden wilt worden van de resultaten kunt u mij een email sturen via onderstaand adres.

Met vriendelijke groet en bij voorbaat dank.

Bart Hugen

[\(b.hugen@antoniusziekenhuis.nl\)](mailto:b.hugen@antoniusziekenhuis.nl)

N.B. Bart Hugen is arts en op dit moment werkzaam als directeur van het Coöperatief Medisch Specialistisch Bedrijf St. Antonius Ziekenhuis. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op zijn persoonlijke titel en niet in naam van het coöperatief of het St. Antonius Ziekenhuis in het algemeen.

Bijlage 3: Vragenlijst medisch specialist

Deze vragenlijst maakt onderdeel uit van een MBA-thesis onderzoek naar de ervaringen van de medisch specialisten bij de invoering van de integrale tarieven en hun werkwaarden (drijfveren) in het algemeen. De vragenlijst bestaat uit negen inhoudelijke en een aantal algemene vragen. Het invullen duurt maximaal vijf minuten. De gegevens zullen volledig anoniem worden verwerkt en de resultaten van het onderzoek zullen niet herleidbaar zijn tot een specifiek persoon of ziekenhuis. Uw bijdrage wordt zeer gewaardeerd.

Voor meer informatie betreffende het onderzoek kunt u terecht bij de onderzoeker via b.hugen@antoniusziekenhuis.nl

1. Wat is uw functie? *
 - ☐ Vrijgevestigd medisch specialist
 - ☐ Medisch specialist in loondienst van ziekenhuis
 - ☐ Combinatie van vrijgevestigd en loondienst, voornamelijk vrijgevestigd
 - ☐ Combinatie van vrijgevestigd en loondienst, voornamelijk loondienst
 - ☐ Medisch specialist in loondienst van MSB/maatschap/vakgroep BV
 - ☐ Medisch specialist in opleiding (AIOS)
 - ☐ Overig, namelijk:
2. Vanaf 2015 zijn integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg ingevoerd. Dit is veelal gepaard gegaan met een nieuwe organisatiestructuur van de vrijgevestigde medisch specialisten. Weet u welk organisatiemodel de meerderheid van de vrijgevestigde medisch specialisten binnen uw ziekenhuis nu hanteert? *
 - ☐ Ja, een transparant samenwerkingsmodel (MSB)
 - ☐ Ja, een niet-transparant samenwerkingsmodel (Coöperatie)
 - ☐ Ja, een samenwerkingsmodel, maar ik weet niet welke vorm
 - ☐ Ja, een participatiemodel
 - ☐ Ja, de meerderheid is in loondienst gegaan
 - ☐ Nee, dit weet ik niet
3. Bent u binnen uw ziekenhuis zelf actief betrokken geweest bij de totstandkoming per 2015 van dit nieuwe organisatiemodel? *
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
4. Heeft u in uw dagelijkse klinische werkzaamheden iets gemerkt van de invoering van de integrale tarieven per 2015? *
 - ☐ Ja, ten nadele van de patiëntenzorg
 - ☐ Ja, ten voordele van de patiëntenzorg
 - ☐ Nee
5. Heeft de invoering van integrale tarieven en het bijbehorende organisatiemodel uw werkbeleving beïnvloed? *
 - ☐ Ja, ik heb meer plezier in mijn werk gekregen
 - ☐ Ja, ik heb minder plezier in mijn werk gekregen
 - ☐ Nee

Vrijgevestigde medisch specialisten

6. Bij het tot stand komen van de nieuwe organisatiemodellen ten tijde van de invoering van integrale tarieven bestond er de mogelijkheid om over te stappen naar loondienst. Wat was voor u de belangrijkste reden om dit niet te doen? *
- ☐ Ik wist niet dat deze mogelijkheid bestond
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb een aanbod gekregen)
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb geen aanbod gekregen)
 - ☐ Mijn maatschap/vakgroep heeft besloten om dit niet te doen
 - ☐ Ik ben tevreden in vrije vestiging en zie geen meerwaarde in loondienst
 - ☐ Ik wil niet in hiërarchische zin 'onder' de Raad van Bestuur van mijn ziekenhuis vallen
 - ☐ Anders, namelijk:
7. Wat zijn voor u de belangrijkste factoren die voor meerwaarde zorgen van vrije vestiging ten opzichte van loondienst? [Minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden mogelijk] *
- ☐ Autonomie/eigen sturing
 - ☐ Leveren van betere patiëntenzorg
 - ☐ Eigen portfolio-keuze kunnen maken
 - ☐ Betere verdiensten
 - ☐ Betere arbeidsomstandigheden
 - ☐ Zekerheid
 - ☐ Minder risico om onder WNT (Balkenendenorm) te gaan vallen
 - ☐ Mogelijkheid van ondernemen
 - ☐ Betere balans tussen werk en vrije tijd
 - ☐ Hogere productiviteit
 - ☐ Andere mentaliteit
 - ☐ Afwisselender werk
 - ☐ Betere verhouding met (Raad van Bestuur van) ziekenhuis
 - ☐ Meer invloed kunnen uitoefenen op ziekenhuisbeleid
 - ☐ Meer ruimte/tijd voor onderwijs en onderzoek
 - ☐ Geen
 - ☐ Anders, namelijk:

Medisch specialisten in loondienst van ziekenhuis

6. Bij het tot stand komen van de nieuwe organisatiemodellen ten tijde van de invoering van integrale tarieven bestond er de mogelijkheid om over te stappen naar vrije vestiging. Wat was voor u de belangrijkste reden om dit niet te doen? *
- ☐ Ik wist niet dat deze mogelijkheid bestond
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb een aanbod gekregen)
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb geen aanbod gekregen)
 - ☐ Mijn vakgroep heeft besloten om dit niet te doen
 - ☐ Ik ben tevreden in loondienst en zie geen meerwaarde in vrije vestiging
 - ☐ Ik ben overgestapt van vrije vestiging naar loondienst
 - ☐ Anders, namelijk:

7. Wat zijn voor u de belangrijkste factoren die voor meerwaarde zorgen van loondienst ten opzichte van vrije vestiging? [Minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden mogelijk] *

- ☐ Autonomie/eigen sturing
- ☐ Leveren van betere patiëntenzorg
- ☐ Eigen portfolio-keuze kunnen maken
- ☐ Betere verdiensten
- ☐ Betere arbeidsomstandigheden
- ☐ Zekerheid
- ☐ Minder risico om onder WNT (Balkenendenorm) te gaan vallen
- ☐ Betere balans tussen werk en vrije tijd
- ☐ Hogere productiviteit
- ☐ Andere mentaliteit
- ☐ Afwisselender werk
- ☐ Betere verhouding met (Raad van Bestuur van) ziekenhuis
- ☐ Meer invloed kunnen uitoefenen op ziekenhuisbeleid
- ☐ Meer ruimte/tijd voor onderwijs en onderzoek
- ☐ Geen
- ☐ Anders, namelijk:

Medisch specialisten in loondienst van MSB/maatschap/vakgroep BV

6. Indien u de mogelijkheid kreeg zou u dan graag in vrije vestiging willen werken? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet/geen antwoord

7. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen om in de toekomst als vrijgevestigde medisch specialist dan wel in loondienst werkzaam te zijn? [Minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden mogelijk] *

- ☐ Autonomie/eigen sturing
- ☐ Leveren van betere patiëntenzorg
- ☐ Eigen portfolio-keuze kunnen maken
- ☐ Betere verdiensten
- ☐ Betere arbeidsomstandigheden
- ☐ Zekerheid
- ☐ Minder risico om onder WNT (Balkenendenorm) te gaan vallen
- ☐ Betere balans tussen werk en vrije tijd
- ☐ Hogere productiviteit
- ☐ Andere mentaliteit
- ☐ Afwisselender werk
- ☐ Betere verhouding met (Raad van Bestuur van) ziekenhuis
- ☐ Meer invloed kunnen uitoefenen op ziekenhuisbeleid
- ☐ Meer ruimte/tijd voor onderwijs en onderzoek
- ☐ Geen
- ☐ Anders, namelijk:

Overige

6. Bij het tot stand komen van de nieuwe organisatiemodellen ten tijde van de invoering van integrale tarieven bestond er de mogelijkheid om over te stappen van loondienst naar vrije vestiging of vice versa. Wat was voor u de belangrijkste reden om dit niet te doen? *
- ☐ Ik wist niet dat deze mogelijkheid bestond
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb een aanbod gekregen)
 - ☐ Dit was financieel onaantrekkelijk (ik heb geen aanbod gekregen)
 - ☐ Mijn vakgroep heeft besloten om dit niet te doen
 - ☐ Ik ben nu tevreden en zie geen meerwaarde in overstap
 - ☐ Ik ben overgestapt van vrije vestiging naar loondienst
 - ☐ Ik ben overgestapt van loondienst naar vrije vestiging
 - ☐ Deze vraag is niet van toepassing op mijn situatie
 - ☐ Anders, namelijk:
7. Wat zijn, naar uw mening, de belangrijkste factoren die voor meerwaarde zorgen van vrije vestiging ten opzichte van loondienst? [Minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden mogelijk] *
- ☐ Autonomie/eigen sturing
 - ☐ Leveren van betere patiëntenzorg
 - ☐ Eigen portfolio-keuze kunnen maken
 - ☐ Betere verdiensten
 - ☐ Betere arbeidsomstandigheden
 - ☐ Zekerheid
 - ☐ Minder risico om onder WNT (Balkenendenorm) te gaan vallen
 - ☐ Betere balans tussen werk en vrije tijd
 - ☐ Hogere productiviteit
 - ☐ Andere mentaliteit
 - ☐ Afwisselender werk
 - ☐ Betere verhouding met (Raad van Bestuur van) ziekenhuis
 - ☐ Meer invloed kunnen uitoefenen op ziekenhuisbeleid
 - ☐ Meer ruimte/tijd voor onderwijs en onderzoek
 - ☐ Geen
 - ☐ Anders, namelijk:
7. Wat zijn, naar uw mening, de belangrijkste factoren die voor meerwaarde zorgen van loondienst ten opzichte van vrije vestiging? [Minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden mogelijk] *
- ☐ Autonomie/eigen sturing
 - ☐ Leveren van betere patiëntenzorg
 - ☐ Eigen portfolio-keuze kunnen maken
 - ☐ Betere verdiensten
 - ☐ Betere arbeidsomstandigheden
 - ☐ Zekerheid
 - ☐ Minder risico om onder WNT (Balkenendenorm) te gaan vallen
 - ☐ Betere balans tussen werk en vrije tijd
 - ☐ Hogere productiviteit
 - ☐ Andere mentaliteit
 - ☐ Afwisselender werk
 - ☐ Betere verhouding met (Raad van Bestuur van) ziekenhuis

- ☐ Meer invloed kunnen uitoefenen op ziekenhuisbeleid
- ☐ Meer ruimte/tijd voor onderwijs en onderzoek
- ☐ Geen
- ☐ Anders, namelijk:

[Tenslotte...]

8. Wat zijn de belangrijkste werkwaarden (drijfveren) in uw werk op dit moment? [Minimaal 1 en maximaal 3 antwoorden mogelijk] *

- ☐ **Creativiteit:** ruimte om vernieuwende ideeën te bedenken.
- ☐ **Afwisseling:** afwisselend en variërende werkzaamheden.
- ☐ **Structuur:** vaste werkzaamheden en routines.
- ☐ **Autonomie:** de mogelijkheid om zelf de inhoud te bepalen.
- ☐ **Zelfontwikkeling:** ruimte voor ambitie en persoonlijke ontwikkeling.
- ☐ **Invloed:** invloed hebben op beslissingen en bepalen wat anderen moeten doen.
- ☐ **Werk-privé balans:** werk dat goed aansluit op privéleven en vrije tijd.
- ☐ **Financiële beloning:** een goed inkomen.
- ☐ **Zekerheid:** zekerheid over baan en toekomst.
- ☐ **Prestige:** werkzaamheden waaraan je status en aanzien kan ontleen.
- ☐ **Excelleren:** het beste in je vakgebied zijn.
- ☐ **Professionele trots:** de mogelijke patiëntenzorg kunnen leveren.
- ☐ **Waardering:** prestaties worden gewaardeerd en beloond.
- ☐ **Arbeidsomstandigheden:** een goede werkplek en goede arbeidsomstandigheden.
- ☐ **Relaties:** leuke collega's en prettige samenwerking op de werkvloer.
- ☐ **Altruïsme:** bijdragen aan gezondheid en geluk van anderen.
- ☐ Anders, namelijk:

9. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? *

	Hele- maal on- eens	On- eens	Niet eens/ on- eens	Eens	Hele- maal eens
Voor een goed functionerend ziekenhuis is het noodzakelijk dat de medische staf zeggenschap over het ziekenhuisbeleid heeft.	☐	☐	☐	☐	☐
Een ziekenhuis zou (deels) bestuurd moeten worden door medisch specialisten.	☐	☐	☐	☐	☐
Medisch specialisten zouden zich enkel met de directe patiëntenzorg hoeven bezighouden en niet met algemene managementtaken in het ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐
Het organisatiemodel van het ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan de patiëntenzorg.	☐	☐	☐	☐	☐
De patiëntenzorg is verbeterd door de invoering van integrale tarieven.	☐	☐	☐	☐	☐
De patiëntenzorg is verslechterd door de invoering van integrale tarieven.	☐	☐	☐	☐	☐
De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding tussen de medisch specialisten en raad van bestuur van het ziekenhuis verbeterd .	☐	☐	☐	☐	☐

De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding tussen de medisch specialisten en raad van bestuur van het ziekenhuis verslechterd .	☐	☐	☐	☐	☐
De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door organisatorische overwegingen	☐	☐	☐	☐	☐
De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen.	☐	☐	☐	☐	☐
Over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst.	☐	☐	☐	☐	☐

[Algemene informatie]

De onderstaande informatie zal enkel door de onderzoeker worden gebruikt voor de analyse van de resultaten. Deze informatie zal niet worden gedeeld met specifieke personen of ziekenhuizen. Op generlei wijze zullen de resultaten van het onderzoek herleidbaar zijn tot een specifiek persoon of ziekenhuis.

10. Wat is uw geslacht? *

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Wil ik niet zeggen

11. Wat is uw medisch specialisme?

- | | |
|--|---|
| ☐ Allergologie | ☐ Klinische neurofysiologie |
| ☐ Anesthesiologie (inclusief pijn) | ☐ Longziekten |
| ☐ Cardiologie | ☐ Medische Microbiologie |
| ☐ Cardiothoracale chirurgie | ☐ Neurochirurgie |
| ☐ Dermatologie | ☐ Neurologie |
| ☐ Spoedeisende eerste hulp | ☐ Nucleaire geneeskunde |
| ☐ Fertiliteitsgeneeskunde | ☐ Oogheelkunde |
| ☐ Gastro-enterologie | ☐ Orthopedie |
| ☐ Gynaecologie & verloskunde | ☐ Pathologie |
| ☐ Heelkunde | ☐ Plastische chirurgie |
| ☐ Intensive Care | ☐ Psychiatrie |
| ☐ Inwendige Geneeskunde | ☐ Radiologie |
| ☐ Kaakchirurgie | ☐ Radiotherapie |
| ☐ Keel-, neus- en oorheelkunde | ☐ Reumatologie |
| ☐ Kindergeneeskunde | ☐ Revalidatiegeneeskunde |
| ☐ Klinische chemie | ☐ Urologie |
| ☐ Klinische genetica | ☐ Overige |
| ☐ Klinische Geriatrie | ☐ Wil ik niet zeggen |

12. Hoe lang bent u werkzaam als medisch specialist? *

- ☐ Minder dan 5 jaar
- ☐ 5 tot 10 jaar
- ☐ 10 tot 25 jaar
- ☐ Meer dan 25 jaar
- ☐ Weet ik niet/geen antwoord

13. In welk type ziekenhuis bent u voornamelijk werkzaam? *

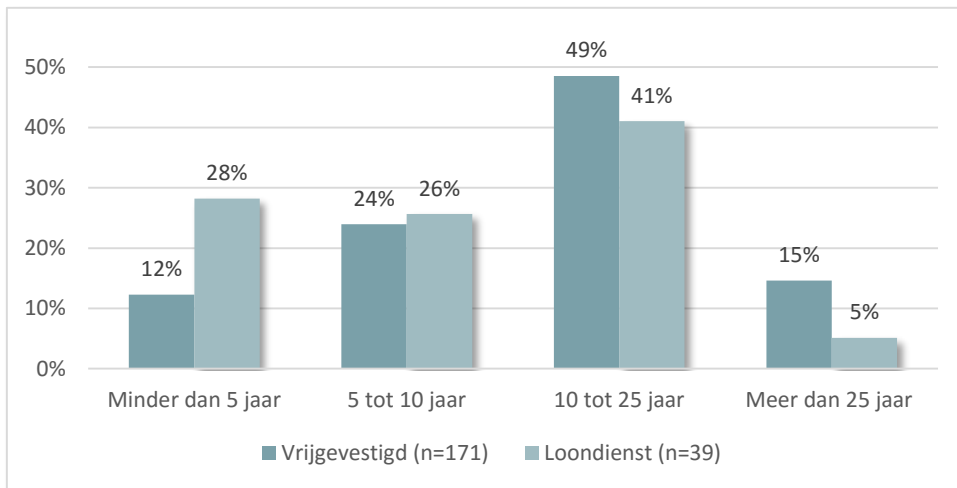
- ☐ Algemeen ziekenhuis
- ☐ Topklinisch ziekenhuis
- ☐ Overig, namelijk:

14. Wat is de naam van het ziekenhuis waar u voornamelijk werkzaam bent?

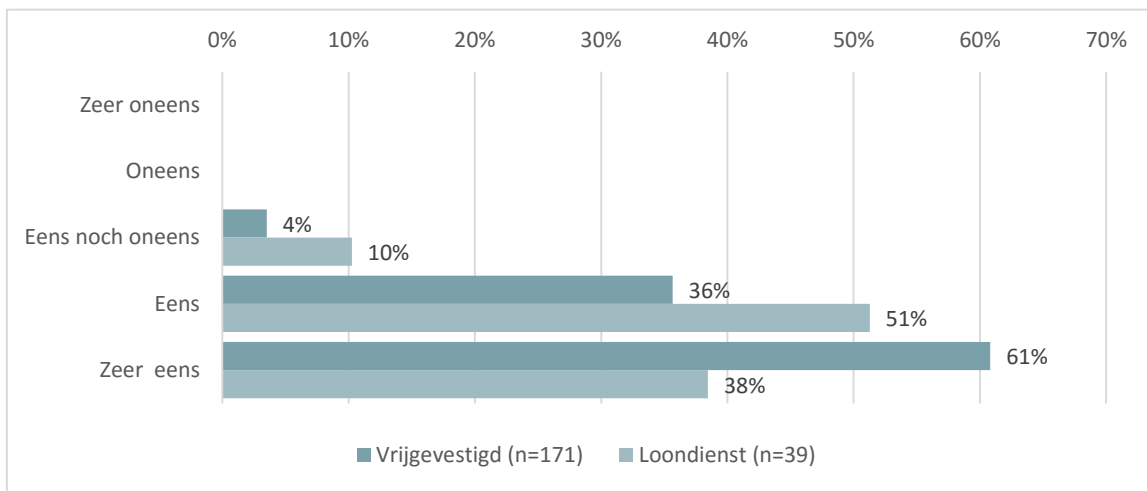
15. Heeft u nog op- of aanmerkingen naar aanleiding van de vragenlijst of dit onderwerp in het algemeen die u graag met de onderzoeker wilt delen?

* Vereist

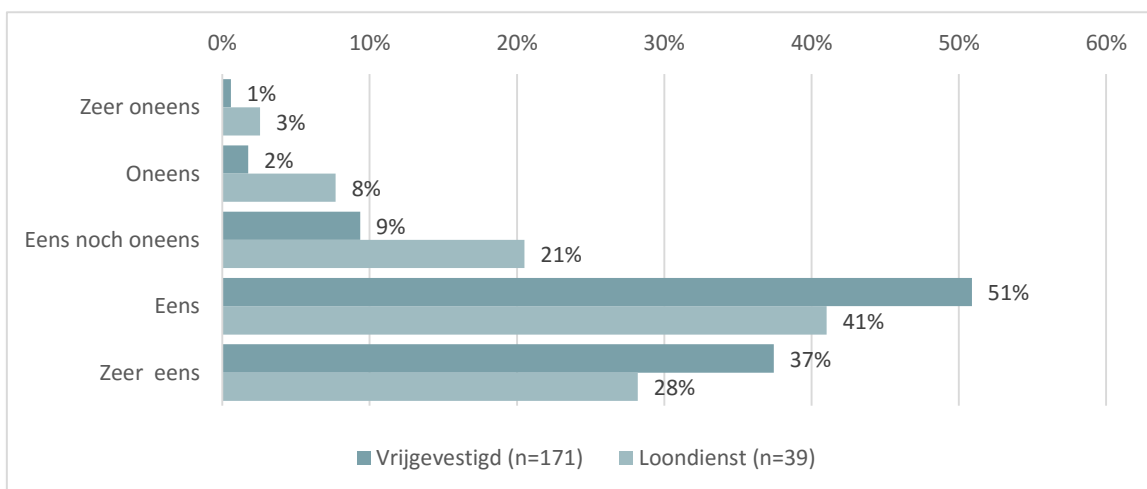
Bijlage 4: Overige figuren



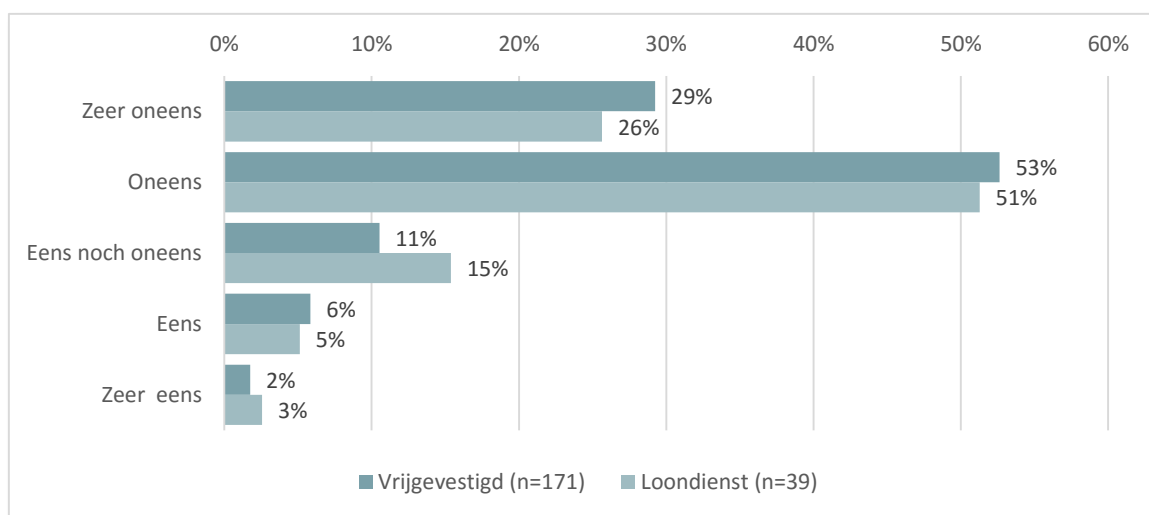
Figuur 24: Aantal jaren ervaring als medisch specialist



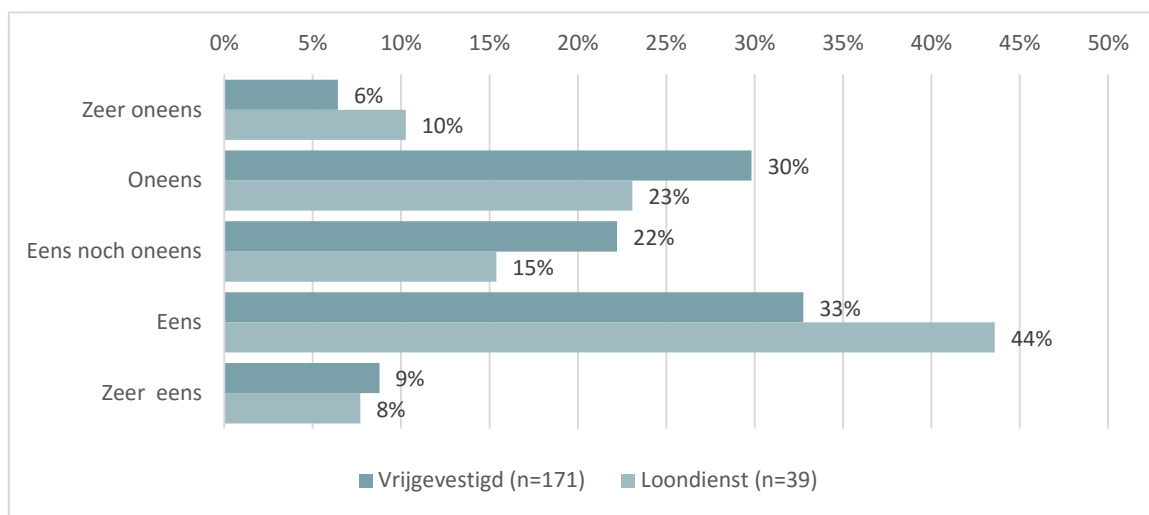
Figuur 25: Voor een goed functionerend ziekenhuis is het noodzakelijk dat de medische staf zeggenschap over ziekenhuisbeleid heeft ($p=0,01$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



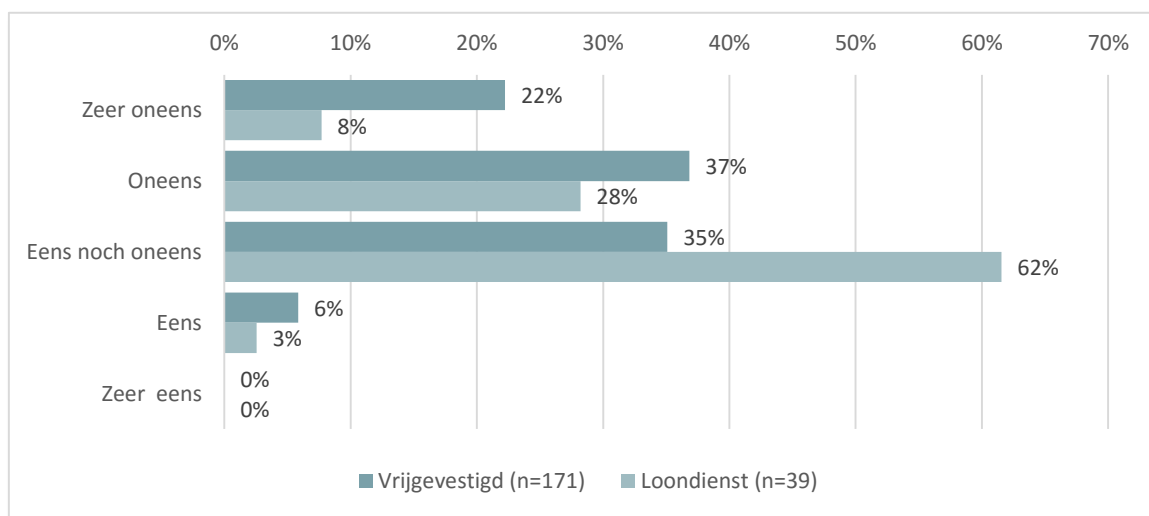
Figuur 26: Een ziekenhuis zou (deels) bestuurd moeten worden door medisch specialisten ($p<0,05$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



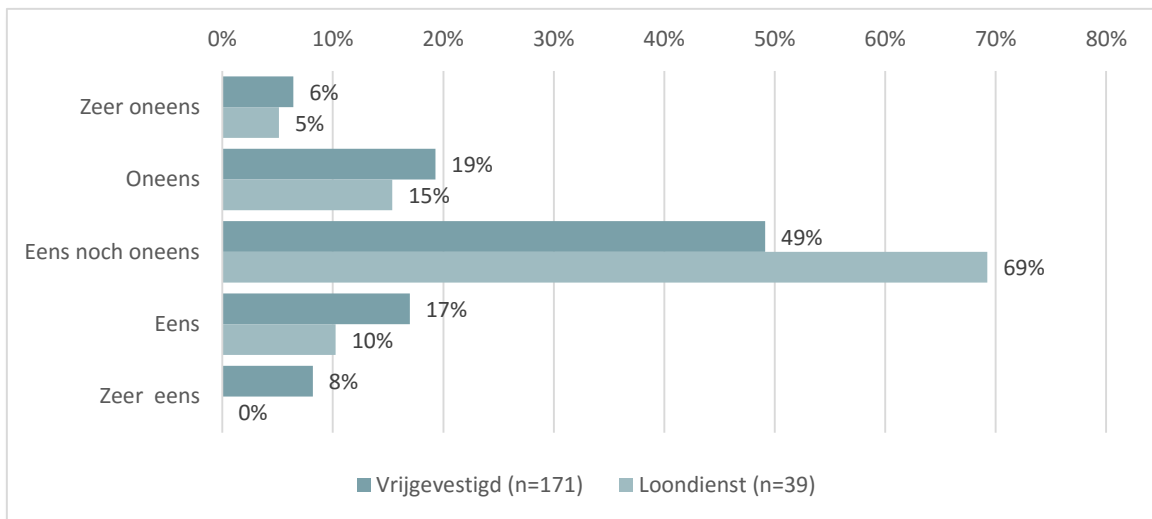
Figuur 27: Medisch specialisten zouden zich enkel met de directe patiëntenzorg hoeven bezighouden en niet met algemene managementtaken in het ziekenhuis ($p=0,4$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



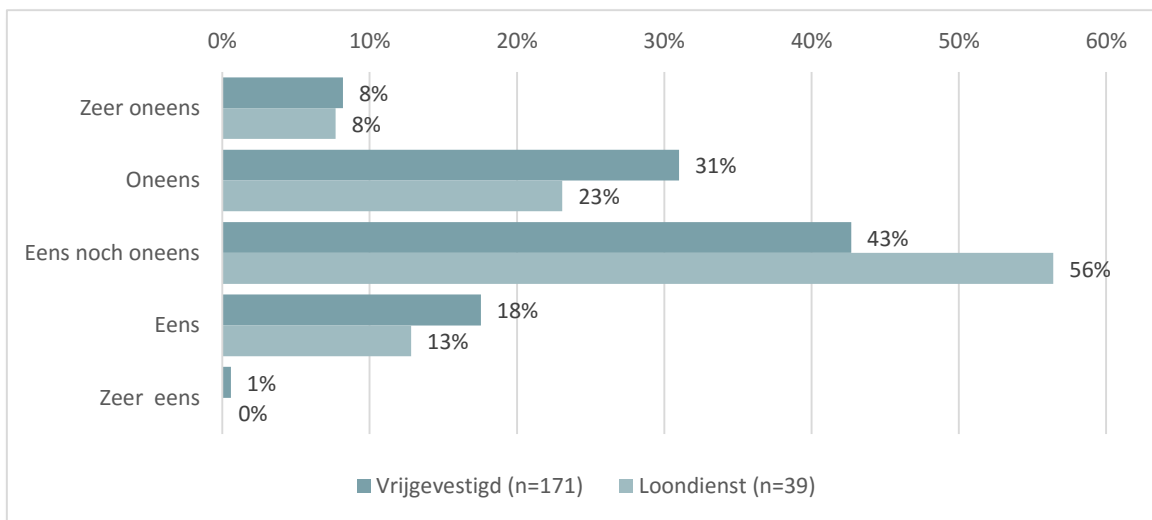
Figuur 28: Het organisatiemodel van het ziekenhuis is van ondergeschikt belang aan de patiëntenzorg ($p=0,6$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



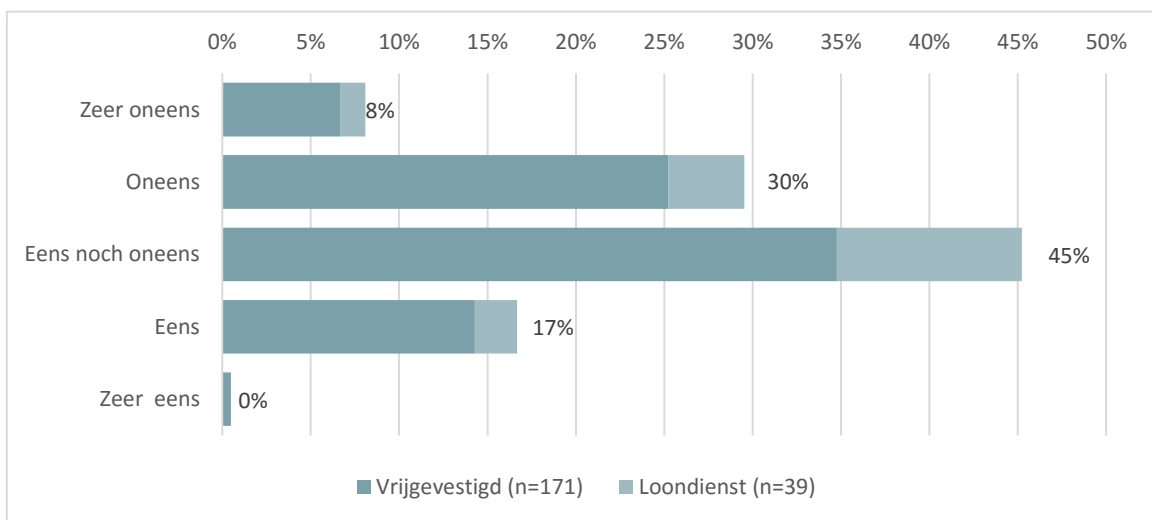
Figuur 29: De patiëntenzorg is **verbeterd** door de invoering van integrale tarieven ($p<0,05$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



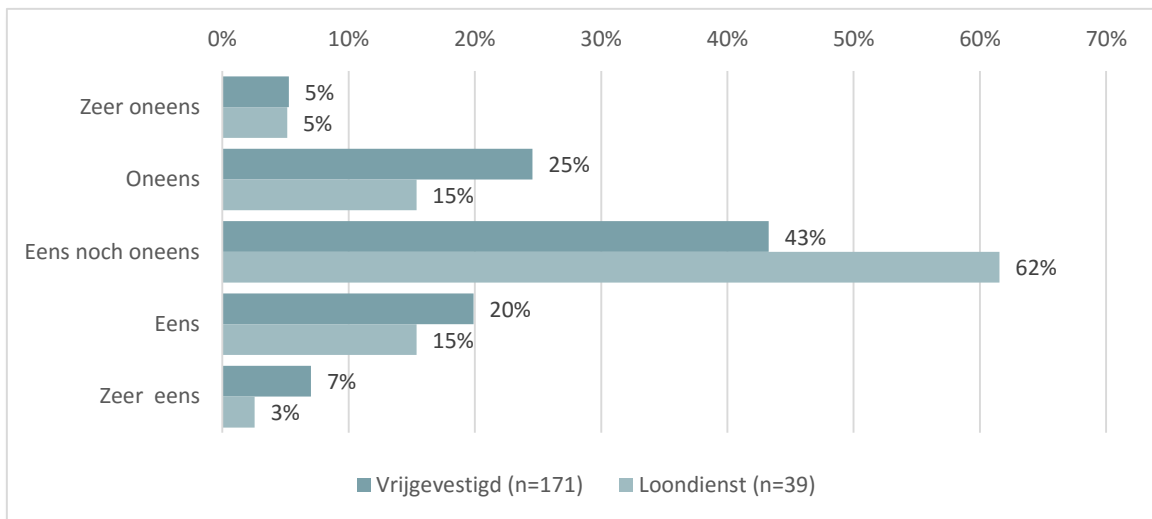
Figuur 30: De patiëntenzorg is **verslechterd** door de invoering van integrale tarieven (p=0,4 m.b.v. Mann-Whitneytoets)



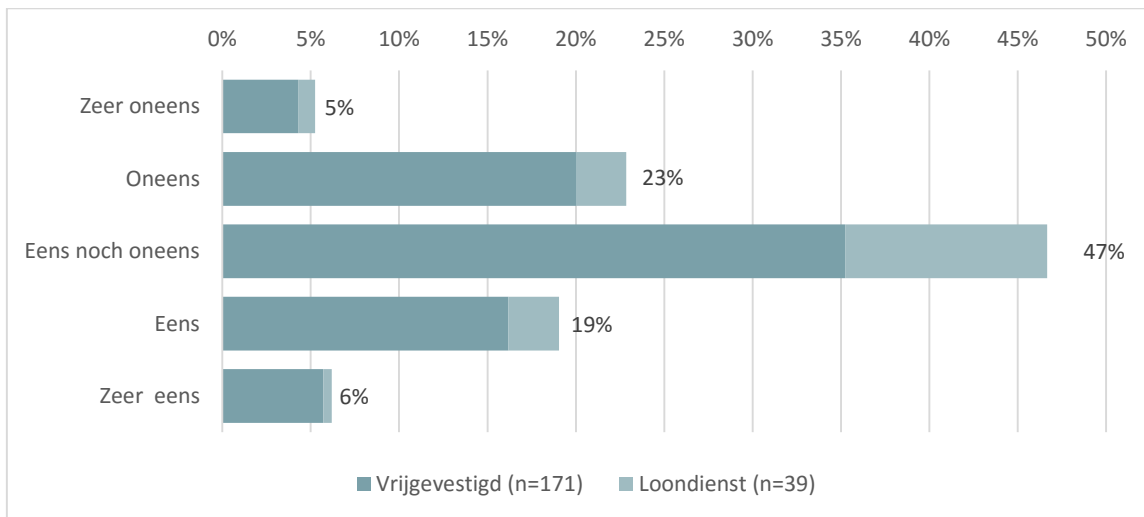
Figuur 31: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB **verbeterd** (p=0,8 m.b.v. Mann-Whitneytoets)



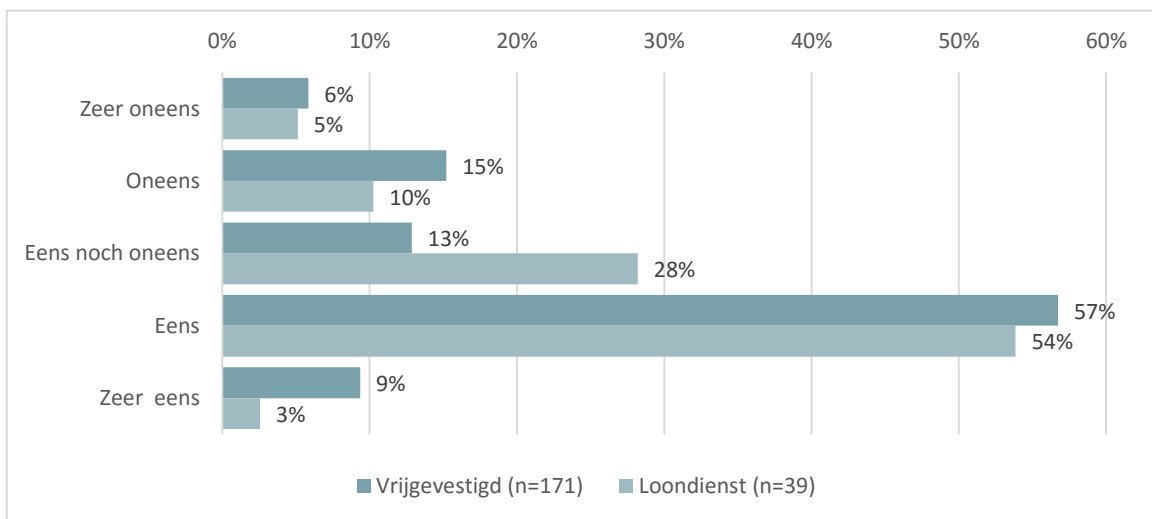
Figuur 32: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB **verbeterd**



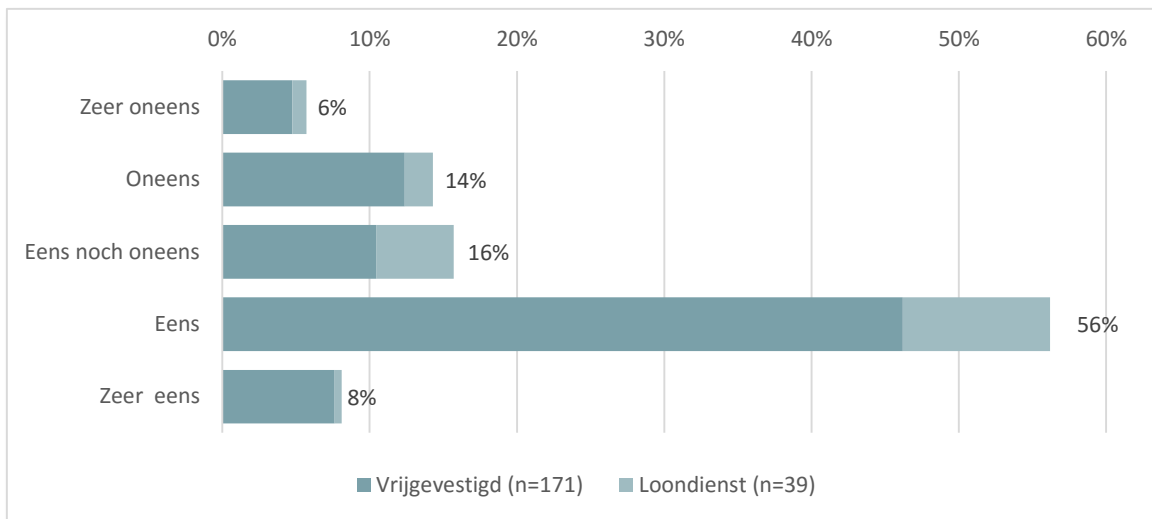
Figuur 33: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB **verslechterd** ($p=0,96$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



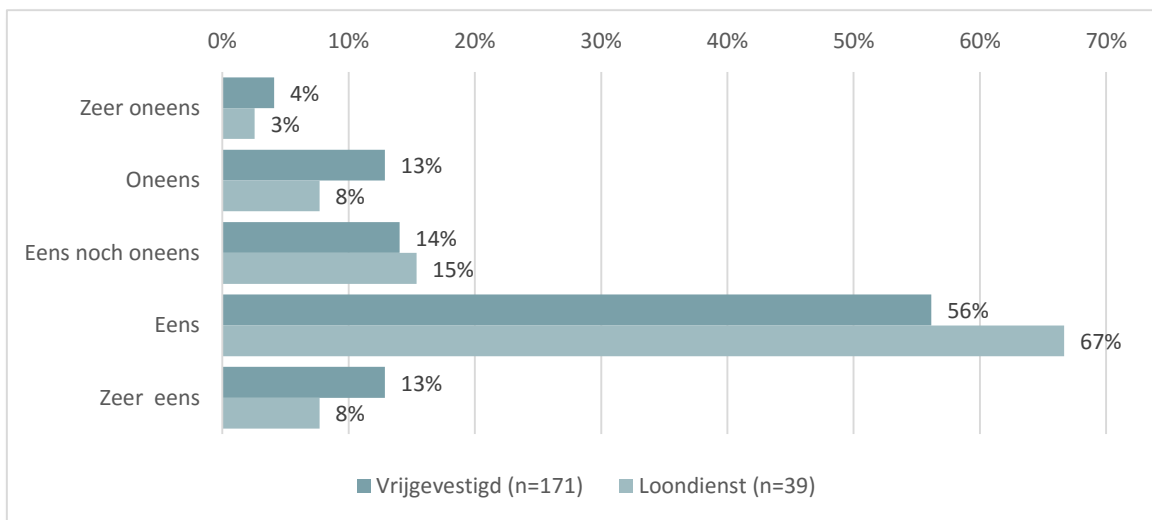
Figuur 34: De invoering van integrale tarieven heeft de verhouding met de RvB **verslechterd**



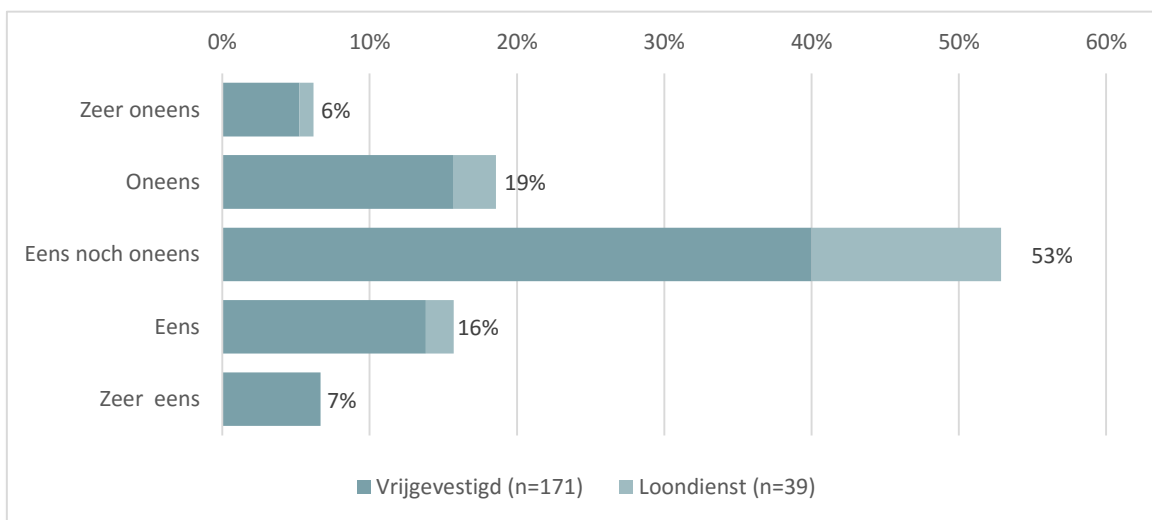
Figuur 35: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door **organisatorische** overwegingen ($p=0,4$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



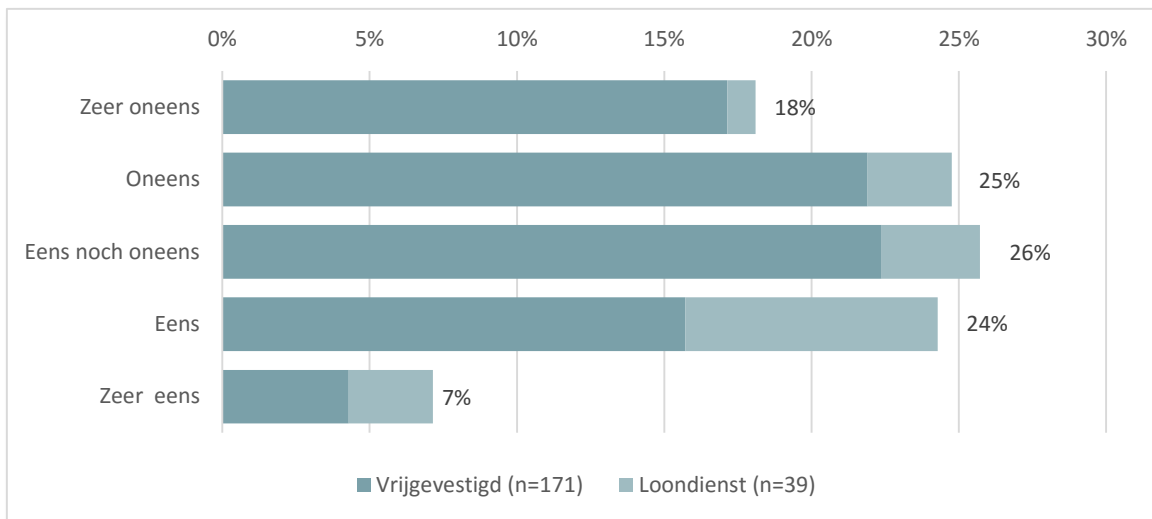
Figuur 36: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door **organisatorische** overwegingen



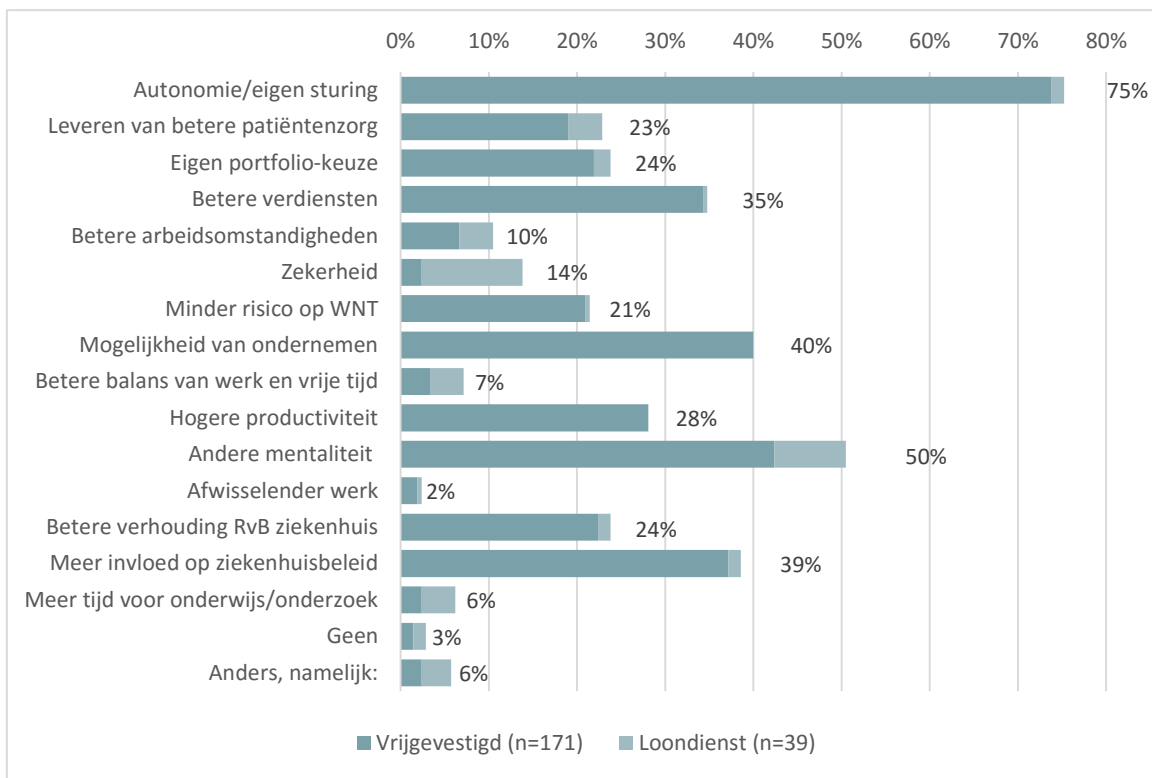
Figuur 37: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door **financiële** overwegingen ($p=0,8$ m.b.v. Mann-Whitneytoets)



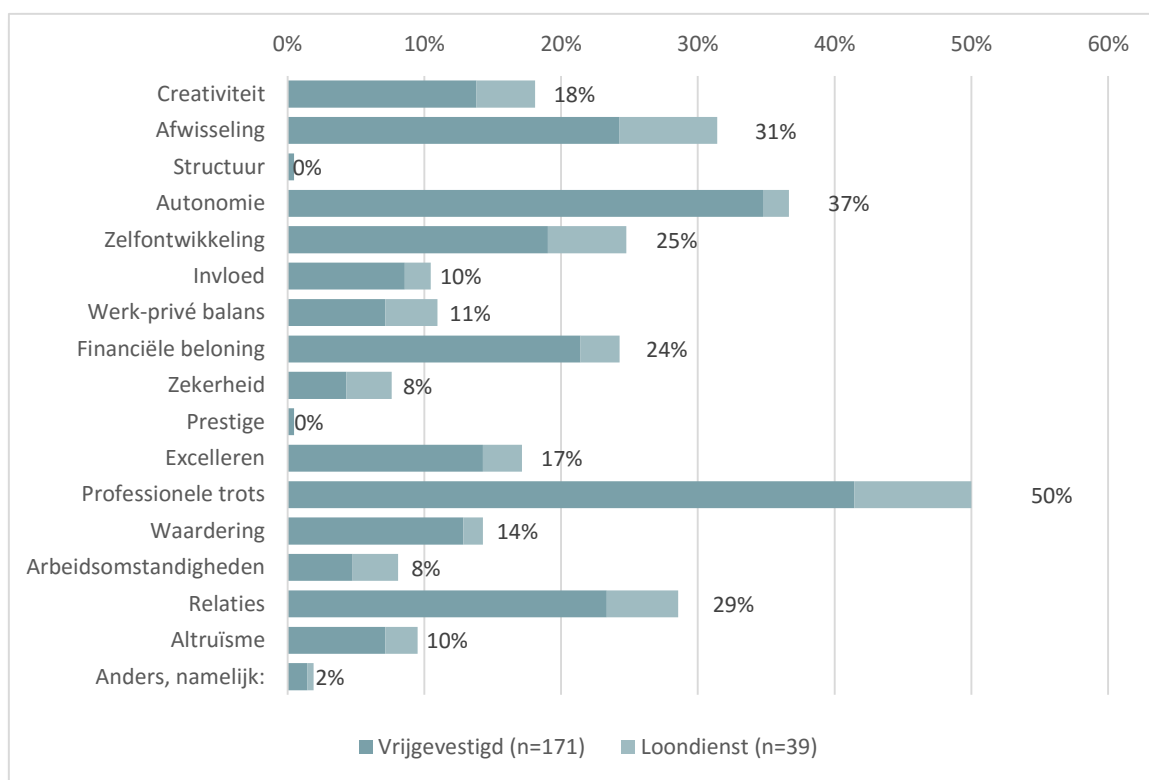
Figuur 38: De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt bedreigd door **financiële** overwegingen



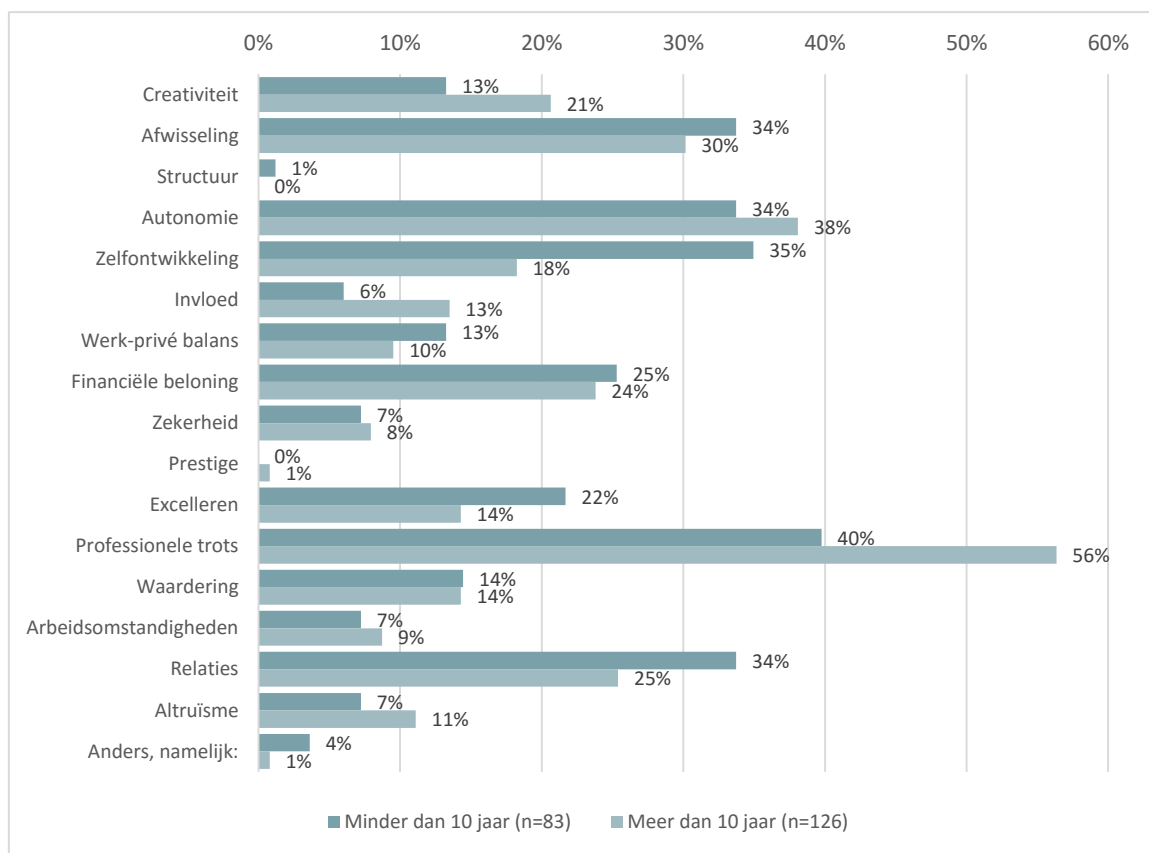
Figuur 39: Over tien jaar zijn vrijwel alle medisch specialisten in loondienst



Figuur 40: Meerwaarde vrijgevestigd vs. loondienst en vice versa



Figuur 41: Belangrijkste werkwaarde op dit moment



Figuur 42: Belangrijkste werkwaarden op dit moment (i.r.t. ervaring als medisch specialist)

Bijlage 5: Vrije tekst opmerkingen

Vrijgevestigde medisch specialisten

“Ik heb het als redelijk stuitend ervaren hoeveel tijd (en geld, hetgeen ook patiënten zorg ten goede had kunnen komen) er in 2014 en 2015 door ons medisch specialisten besteed is aan de invoering van de integrale tarieven en de continuering van onze vrije vestiging. In feite ook stuitend dat de Belastingdienst als instrument gebruikt wordt om een hardwerkende dokters in een politieke gewenste richting te proberen te duwen. Eveneens stuitend dat men loondienst offreert zonder de goodwill volledig te compenseren. Erg onhandig om de minister van binnenlandse zaken tegelijkertijd zo hard achter de WNT aan te lopen. De gevolgen daarvan zijn voor ons nu ook merkbaar, er zijn nauwelijks capabele bestuurders voor de ziekenhuizen te krijgen. Het loongebouw in het management van ziekenhuizen is scheef getrokken. Daarnaast schande dat de pensioenaftopping in de algemene ziekenhuizen en binnen de GGZ nog steeds niet gecompenseerd wordt, dit is de enige beroepssector binnen de overheid en semi-overheid waar dit nog niet gedaan wordt. Het vergroot het vertrouwen in de werkgevers en een mogelijke overgang naar loondienst zeker niet.”

“Integrale tarief betekent niet gelijkwaardige werkdrukke. Ik merk wel dat de werklust bij vrijgevestigde groepen zeer hoger is en door de komst van integrale tarief druk zal niet minder worden maar de salaris wel en dat is niet eerlijk tov loondiensters.”

“Goede samenwerking tussen ziekenhuis en specialisten is van essentieel belang voor het goed functioneren van een ziekenhuis. Gelijk gerichte financiële belangen helpen daarbij. Daarbij is een vergelijkbare tarievenstructuur belangrijk. Problemen na 2005 zijn met name door de overheid gecreëerd door jarenlang te laten bestaan dat specialisten op DBC tarieven en ziekenhuizen (vooral) op FB parameters werden afgerekend. Het is een ernstige misvatting dat integratie van tarieven op zich een bijdrage zou zijn aan de gelijkrichting van specialisten en ziekenhuis.”

“Het doorvoeren van politieke doelen in de gezondheidszorg zonder dat hierdoor de (in NL als goed beoordeelde) patiëntenzorg beter wordt zorgt voor veel onrust en kost enorm veel energie (en geld) wat niet aan die patiëntenzorg kan worden besteed.”

“Het opzetten van een MSB kost veel tijd en inspanning, zo ook de nieuwe manier van samenwerken van het MSB en de RvB. Dit gaat mi ten koste van de patiëntenzorg en geeft meer registratie/administratielast.

Ik heb vaak de indruk dat de patiëntenzorg, wat toch onze core business is, vergeten wordt binnen de organisatie.

Items als je eigen zorgprofiel vast kunnen stellen, balans tussen werk-privé, je eigen tijd in kunnen delen etc zijn moeilijk te realiseren. Als vrij ondernemer zou dit juist beter mogelijk moeten zijn."

"De integrale tarieven zijn pas 15 maanden ingevoerd en de eerst afrekeningen over 2015 moeten nog komen. De MSB's dienen voornamelijk beoordeeld te worden op hun primaire functie namelijk een winst/honorarium verdelingsmodel.

Aangezien er nog nergens definitieve cijfers over 2015 zijn t.a.v. inkomen is deze enquête voorbarig/te vroeg. De beoordeling van de integrale tarieven zal sterk gekleurd worden door het verkregen inkomen. De rest (overleg met RvB etc) gebeurt door een kleine afvaardiging die dit beter kan beoordelen. De patiëntenzorg zal in 1 jaar weinig veranderd zijn."

"Met name het behoud van de professionele autonomie staat voorop. Daarnaast vind ik dat een medisch specialist goed beloond moet blijven worden voor de inzet die pas vanaf relatief hoge leeftijd tot aan de pensioengerechtigde leeftijd geleverd moet worden. Daaraan worden steeds hogere eisen gesteld (scholing/nascholing/360 graden feedback, etc, etc). En dat gedurende vele jaren. Dat is iets waar de politiek snel aan voorbij gaat.

Als laatste geloof ik er niks van de vervanging van vrijgevestigden door loondienst gepaard gaat met gelijke kosten en gelijke productie. Ik ben van mening dat de totale kosten per FTE elkaar niet zo gek veel ontlopen, maar dat de productiviteit per FTE afneemt."

"Ik heb ook in loondienst gewerkt en dat voelt voor mij veel minder goed. Soort van ik doe mijn werk en ga weer naar huis. Nu werk ik hard, en wordt daarvoor beloond. Met de hele groep kunnen we in ons bedrijf ook nieuwe werkzaamheden binnenhalen +/- zoals in het "bedrijfsleven". Bent zelf verantwoordelijk voor werk en goede kwaliteit. En je wordt er financieel voor beloond. Die combinatie is veel leuker dan in loondienst doen wat je moet doen..."

"Er zijn extreem hoge kosten gemaakt aan adviseurs naar de overstap van maatschappen naar coöperatie en BV's eind 2014. En nog worden er veel kosten gemaakt. Erg zonde.

Er gaat veel tijd zitten van specialisten in het besturen van de coöperatie en ziekenhuis politiek. Dit is zonde van de kostbare specialistentijd"

"Uiteindelijk is het goedkoper om 2 vrijgevestigde specialisten te hebben, daarvoor heb je namelijk 3 tot 4 dienstverbanders nodig. Deze produceren uiteindelijk ook minder (maar dat wil de overheid natuurlijk graag). Daarnaast, de zorg wordt duurder omdat er bij de zorgverzekeraars veel achter blijft (winst) en omdat er zoveel cijfertjes en regels ingevoerd worden waardoor de overheadkosten van het ziekenhuis ongelooflijk stijgen (tijdens een wandeling door ziekenhuis richting restaurant kom je alleen nog maar medewerkers in burger tegen....)"

“Met name de overgang van aparte maatschappen naar 1 MSB is complex. Deze overgang kost veel tijd / energie en dit gaat mi ten koste van energie die ook in patiëntenzorg gestoken had kunnen worden.”

“Nav relatie met RvB is dit in het ene ziekenhuis verbeterd (samen de schouders er onder). In het andere ziekenhuis verslechterd (geen vertrouwen in elkaar)”

“Naast een goede financiële regeling moeten de staven snel werk maken van goede werkgever-afspraken”

“Alle veranderingen de afgelopen 10 jaar hebben niet direct tot verbetering of bezuinigingen geleid. De kosten zitten nu vooral in management en andere partijen die een rol spelen in structuur van gezondheidszorg”

Medisch specialisten in loondienst

“Ik ben betrokken bij de discussie over evt invoering van het participatiemodel, waarbij medische staf (exclusief) aandeelhouder wordt in het ziekenhuis; deze discussie is in mijn ervaring in de eerste plaats financieel gedreven nl maximeren van het honorarium. Het gaat niet om het beste ziekenhuis en het gaat ook niet over participatie van grotere groepen werknemers.

Met deze magere onderliggende argumentatie wordt het mi geen succes, en het sluit niet aan bij de moderne kijk op bedrijven (zie Google).”

“Zou pleiten voor iedereen in loondienst met goede afspraken en extra beloning voor doen van innovatie/wetenschap opleiding etc.

Wel pleit is voor medisch inhoudelijk binnen de RvB”

“Er zijn te veel niet klinische werkzaamheden als medisch specialist bijgekomen, registratie, indicatoren, kwaliteit, management etc, die te veel de aandacht vergen ten koste van het primaire proces. De zgn kwaliteitsmedewerkers lossen deze werkzaamheden niet voor ons op maar spelen ze slechts door. Het effect van alle kwaliteitsprojecten is slecht meetbaar.”

“Het aantal keuzes is soms beperkt en een aantal voor mij als AMS specialist logische opties ontbreken.”

“Bij vragenlijst hebben jullie deels en volledig meeregeren door MS genoemd. het maakt uit of gedeeltelijk of volledig! Dus vraag is wat mij betreft niet juist: gedeeltelijk: zeker belangrijk dat MS deelnemen aan besturen van een ziekenhuis, maar als eindverantwoordelijke bestuurders: niet doen. Besturen is ook een vak. En er zijn mensen die beiden goed kunnen, maar dat is niet voor een ieder weggelegd.”



Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur