



Beeld: Gettyimages

Gezamenlijk ondernemersbelang ontbreekt nu nog in het ziekenhuis

# Maak de specialist aandeelhouder

Rinus van Riel,  
associé Boer & Croon  
Executive Management

Correspondentieadres:  
rielim@xs4all.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Omzetbeheersing is bittere noodzaak voor ziekenhuizen in deze tijden van almaar groeiende zorgvraag. Maar in de huidige ziekenhuisorganisatie zijn de belangen verdeeld. Meer financiële verantwoordelijkheid voor de specialisten zou een stap in de goede richting zijn.

**M**inister Schippers bepleitte onlangs te stoppen met een ideologische discussie over ziekenhuizen. Zij onderkent groei van de zorgvraag, ziet uiteraard de noodzaak van omzetbeheersing en kondigt een praktisch stappenplan aan om deze twee zaken te verenigen. De dagelijkse praktijk in een ziekenhuis is dat er spanning bestaat tussen de belangen van de individuele specialist, diens maatschap, het

bestuur van de medische staf, de ziekenhuisorganisatie en het ziekenhuisbestuur. De crux is dat een gezamenlijk ondernemingsbelang ontbreekt. Het vinden van een adequate oplossing is niet eenvoudig. Duaal management is nu tien jaar in zwang in ziekenhuizen, maar heeft niet tot een substantiële verbetering geleid. Met resultaatverantwoordelijke eenheden waar de specialist meer *in the lead* is, zijn de ervaringen beperkt en wisselend. Bijna alles in

Vanuit het gemeenschappelijk belang van de ziekenhuisorganisatie moet meer zeggenschap samengaan met meer commitment bij de organisatie.



een ziekenhuis draait uiteindelijk om geld en om de vraag *'what's in it for me?'*. Dus financiële verantwoordelijkheid is de hoeksteen van de oplossing. Aandeelhouderschap van specialisten lijkt beter te passen bij de behoefte van medici.

#### Meer zeggenschap

Van welke organisaties kunnen we leren als het om aandeelhouderschap van medisch specialisten gaat? Het gaat om hoogopgeleide autonoom werkende professionals. Het meest in de buurt komen advocaten, accountants en consultants. De meeste specialisten hebben de ambitie noch de competenties om te besturen of te managen. Hun belang is eerder meer zeggenschap.

Vanuit het gemeenschappelijk belang van de ziekenhuisorganisatie moet meer zeggenschap samengaan met meer commitment bij de organisatie en verantwoordelijkheid voor en financiële afhankelijkheid van het totale resultaat. Accountants, advocaten en andere professionals brengen zelf

uit hun honorarium de lasten van investeringen en faciliteiten op. Zij lopen ook risico over hun geïnvesteerd vermogen. Dit is een cruciaal verschil met medische professionals, die alle faciliteiten en investeringen ter beschikking krijgen gesteld.

#### Financieel risico

Deze redenering doorzettend, zou het eigendom van het ziekenhuis bij de medisch specialisten moet komen te liggen. In Nederland zijn beperkte ervaringen met aandeelhouderschap van medisch specialisten in zelfstandige

behandelcentra (ZBC's). Vaak zijn de betrokken medisch specialisten dan zelf de oprichter van het ZBC. Het is aantoonbaar dat een dergelijk ZBC gericht is op het optimaliseren van de winstgevendheid. Soms vervreemden ze hun aandeel bijvoorbeeld door verkoop aan een private *equity*-partij. Het belang van de specialist voor en na de verkoop wijzigt merkbaar en is logischerwijs meer gericht op het optimaliseren van het eigen inkomen in plaats van het optimaliseren van de winstgevendheid van de vennootschap.

Er zijn ziekenhuizen waar de medische staf in het kader van het realiseren van nieuwbouw bereid is financieel te participeren in de vorm van bijvoorbeeld een achtergestelde lening. Dit geeft aan dat specialisten als collectiviteit verantwoordelijkheid willen dragen voor de continuïteit van de onderneming, ook door het nemen van financieel risico. Aandeelhouderschap van medisch specialisten in het eigendom van een ziekenhuis zou in Nederland nieuw zijn.

#### Goed huisvader

Hoe krijgt dit vorm? Los van de precieze juridische setting komt het erop neer dat de stichting die nu eigenaar is van het ziekenhuis, een bv (of nv) opricht en de aandelen van die bv verkoopt aan de participerende specialisten. Eventueel kan ander privaat kapitaal als minderheidsaandeelhouder participeren. De stichting krijgt tot taak het beheer als een goed huisvader van het vermogen, de beheerstichting. Omdat de specialist nu eigenaar is van het ziekenhuis, is het overbodig dat hij nog apart eigenaar is van zijn praktijk. Deze praktijk verkoopt hij aan de bv en hij ontvangt een bedrag voor zijn goodwill retour. Specialisten zijn nu (weer) echt ondernemer. Een deel van de winst in de bv moet ten principale kunnen worden uitgekeerd

## Financiële verantwoordelijkheid is de hoeksteen van de oplossing

## SAMENVATTING

- Toenemende druk op omzet vereist meer gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het ziekenhuis als onderneming.
- Een combinatie van financiële verantwoordelijkheid én zeggenschap van specialisten wordt gevonden in aandeelhouderschap.
- Specialisten kopen aandelen in het ziekenhuis en verkopen hun praktijk aan het ziekenhuis. De aandeelhouders benoemen een raad van commissarissen en deze raad benoemt het bestuur.
- Het specialisteninkomen bestaat dan uit een gedifferentieerd basis-honorarium, een prestatiebeloning en dividend.


als dividend. Deze optie is vergaand en er zou naast andere opties eens mee geëxperimenteerd kunnen worden om te bezien of het goed uitwerkt.

De bv-structuur betekent ook een ander bestuursmodel. Het huidige systeem met een bestuur dat niet is benoemd door de medische staf, is kwetsbaar. Men erkent het gezag van het ziekenhuisbestuur maar beperkt. In de bv benoemt de raad van commissarissen het bestuur, en moeten de aandeelhouders dit goedkeuren. De raad van commissarissen wordt benoemd door de aandeelhouders. De invloed van de medisch specialisten is hiermee zeer groot. Het onderscheid tussen ziekenhuisbestuur en medisch stafbestuur verdwijnt hierdoor.

### Honorariumstructuur

Als medisch specialisten aandeelhouder zijn van het ziekenhuis en hun ondernemerschap via die rol uitoefenen, hebben zij belang bij het realiseren van een goed resultaat van het ziekenhuis en zijn zij medeverantwoordelijk voor het nakomen van afspraken met de verzekeraars en de beheersing van de omzet. Het ondernemerschap wordt niet meer uitgeoefend vanuit de eigen praktijk, die immers is verkocht aan de bv. Hier past een honorariumstructuur bij die vergelijkbaar is met een partnerorganisatie als een advocatenkantoor. Een vast per specialisme te differentiëren basishonorarium, aangevuld met een prestatiebeloning gebaseerd op het nettoresultaat van het totale ziekenhuis en dat van zijn eigen onderdeel. Zijn belang is dat dit prestatieniveau ook behaald wordt.

Het inkomen van de medisch specialist bestaat in dit model dus uit een vast naar specialisme gedifferentieerd basishonorarium, prestatiebeloning en dividend. Een voordeel van dit model is dat de financiële prikkels van de honorering van medisch specialisten en het behalen van begrote omzet en resultaat van het ziekenhuis gelijkgericht zijn. Een absolute waterscheiding tussen honorarium en opbrengsten in de verkoopprijzen van het ziekenhuis is onmogelijk. Daarom is het beter dit te integreren, zoals dit bij de andere professionals ook het geval is. De huidige omstrede honorariumsystematiek kan vervallen.

Het lijkt zeer uitdagend, maar als dit systeem eenmaal aanvaard is, kan het in de praktijk goed werken, omdat specialisten zelf aan het stuur van het systeem staan, het rechtvaardig is en leidt tot stabiliteit van inkomens van individuele specialisten. Echter, ook hier geldt: *'The proof of the pudding is in the eating'*. Wie pakt de handschoen op? 

# veldwerk

## *It's a drug called SPSS*

Als aios leer je vanaf het begin met SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) te werken. De hele module statistiek steunt erop en bij het doen van wetenschappelijk onderzoek kun je niet zonder. Eigenlijk is het wel slim gedaan van SPSS. Ze laten je er bijna gratis kennis mee maken, een jaarlijkse licentie via Surfspot kost rond de 18 euro. Zodra je niet meer aan een universiteit verbonden bent, verlies je de toegang tot Surfspot en zul je iets anders moeten bedenken. Versie 18 bijvoorbeeld gaat voor ruim 1000 euro over de toonbank als je het in de winkel wilt kopen. Meestal vraag je een vriend van een vriend die nog studeert of je van zijn Surfspot gebruik mag maken om niet die absurd hoge prijs te hoeven betalen.

Toch is het vreemd. In de uitgave van de STZ-ziekenhuizen van 2010 worden 12 van de 67 pagina's gewijd aan wetenschappelijk onderzoek. Over SPSS staat alleen dat het via een cursus aangereikt moet worden. Logisch. Het is veel te duur om te worden verplicht voor iedere aios. Er zijn ongeveer tweeduizend aiossen in de STZ-ziekenhuizen. Als iedere aios SPSS zou moeten hebben, is dat een kostenpost van 2 miljoen euro. Nu wordt het opgelost door vier of vijf licenties per STZ-ziekenhuis ter beschikking te stellen. Niet heel veel op een gemiddelde van zeventig aiossen per ziekenhuis. Het was een jaar geleden bijna gelukt om een Europese aanbesteding te doen voor een landelijk SPSS-contract. Door de crisis ging dat even niet door, helaas. Waarom mogen de STZ-ziekenhuizen niet gewoon aangesloten worden op het Surfspot-netwerk? Lijkt me een voor de hand liggende oplossing. Scheelt weer een paar ritjes naar Brussel.

Bram Akkers,  
aios



Aansluitende artikelen vindt u bij dit artikel op onze website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).