



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

## **Invloed van de organisatie van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis**

Bart van de Gevel<sup>1</sup>

Achtergrondartikel bij het advies Garanties voor kwaliteit van zorg.

---

<sup>1</sup> De auteur wil Pieter Wijnsma en Marco Varkevisser bedanken voor het delen van hun kennis over het onderwerp, en commentaar op een eerdere versie van dit artikel. De gesprekspartners zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud.

## 1. Inleiding

Recente incidenten - zoals bij het Maasstad Ziekenhuis, het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en het Medisch Spectrum Twente - geven aan dat de kwaliteit en veiligheid binnen ziekenhuizen niet altijd gegarandeerd is. Om deze incidenten in de toekomst te voorkomen wordt er door de politiek nadrukkelijk gekeken naar de governance van ziekenhuizen. Hoewel binnen de ziekenhuiszorg de Raad van Bestuur formeel eindverantwoordelijk is voor kwaliteit en veiligheid, is deze voor het waarborgen voor een belangrijk deel afhankelijk van het functioneren van professionals, in het bijzonder medisch specialisten.

Dit artikel gaat over de invloed van de organisatie van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis. De centrale vraag is wat de toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van de organisatie van medisch specialisten betekenen voor de governance van het ziekenhuis. Om deze vraag te beantwoorden wordt eerst de relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten beschreven. Hierna worden de belangrijkste instrumenten besproken die de Raad van Bestuur tot zijn beschikking heeft om deze relatie te beïnvloeden. Vervolgens wordt van een aantal mogelijke ontwikkelingen aangegeven wat deze betekenen voor de organisatie van medisch specialisten, en wat voor invloed dit heeft op de governance. Tot slot volgen enkele conclusies.

## 2. Governance als principaal- en agentrelatie

Er zijn verschillende definities van governance. In dit artikel wordt aangesloten bij de economische literatuur die stelt dat *corporate governance* problemen ontstaan als gevolg van *principaal-agent*vraagstukken (Hölmstrom en Milgrom 1994, Hart 1995, en Hölmstrom 1999). Bij een *principaal-agent*relatie wil een principaal de agent motiveren in zijn belang te handelen, maar heeft deze te maken met informatie-asymmetrie. De principaal kan hierdoor niet rechtstreeks beoordelen of de agent in zijn belang handelt. Wel kan hij indirect gebruik maken van instrumenten, maar de inzet hiervan is imperfect en neemt kosten met zich mee (zogenaamde *agency*kosten).

De verhouding tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten kan wat betreft kwaliteit en veiligheid als een *principaal-agent*relatie gezien worden. De Raad van Bestuur is wettelijk eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid en de medisch specialisten hebben een belangrijke invloed op de realisatie hiervan. Er is sprake van informatie-asymmetrie, waardoor het voor de Raad van Bestuur (principaal) niet mogelijk is de inspanning van specialisten (agenten) ten aanzien van kwaliteit en veiligheid rechtstreeks te beoordelen. Deze relatie is bijzonder wat betreft twee aspecten.

Ten eerste dragen medisch specialisten zelf ook professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo zijn zij onderworpen aan visitaties, richtlijnen, bekwaamheidseisen, meet- en auditsystemen, ethische voorschriften en tuchtrecht (Hoek 2007). Dit wordt soms ook wel eens de professionele governance genoemd. Wat dit betreft zou je kunnen stellen dat er in principe gelijkgerichte belangen zijn voor kwaliteit en de *agency*-kosten mogelijk beperkt zijn. Hierbij gelden wel twee kanttekeningen. Gelijkgerichte belangen zijn geen waarborg voor een gewenst resultaat. Er kunnen immers verschillen bestaan wat betreft inzicht in hoe dit gezamenlijk belang te realiseren. Daarnaast heeft de Raad van

Bestuur meer belangen dan kwaliteit op zich. Denk aan het realiseren van een goed bedrijfseconomisch resultaat. Overigens hoeft een goed economisch bedrijfsresultaat niet strijdig te zijn met kwaliteit, maar zou deze juist kunnen versterken.

Een tweede belangrijk aspect is, dat de relatie verschilt voor vrijgevestigde medisch specialisten en voor specialisten in loondienst. Bij vrijgevestigde specialisten is dit een relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer, terwijl dit bij specialisten in loondienst gaat om een relatie tussen werknemer en werkgever. We kunnen dus niet van één relatie spreken.

### **3. Instrumenten voor kwaliteit en veiligheid**

De Raad van Bestuur heeft -analoog aan de principaal-agenttheorie- een aantal instrumenten om deze relatie te beïnvloeden, en de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit waar te maken. Het gaat er bij deze instrumenten om belangen van principaal en agent gelijk te schakelen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen vier type instrumenten: (1) monitoren (informatie-vergaren), (2) formele autoriteit (volgend uit wet- en regelgeving), (3) financiële prikkels en (4) cultuur.

#### **3.1 Monitoren (informatie-vergaren)**

Om te beoordelen of specialisten hun werk goed doen en kwaliteit en veiligheid leveren liggen instrumenten die de transparantie vergroten voor de hand. Zo heeft de RVZ in 2009 aanbevolen om een kwaliteitskader in te voeren waarop specialisten beoordeeld worden (RVZ 2009). In praktijk is een dergelijk kader vooralsnog niet tot stand gekomen. Een ander belangrijk instrument is een kwaliteitssysteem. Er zijn momenteel verschillende systemen operationeel, waarbij je kunt afvragen of deze systemen daadwerkelijk een beter zicht geven op kwaliteit en veiligheid (Sander 2013). Een andere manier om deze asymmetrie te verminderen is juist de medisch-inhoudelijke kennis bij de Raad van Bestuur te vergroten. Bijvoorbeeld door een bestuurder met een medische specialistische achtergrond in de Raad van Bestuur te benoemen. Zo zitten in de meeste raden van bestuur op dit moment al een medicus. Wel heeft ook deze waarschijnlijk een informatie-achterstand ten opzichte van medisch specialisten op de werkvloer, en zal mogelijk niet het vertrouwen genieten van (voormalige) collega's.

Het verkleinen van de informatiekloof is niet kosteloos, en het is de vraag is of dit volledig kan. Hierbij kan gedacht worden aan de kosten om systemen in te voeren, bij te houden en de administratieve lastendruk die hiermee gepaard gaat. Zo gaf oud-minister Els Borst recent nog aan dat het wantrouwen in de zorg heeft geleid tot een zorgadministratief bolwerk met eindeloze controlesystemen voor artsen en verpleegkundigen (Visser 2013).

#### **3.2 Formele positie (volgend uit wet- en regelgeving)**

Een ander belangrijk instrument is de formele hiërarchische positie die de Raad van Bestuur heeft ten opzichte van medisch specialisten. Deze positie volgt uit wet- en regelgeving en contractuele relaties.

De beëindiging van de arbeids- en toelatingsovereenkomst is een heel belangrijk indirect instrument dat de Raad van Bestuur heeft. Vanuit deze

dreiging heeft de Raad van Bestuur zeggenschap over de specialisten. Het blijkt in praktijk moeilijk en kostbaar om een arbeids- en toelatingsovereenkomst te beëindigen. Ook zijn de mogelijkheden van het bestuur om disciplinaire maatregelen op te leggen aan specialisten aan strikte voorwaarden gebonden en moet het stafbestuur vooraf geconsulteerd worden. Ondanks het ontbreken van een gezagsrelatie kan het bestuur aan vrijgevestigd medisch specialisten dezelfde disciplinaire maatregelen opleggen als de specialist in dienstverband.

Daarnaast ligt in deze toelatingsovereenkomsten vast dat medisch specialisten onderdeel moeten zijn van de medische staf, en zo gebonden zijn aan afspraken die op collectief niveau worden vastgelegd in het Document Medische Staf (*DMS*). Wanneer een vrijgevestigd medisch specialist zijn lidmaatschap van de medische staf beëindigt, eindigt tevens de toelatingsovereenkomst. Ook kan de Raad van Bestuur de overeenkomst opzeggen, wanneer een specialist niet instemt met een gewijzigde toelatingsovereenkomst die wel goedgekeurd is door de Medische Staf.

Hoeveel macht de Raad van Bestuur uit deze formele positie kan ontlene heeft te maken met hoe reëel het dreigement is tot beëindiging van de overeenkomst (nieuwe specialisten zijn schaars en de kosten van ontslag/scheiden zijn hoog) en hoe hard de specialist hierdoor getroffen wordt (reputatie, kans op nieuwe overeenkomst, etc.). Met wet- en regelgeving kan de positie van de Raad van Bestuur *de jure* versterkt worden. Dit wil nog niet altijd betekenen dat de *de facto* verhoudingen ook veranderen, waardoor het slechts een beperkte impact heeft. Daarnaast moet de overheid ervoor waken om via wet- en regelgeving te willen voorschrijven hoe organisaties bestuurd worden, omdat dit raden van bestuur kan belemmeren hun organisatie efficiënt in te richten.

### 3.3 Financiële prikkels

Ook kunnen financiële prikkels ingezet worden om specialisten aan te sturen. Binnen het huidige budget voor medisch specialisten (zogenaamde beheersmodel) is afgesproken dat er een variabel deel van de honoraria voor kwaliteitsbevordering ingezet kan worden. Vooral nog wordt hier verschillend gebruik van gemaakt. Een andere relevante ontwikkeling is de wens om naar een systeem van uitkomstbekostiging toe te gaan (RVZ 2011). Hoewel dit in de praktijk lastig blijkt, zien we steeds meer experimenten opkomen (Eijkenaar, Van de Ven en Schut 2012). Dit kan er mogelijk toe leiden dat de Raad van Bestuur risico's op zowel positieve als negatieve uitkomsten zal willen delen met medisch specialisten, in de vorm van prestatiebeloningen.

Het is overigens niet altijd verstandig om stevige financiële prikkels in te zetten. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer de kwaliteit van specialistische zorg niet transparant en onvoldoende meetbaar is. Zelfs al zouden we een bepaalde prestaties van een specialist perfect kunnen meten, dan is het nog maar de vraag of het verstandig is om hem hier op volledig te belonen. We vragen immers verschillende prestaties van medisch specialisten. Een specialist moet niet alleen een beroepsbeoefenaar zijn, maar ook medisch deskundige, communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar en academicus (NFU. 2010). Niet al deze prestaties zijn evengoed meetbaar. Wanneer alleen meetbare prestaties meegenomen worden in de beloning, bestaat het risico dat niet of minder meetbare taken verwaarloosd worden. Zo blijkt uit onderzoek dat artsen die een salaris krijgen meer aan preventieve zorg doen dan die betaald krijgen per

behandeling (Gosden et al., 1999). Ook blijkt uit de literatuur dat zwakkere individuele prikkels optimaal zijn wanneer samenwerken en coördinatie belangrijk zijn (Roberts 2010).

### 3.4 Cultuur

Tot slot is een ander belangrijk instrument het versterken van organisatiecultuur. Cultuur kent geen eenduidige definitie. Het is informeel en ongeschreven; het gaat over normen en gebruiken binnen een organisatie (Hermalin 2013).

Binnen maatschappen van medisch specialisten heerst er vaak een hiërarchische cultuur. Dit kan een geschikte cultuur zijn wanneer meer ervaring uiteindelijk ook tot betere beslissingen leidt. Een groot gevaar is echter dat dit ten koste gaat van de aanspreekcultuur, en hierdoor problemen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid te lang kunnen doorsudderen. Zo bleek uit een uitzending van het tv-programma Zembra dat artsen en verpleegkundigen elkaar niet durven aanspreken op ernstige overtredingen van hygiëneprotocollen in ziekenhuizen, zoals het dragen van horloges of sieraden (Broersen 2012). Op afdelingen waar minder hiërarchie is, lijkt men elkaar meer aan te spreken (Doorten en Vermeer 2013).

Hoewel er op zich verschillende culturen passen binnen verschillende situaties, lijkt hier een cultuurverandering gewenst. Het veranderen van de bestaande cultuur blijkt echter in de praktijk erg lastig en over hoe leiders cultuur kunnen veranderen is nog verder wetenschappelijk onderzoek nodig (Hermalin 2013). Volgens John Kotter van *Harvard Business School* komt cultuurverandering tot stand wanneer er een sterke leider (of een groep) besluit dat het op de oude manier niet meer kan en verandering nodig is. Deze gaat het daarom anders doen en neemt ook weer mensen in dienst die het anders doen. Wanneer dit tot betere resultaten leidt is het belangrijk om deze te communiceren en te vieren. Als deze verandering vervolgens niet vroegtijdig om zeep wordt geholpen door een flankaanval van vertegenwoordigers van de oude cultuur ontstaan er nieuwe normen en gebruiken, en zo een nieuwe cultuur (Kotter 2012). In dit kader lijkt het voor een cultuurverandering niet mee te werken dat medisch specialisten in de regel lang bij hetzelfde ziekenhuis werken.

## 4. Nieuwe ontwikkelingen

Er zijn een aantal mogelijke ontwikkelingen die een grote invloed hebben op de relatie tussen de Raad van Bestuur en die van medisch specialisten. Het betreft hier (1) de invoering van integrale tarieven in 2015, (2) de opkomst van regiomaatschappen, (3) de medisch specialist als (mede-)eigenaar van het ziekenhuis, (4) toename specialisten in loondienst, (5) meer transparantie, (6) multimorbiditeit en een (7) toename van specialisatie. Bij elk van deze ontwikkelingen wordt gekeken naar de invloed op de relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten, en de werking van de verschillende instrumenten.

### 4.1 Integrale tarieven 2015

Een belangrijke ontwikkeling die voor de deur staat is de invoering van integrale tarieven. Met een integraal tarief wordt bedoeld dat er één prijs is

die ook alle kosten dekt. Nu is dit binnen de ziekenhuiszorg nog niet zo, en geldt er een apart budget voor de honoraria van vrijgevestigd specialisten.

Met de komst van integrale tarieven heeft de Raad van Bestuur in theorie een extra instrument om specialisten aan te sturen. De Raad van Bestuur bepaalt de hoogte en de verdeling van de honoraria aan medisch specialisten. Dit instrument zou ingezet kunnen worden als hefboom om transparantie onder medisch specialisten te vergroten. Het is de vraag in hoeverre de Raad van Bestuur in praktijk dit instrument kan gebruiken, vooral ook gezien de sterke positie van medisch specialisten. De invoering van integrale tarieven kan de verhouding tussen Raad van Bestuur en vrijgevestigd medisch specialisten hierdoor op scherp zetten, en tot conflicten leiden. Daarnaast hebben we gezien dat het niet altijd verstandig is om via financiële prikkels op kwaliteit af te rekenen.

#### 4.2 Invloed van regiomaatschappen

Een andere belangrijke ontwikkeling is die van de regiomaatschappen. De vorming van regiomaatschappen kan in theorie zowel positieve als negatieve invloeden voor de kwaliteit en veiligheid hebben. Als positief effect wordt gewezen op het behalen van hogere volumes, en de relatie hiervan tot kwaliteit. Ook geeft dit meer mogelijkheden tot subspecialisatie van medisch specialisten (Varkevisser *et al.* 2013).

Er zijn ook nadelen aan de vormgeving van regiomaatschappen. Een belangrijke nadeel is dat zij concurrentie op de zorginkoopmarkt kunnen beperken, doordat er minder te kiezen is voor zorgverzekeraars (Van der Geest en Varkevisser 2013). Een ander belangrijk nadeel is dat zij de interne governance kunnen verzwakken, en het voor de Raad van Bestuur moeilijk maken om de wettelijk eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit in te vullen. Sterker nog vrijgevestigd medisch specialisten zouden regiomaatschappen zelfs strategisch kunnen inzetten om hun positie ten opzichte van de Raad van Bestuur te versterken, en zo meer van het toekomstige integrale budget toe te eigenen. Daarnaast is probleem dat verschillende maatschappen binnen hetzelfde ziekenhuis fuseren met maatschappen uit andere regio's. Hierdoor ontstaan complexe bestuurlijke relaties.

Deze ontwikkeling kan de Raad van Bestuur in een spagaat brengen. Enerzijds stelt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) raden van bestuur verantwoordelijk voor regiomaatschappen (Varkevisser *et al.* 2013). Indien mededinging belemmert wordt, wordt de Raad van Bestuur aangepakt. Anderzijds kunnen zij in praktijk deze ontwikkeling vaak moeilijk tegenhouden, weer als gevolg van de sterke positie van medisch specialisten.

Volgens de NZa zijn interne machtsverhoudingen niet relevant (NZa, 2013), omdat dit een intern organisatievraagstuk is. Wanneer governance echter als een middel wordt gezien om publieke belangen te borgen wordt het wel relevant. Regiomaatschappen belemmeren immers de Raad van Bestuur om wettelijke verantwoordelijkheid te nemen voor kwaliteit en veiligheid. De instrumenten die de Raad van Bestuur tot zijn beschikking heeft om specialisten aan te sturen worden botter.

#### 4.3 Eigenaarschap specialisten

Een andere mogelijke ontwikkeling is dat specialisten vaker eigenaar worden van een ziekenhuis. Een recent voorbeeld in Nederland is het Langeland ziekenhuis, waar specialisten voor 20% mede-eigenaar van het

ziekenhuis worden. In de VS kent men het fenomeen *doctors-run hospital* al langer. Door verschillende ontwikkelingen kan dit in de toekomst aan belang winnen, zoals veranderende fiscale situatie, een dreigend faillissement of dat dit door de Raad van Bestuur wordt gestimuleerd om specialisten te motiveren in het belang van het ziekenhuis te handelen.

Eigenaarschap zorgt voor een verdergaande integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis en kan via deze weg zorgen voor meer gelijkgerichte belangen. Tevens kan het ertoe leiden dat specialisten meer betrokken worden bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis als geheel. Bij eigenaarschap zijn verschillende modellen mogelijk. Het kan gaan om aandeelhouderschap of een coöperatie. Specialisten kunnen zelf het ziekenhuis als partners besturen, of zij kunnen besluiten om professionele bestuurders in dienst te nemen.

Daarnaast is het goed om bij aandeelhouderschap een onderscheid te maken tussen een minderheids- en een meerderheidsbelang. Bij een meerderheidsbelang maken specialisten de dienst uit, terwijl bij een minderheidsbelang ze zeggenschap moeten delen met andere aandeelhouders. Een minderheidsbelang, zoals bij het Langeland ziekenhuis, werkt economisch gezien als een teambonus. De waarde van de aandelen wordt bepaald door het succes van het ziekenhuis. Wanneer bijvoorbeeld samenwerken en taakherschikking de positie van het ziekenhuis versterken, worden specialisten hiervoor beloond.

Hoewel specialisten en Raad van Bestuur wel dezelfde prikkels hebben, kunnen zij het overigens nog wel oneens zijn over hoe dit resultaat te bereiken. Hierdoor kunnen er nog steeds conflicten ontstaan. Daarnaast werkt een teambonus minder goed in grote teams, aangezien free-rider problematiek dan een grotere rol gaat spelen (Gaynor *et al.* 2004). Er zijn medische staven die inmiddels bestaan uit honderden specialisten. Grote teams kunnen ten koste gaan van de betrokkenheid. Daarnaast bevordert eigenaarschap wel samenwerking binnen het ziekenhuis, maar niet daarbuiten.

Bij een meerderheidsbelang worden de specialisten de baas van het ziekenhuis. Er gaan zo winstmotieven een rol spelen. Winstmotieven versterken de prikkels voor doelmatigheid. Een mogelijk nadeel is dat marktfaalens meer uitgebuit worden (Koning *et al.* 2007). Zo kunnen winstmotieven het gevaar op risicoselectie vergroten. In deze zin kan winstgerichtheid de problemen van perverse prikkels in het stelsel versterken. Zo hoor je wat betreft de *doctors run hospitals* in de VS twee geluiden: enerzijds dat ze hogere kwaliteit leveren (Pho 2013), anderzijds dat ze dit mogelijk doen door vooral goede risico's te selecteren en luxe zorg aan te bieden (Rau 2013). Het is overigens wel de vraag of medisch specialisten de risico's die met aandeelhouderschap gepaard gaan wel willen dragen. Deze risico's zijn groter dan waar ze nu binnen de maatschap mee te maken hebben.

Wat betekent eigenaarschap voor de relatie en de vier instrumenten? Door meer gelijkgerichte belangen zal de informatie-asymmetrie binnen het ziekenhuis kleiner worden; specialisten hebben immers belang bij het delen van informatie voor zo ver deze leidt tot betere resultaten. De formele positie van medisch specialisten zal binnen het ziekenhuis versterkt worden. De principaal agent-relatie verandert en kan zelfs kantelen indien specialisten professionele bestuurders in dienst nemen. Het aandeelhouderschap zou ook als een financieel instrument gezien kunnen worden, de waarde van het aandeel is afhankelijk van de resultaten van het ziekenhuis waar de specialisten onderdeel van zijn. Dit kan wel leiden tot een winstgedreven

cultuur in de instelling, waar zowel positieve (doelmatigheidprikkels als negatieve effecten (pervers gedrag) vanuit kunnen gaan.

#### 4.4 Meer specialisten in loondienst

Een trend die zich waarschijnlijk doorzet is dat het percentage van specialisten in loondienst steeds groter wordt. Eerder is hier gewezen op het feminisering van het beroep; vrouwen prefereren een vast dienstverband in plaats van vrijgevestigd bestaan (KPMG 2011). Daarnaast zouden private investeerders een voorkeur hebben voor specialisten in loondienst boven maatschappen. Aangezien deze beter aan te sturen zijn (KPMG 2011). Nog een grotere impact zou een verandering van de fiscale positie van medisch specialisten kunnen hebben. Wanneer het financieel minder loont om vrijgevestigd te zijn zullen waarschijnlijk meer specialisten voor loondienst kiezen.

Meer specialisten in loondienst heeft tot gevolg dat de formele positie van de Raad van Bestuur versterkt wordt. Daarnaast hebben medisch specialisten minder financiële belangen en zullen hierdoor eerder de koers van de Raad van Bestuur volgen. Het is echter sterk de vraag of dit bij medisch specialisten zo werkt. Normaal zou je zeggen dat het goed is om al het eigendom bij een partij te leggen, namelijk de Raad van Bestuur (Gibbons 2005). Specialisten zijn echter eigenaar van het menselijk kapitaal en het bijzondere hiervan is dat dit niet overdraagbaar is. De waarde van dit (generiek) kapitaal is aanzienlijk, mede ook door schaarste onder specialisten vanwege aanbodrestricties zoals de numerus fixus. Het onvervreemdbaar karakter van menselijk kapitaal heeft een belangrijke implicatie (Van den Steen 2010). Hierdoor is *de facto* de autoriteit van de Raad van Bestuur over de specialist beperkt, hij kan immers niet zonder. Het belang van dit menselijk kapitaal maakt ondernemerschap van de specialist waarschijnlijker (Levin en Tadelis 2015).

Een sterkere positie van de Raad van Bestuur vergroot de mogelijkheden om te monitoren en stuurinformatie te eisen. Ook is het makkelijk voor de Raad van Bestuur om reglementen op te stellen waar specialisten zich aan moeten houden. Ondanks het loondienstverband bestaat de optie om met prestatiebeloningen te werken. Echter ook hier is de vraag of het verstandig is, en of specialisten hier op zitten te wachten. Zij zijn immers geen ondernemers, maar werknemers. Dit kan vooral spelen wanneer meerdere partijen verantwoordelijk zijn, of grote belangen hebben. Soms is het beter dat één partij in een relatie een duidelijk belang heeft en de andere niet. De partij die geen belang heeft staat dan meer indifferent tegenover de koers en zal de ander eerder volgen. Vanuit dit oogpunt zou het makkelijker kunnen zijn om specialisten in loondienst aan te sturen dan vrijgevestigde specialisten, omdat deze minder financiële belangen hebben.

#### 4.5 Toenemende transparantie

De verwachting is dat de prestaties van specialisten in de toekomst steeds transparanter worden. Op korte termijn lijkt dit afhankelijk van het al dan niet slagen van het kwaliteitsinstituut. Op langere termijn zal transparantie echter niet zo zeer gedreven worden door het kwaliteitsinstituut, maar veel meer door wetenschappelijke en technologische ontwikkeling.

Meer transparantie dicht de kloof tussen Raad van Bestuur en medisch specialist. Het wordt voor de Raad van Bestuur makkelijker om prestaties



van specialisten te monitoren. Dit versterkt de positie van de Raad van Bestuur ten opzichte van medisch specialisten. Ook maakt grotere transparantie het makkelijker om op presentaties te belonen en hier financiële prikkels voor in te zetten. Het wordt immers duidelijk wat de relatie is tussen inzet van interventie en de uitkomst hiervan. Dit alles zou er zelfs uiteindelijk toe kunnen leiden dat het belang van professionele governance vermindert.

#### 4.6 Toename multimorbiditeit

De verwachting is dat er in de toekomst meer patiënten komen met multimorbiditeit (Gezondheidsraad 2008). Bij multimorbiditeit is het van belang dat een patiënt integraal wordt behandeld. Verschillende specialisten moeten goed samenwerken. Het belang van een geïntegreerd zorgaanbod en regie wordt groter.

Dit zorgt ervoor zorgverleners meer in team moeten werken. Dit heeft een aantal mogelijke consequenties. Ten eerste wordt de positie van Raad van Bestuur als eindverantwoordelijke voor kwaliteit belangrijker. Ten tweede wordt de informatie-asymmetrie een groter probleem. De kwaliteit bij multimorbiditeit is moeilijker te meten dan bij enkelvoudige aandoeningen. Ten derde lijkt het verstandig om minder met stevige financiële prikkels te werken op individueel- of maatschapsniveau, vanwege het belang tot samenwerken. Dit betekent dat sturen op cultuur waarschijnlijk juist belangrijker wordt.

#### 4.7 Toename specialisatie

Opvallend is dat andere bronnen juist wijzen op toename van specialisatie (zie bv Christensen *et al.* 2009). Een belangrijke drijfveer hiervan is ook het verband tussen meer volume en kwaliteit van zorg. Toenemende multimorbiditeit hoeft overigens specialisatie niet te bijten. Ten eerste zullen er ook in de toekomst simpele enkelvoudige ingrepen zijn die in gespecialiseerde klinieken kunnen plaatsvinden. Ten tweede kunnen mensen met multimorbiditeit mogelijk in de toekomst wel geholpen worden door verschillende hooggespecialiseerde zorgverleners die gebruikmaken van de nieuwste informatietechnologie.

Bij toenemende specialisatie brokkelen de voordelen van het medisch geïntegreerd bedrijf af. Twee vormen kunnen we onderscheiden. Bij specialisatie van eenvoudige behandeling ligt een meer corporate structuur voor de hand. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk, terwijl de specialisten in loondienst werken. Er wordt sterk gestuurd op processen en kwaliteit. Gegeven de aard van de behandeling en de relatief beperkte complexiteit kunnen financiële prikkels goed ingezet worden.

Een ander vorm van specialisatie is juist die van topreferente of topklinische zorg. Hier gaat het om zeer specialistische kennis, waardoor de kloof wat betreft informatie tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten groter wordt. De kennis ligt vooral bij de superspecialisten. Hier lijkt juist professionele governance belangrijk. Het gaat hier om het creëren van een cultuur waarin *peers* elkaar kunnen beoordelen. Financiële prikkels liggen minder voor de hand vanwege de hoge complexiteit.

## 5. Besluit

In dit artikel is ingegaan op de invloed van een aantal ontwikkelingen op de relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialist. Op korte termijn zal de relatie meer op scherp komen te staan, gedreven door ontwikkelingen als integrale tarieven en regiomaatschappen. Dit kan de werking van het governancestelsel ondermijnen.

Op middellange termijn zullen de overheid, ziekenhuizen en specialisten naar verwachting op deze ontwikkelingen anticiperen. Voor een deel van de specialisten zal het vrijgevestigd ondernemerschap - om verschillende redenen - minder aantrekkelijk worden, zij zullen in loondienst gaan. Een ander deel zal juist de stap maken van ondernemen in een maatschap, naar eigenaarschap van het ziekenhuis. Beide ontwikkelingen zouden de governance kunnen versterken. Loondienst kan ervoor zorgen dat de Raad van Bestuur beter zijn eindverantwoordelijkheid kan dragen voor kwaliteit en veiligheid. De formele positie van de Raad van Bestuur wordt versterkt, en specialisten worden mogelijk volgzamer doordat hun financieel belang minder wordt. Terwijl eigenaarschap juist via integratie zorgt voor meer gelijkgerichte belangen in het ziekenhuis.

Op langere termijn is het nog onzeker hoe de relatie zich verder gaat ontwikkelen. Transparantie, multi-morbiditeit en specialisatie kunnen alle verschillende invloed hebben. Dit leidt waarschijnlijk tot een grotere diversiteit in de organisatie van medisch specialisten. Vanuit dit oogpunt is het belangrijk dat het governancestelsel van wetgeving, codes en normering ruimte biedt voor gedifferentieerde organisatievormen van medisch specialistische zorg.

## 6. Literatuur

Broersen, S. En nu hup die horloges af.

<http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/121067/en-nou-hup-die-horloges-af.htm>. 21 september 2012

Christensen CM, JH Grossman, J Hwang. The innovator's prescription: A Disruptive Solution for Health Care. New York, McGraw-Hill, 2009.

Doorten I, en M. Vermeer, Een goed gesprek. Over een kritisch vermogen van de werkvloer. Deelstudie bij het RVZ-advies Garanties voor kwaliteit van zorg. December 2013.

Eijkenaar, F., W. van de Ven, F. Schut. Uitkomstbesteding in de zorg. Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland. September, 2012.

Gaynor, M, J. Rebitzer, en L. Taylor. Physician Incentives in Health Maintenance Organizations. *Journal of Political Economy*, 112(4): 915–31, 2004.

Van der Geest, S. en M. Varkevisser. Fusies van maatschappen bedreigen zorginkoop, ESB, 2013.

Van de Gevel, BJC. Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20. Den Haag, 2011.

Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit, 1186/RvdS/tvdk/782-J. 2008.

Gibbons, R. Four formal(izable) theories of the firm?, *Journal of Economic Behavior & Organisation*, Vol. 58, 200-245, 2005.

Gosden, T., L. Pederson, en D. Torgerson. How Should We Pay Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and their Effect on Doctor Behaviour. *Quarterly Journal of Medicine*, 92, pp. 47-55, 1999.

Hart, O. Corporate governance: some theory and implications, *Economic Journal*, vol. 105, 678-698, 1995.

Hermalin, B. Leadership and Corporate Culture, *Handbook of Organizational Economics*, eds. R. Gibbons and J. Roberts, Princeton University Press, 432-478, 2013.

Hoek, H. Governance en gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op de zorgaanbieders in Nederland, Assen: Koninklijke Van Gorcum. 2007.

Hölmstrom, B. The firm as a subeconomy, *Journal of Law, Economics and Organization*, 15, 74-102, 1999.

Hölmstrom, B., P. Milgrom. The Firm as an Incentive System, *American Economic Review* 84, no 4., 972 – 991, 1994.

KMPG Plexus, Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland? Achtergrondstudie bij de RVZ, 2011.

Kok L., A. Houkes, C. Tempelman en J. Poort. De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis. SEO, Amsterdam 2010.

Kok, L., M. Lammers en C. Tempelman. Remuneration of medical specialist: an international comparison. SEO, Amsterdam 2012.

Koning, P., J. Noailly en S. Visser. Do not-for-profits make a difference in social services? A survey, De Economist, vol. 155(3): 251-270, 2007.

Kotter, J. The Key to Changing Organizational Culture.  
<http://www.forbes.com/sites/johnkotter/2012/09/27/the-key-to-changing-organizational-culture/>. 27 September 2012.

Levin, J. en S. Tadelis, Profit Sharing and the Role of Professional Partnerships, The Quarterly Journal of Economics, vol. 120, pp. 131–71, 2005.

NFU. De medisch specialist van straks, Toekomstscenario's medische vervolgopleidingen, Discussienotitie – NFU, Februari 2010.

Nza, Conceptadvies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015, 6 juni 2013.

Pho, K. Health reformers should learn from doctor-owned hospitals.  
<http://www.kevinmd.com/blog/2013/04/health-reformers-learn-doctor-owned-hospitals.html>. 18 April 2013

Rau, J. Doctor-Owned Hospitals Prosper Under Health Law.  
<http://www.kaiserhealthnews.org/stories/2013/april/12/doctor-owned-hospitals-quality-bonuses.aspx>. 12 April 2013.

Roberts, J., 2010. Designing incentives in organizations, Journal of Institutional Economics, vol. 6, issue 01, pages 125-132

RVZ. De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Briefadvies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 2009

RVZ. Sturen op gezondheidsdoelen. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Den Haag, juni 2011

Sander, M. Kwaliteitssystemen, garantie tot de voordeur? Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Garanties voor kwaliteit van zorg. December 2013

Van den Steen, EJ. Interpersonal authority in a theory of the firm, American Economic Review 100, no. 1, March 2010, 466-490. 2010.

Vakevisser, M., S. van der Geest en E. Loozen, Kansen en knelpunten van regiomaatschappen, Medisch Contact, Nr. 38 - 19 september 2013, 1914-1916.

Varkevisser, M., S. van der Geest, E. Loozen, I. Mosca en F. Schut, Instellingsoverstijgende maatschappen, Huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen. Rotterdam, 26 maart 2013.

Visser, J. Borst: 'Zorgcultuur is gebaseerd op wantrouwen', <http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/137741/borst-zorgcultuur-is-gebaseerd-op-wantrouwen.htm> 11 oktober 2013.