

‘Eerlijk zullen we alles delen...’

Een evaluatie van het LOGEX Prestatiemodel bij medisch specialistische bedrijven in STZ-ziekenhuizen in Nederland

Michael van Dusseldorp, Michael Corbey

Received 24 July 2018 | Accepted 20 October 2018 | Published 2 November 2018

Samenvatting

Binnen de medisch specialistische bedrijven (MSB's) in de Nederlandse ziekenhuizen wordt voor de winstverdeling sinds 2015 op grote schaal gebruik gemaakt van een winstverdelingssysteem dat is geënt op *benchmarking* en dat is ontwikkeld door het adviesbureau LOGEX. Het winstverdelingssysteem wordt dan ook het LOGEX Prestatiemodel genoemd. Dit artikel onderzoekt de vraag hoe dit prestatie­model door de praktijk wordt gewaardeerd en of verbeteringen mogelijk zijn. De inrichting, de voor- en nadelen, knelpunten, en de ontwikkelingsmogelijkheden zijn onderzocht door middel van een zelf ontwikkelde en gevalideerde online-vragenlijst. Deze vragenlijst is uitgezet onder alle financieel managers van de MSB's in de topklinische ziekenhuizen (STZ-ziekenhuizen) in Nederland. Hoewel in de inrichting van het Prestatiemodel en de winstverdeling binnen MSB's verschillende keuzes zijn gemaakt, en ook diverse knelpunten worden gesignaleerd, is het eindoordeel over het LOGEX Prestatiemodel unaniem positief. Ontwikkelingsmogelijkheden zijn er op het gebied van productiebegroting, kwaliteitsmeting, wegingsproblemen, *disutility*, en kostenverdeling.

Relevantie voor de praktijk

Ziekenhuisdirecties en medisch specialisten werken sinds 2015 met een nieuwe bekostigingsvorm die geleid heeft tot de oprichting van MSB's. Binnen die MSB's wordt veel gewerkt met het LOGEX Prestatiemodel als het gaat om het vraagstuk van de winstverdeling. Dit artikel laat zien hoe dit systeem wordt gewaardeerd door betrokkenen in topklinische ziekenhuizen, en waar verbeteringen mogelijk zijn. Een belangrijke praktisch relevante conclusie is dat het LOGEX Prestatiemodel *overall* positief wordt beoordeeld.

1. Inleiding

De medisch specialistische zorg in Nederland kent sinds 1 januari 2015 een nieuwe bekostigingsvorm. Vanaf dat moment declareren zorgaanbieders in deze sector integrale tarieven. Dit betekent dat in het tarief voor de behandeling in een ziekenhuis zowel de vergoeding voor het ziekenhuis als voor de medisch specialist is opgenomen.

Deze wijziging had invloed op de fiscale positie van vrijgevestigd medisch specialisten die zich hadden verbonden in maatschappen (Essers et al. 2015). Tot 2015 declareerden de medisch specialisten als het ware via het ziekenhuis hun honorarium aan de patiënten. Vanaf 2015 is hier geen sprake meer van en factureren de medisch specialisten alleen nog aan het ziekenhuis. Daardoor voldeden de medisch specialisten niet meer zonder meer aan de voorwaarden voor goedkeuring voor het fiscaal

ondernemerschap. Als gevolg hiervan wordt de fiscale positie van specialisten na 1 januari 2015 op basis van de algemeen geldende fiscale wet- en regelgeving beoordeeld. Deze verandering van het bekostigingsmodel en de verandering van de fiscale status hebben ertoe geleid dat ziekenhuizen en medisch specialisten in overleg zijn gegaan over een nieuw besturingsmodel. In de praktijk zijn daarvoor drie hoofdmodellen ontwikkeld:

1. Een loondienstmodel, waarbij de vrijgevestigd specialisten de overstap maken naar een dienstverband;
2. Een al dan niet fiscaal transparant participatiemodel, waarbij medisch specialisten actief gaan participeren in het ziekenhuis;
3. Een al dan niet fiscaal transparant samenwerkingsmodel, waarbij medisch specialisten zich verenigen in een zogenoemd medisch specialistisch bedrijf (MSB) en van daaruit afspraken maken met het ziekenhuisbestuur over te leveren zorg.

In de praktijk is in overgrote mate gekozen voor het laatste model. Hiermee zijn in Nederland circa 70 MSB's ontstaan (bron: Federatie van Medisch Specialisten, z.d.). Dit heeft geleid tot de vorming van grote maatschappen en coöperaties met veelal enkele tientallen miljoenen omzet. De MSB's hebben dienstverleningsovereenkomsten gesloten met het ziekenhuis voor de levering van de medisch specialistische zorg door de medisch specialisten in het MSB.

In de nieuw gevormde MSB's verdienen de medisch specialisten hun inkomen. Dit brengt daarmee direct het vraagstuk van de winstverdeling in deze nieuwe, grote samenwerkingsverbanden aan de orde. In uitgevoerde evaluaties van de integrale bekostiging (Van Dijk et al. 2014; Koelewijn et al. 2016) is dit een onderwerp dat (begrijpelijkerwijs) beperkt aandacht krijgt, immers dit is een MSB-interne aangelegenheid.

Het LOGEX Prestatiemodel (in de periode 2012–2014 LOGEX Verdeelmodel genoemd) is ontwikkeld door en voor medisch specialisten, en heeft als doel om MSB's een raamwerk te bieden waarbinnen de opbrengsten van het MSB op een transparante en evenwichtige wijze kunnen worden verdeeld. LOGEX treedt hierbij op als onafhankelijke derde partij voor het MSB-bestuur en de vakgroepen.

Wegens grote verschillen in werkzaamheden zijn vakgroepen van verschillende specialisaties onderling moeilijk te vergelijken. Binnen het Prestatiemodel wordt daarom een landelijk gemiddelde norm per vakgroep (o.b.v. een vergelijking binnen hetzelfde specialisme) bepaald waarmee de output van de vakgroepen binnen het lokale MSB wordt vergeleken. De uitkomst van deze vergelijking wordt uitgedrukt in een aantal gerealiseerde norm-fte per vakgroep. Deze norm-fte's per vakgroep dienen als onderbouwing voor de verdeling van de MSB-omzet. Uitgangspunt daarbij is dat de waarde van een norm-fte voor ieder specialisme gelijk is. Bij de ontwikkeling van het Prestatiemodel is gekozen voor een model dat op drie categorieën ratio's (operationeel, financieel en efficiency) de prestaties van een vakgroep inzichtelijk maakt. Zie de bijlage voor een nadere toelichting op de werking van het Prestatiemodel.

Op dit moment maakt 88% van de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ), 80% van de Overige Algemene Ziekenhuizen en 96% van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen gebruik van dit verdeelsysteem (bron: LOGEX). Er bestaan overigens ook andere verdeelsystemen, deze worden besproken in paragraaf 2. In deze paragraaf wordt ook nader ingegaan op benchmarking, een belangrijk element van het LOGEX Prestatiemodel. Algemene informatie over LOGEX is te vinden op www.logex.nl. Paragraaf 3 bevat de onderzoeksvraag en onderzoeksopzet waarna in paragraaf 4 de resultaten worden besproken. Het artikel eindigt met conclusies en reflectie (paragraaf 5) en aanknopingspunten voor vervolgonderzoek (paragraaf 6).

2. Literatuur over verdeelmodellen en benchmarking

Een vroege publicatie die het probleem van winstverdeling van medisch specialisten in ziekenhuizen adresseert, is van Newell and Mahon (1959). Deze auteurs gaan in op de situatie waarbij er maatschappen (*partnerships*) van medisch specialisten zijn gevormd, volgens de auteurs (destijds) de meest voorkomende organisatievorm van medisch specialisten in de Verenigde Staten. De auteurs stellen dat er twee belangrijke criteria zijn waaraan een verdeelsysteem moet voldoen: het moet eerlijk en billijk zijn ("*fair and equitable*") en het moet nieuwe specialisten aantrekken ("*attract new, well-trained physicians to the group*"). Vervolgens bespreken de auteurs drie mogelijke systemen die hieraan zouden kunnen voldoen. Dit betreft (1) een systeem waarbij iedereen evenveel verdient, (2) een systeem waarbij een formule wordt ontwikkeld die de bijdrage van iedere specialist tot het totaal bepaalt, en (3) een systeem waarbij de gezamenlijke kosten worden verdeeld naar rato van bruto-omzet van de specialist (Newell and Mahon 1959, p. 224). Na een theoretische analyse concluderen de auteurs dat alle drie de systemen voor- en nadelen kennen maar dat een goede administratie in alle gevallen onontbeerlijk is.

Recentere, internationaal empirisch onderzoek over winstverdelingsvraagstukken in ziekenhuizen heeft beperkte raakvlakken met de onderzoeksvraag in dit artikel. Zo onderzoeken Ittner et al. (2007) in Amerikaanse maatschappen de vraag in hoeverre de *agency theory* van toepassing is als het gaat om de mix van vaste salarissen en prestatie-gerelateerde bonussen. Zij stellen vast dat de component prestatiebeloning toeneemt als de "*informativeness*" van de prestatie maatstaven toeneemt, en daalt als er wordt beloond naar rato van het aantal patiënten. Ook de omvang van de praktijk, en het aantal artsen met dezelfde specialisatie is van invloed op de mix van vaste en prestatie-gerelateerde beloning. Dit onderzoek is niet van toepassing op de situatie van de MSB's in Nederland waarbij er immers geen sprake is van een mix van vaste salarissen en bonussen. Ook later onderzoek van Pizzini (2010) kent deze beperking: zij onderzoekt de vraag welke factoren impact hebben op *group-based rewards* in een *agency setting*. Ander empirisch onderzoek onderzoekt vragen omtrent *performance management* in de zorgomgeving zonder echter expliciet op het winstverdelingsvraagstuk in te gaan, zie bijvoorbeeld Chenhall et al. (2014).

De Nederlandse situatie is dus, internationaal gezien, redelijk uniek sinds de invoering van de MSB's. Een bijkomende complicatie hierbij is de rol van de zorgverzekeraars die bijvoorbeeld productieplafonds kunnen afdwingen. Het is hierdoor niet mogelijk om integraal aan te sluiten bij eerder internationaal onderzoek omtrent winstverdeling in MSB's. Het is wel mogelijk om op twee belangrijke aspecten aansluiting te maken, namelijk de algemene literatuur over verdeelmodellen (2.1) en benchmarking (2.2), dit zijn twee belangrijke pijlers in het LOGEX-model.

2.1 Verdeelmodellen

Professionele samenwerkingsverbanden kunnen kiezen uit een grote verscheidenheid van methoden om de beloning voor de partners in de onderneming tot stand te brengen (Gaynor 1989). In de praktijk blijkt ook dat er een grote verscheidenheid aan beloningssystemen of ‘*sharing rules*’ wordt aangetroffen in de partnerships (Pizzini 2010). Anderson (2001) geeft een overzicht van zeven basiscategorieën van winstverdelingssystemen die gangbaar zijn in *partnerships*. Genoemd worden:

- *Equal Sharing*: het basisidee in dit winstverdelingssysteem is eenvoudig. Alle partners delen de winst gelijk of gelijk binnen een gedefinieerde groep. De onderliggende gedachte bij dit systeem is dat alle partners, weliswaar op een verschillende wijze, gelijkkelijk bijdragen aan het totale resultaat van de onderneming. Dit systeem wordt vooral gebruikt binnen kleine ondernemingen.
- *Lock Step*: het basisidee in dit winstverdelingssysteem is dat elke partner elk jaar een groter winstaandeel ontvangt gebaseerd op senioriteit. Hoe langer een partner bij de onderneming werkt, hoe groter het winstaandeel dat de partner ontvangt.
- *Modified Hale en Dorr system*: dit systeem is bedacht door het advocatenkantoor Hale and Dorr in de jaren '40 van de vorige eeuw. Het wordt gezien als het eerste systeem waarin prestatie-incentives zijn ingebouwd. In dit systeem worden drie categorieën gecreëerd waarin de partners inkomen kunnen verwerven. Deze categorieën zijn:
 - de “Finder”, de partner die de klant heeft aangebracht;
 - de “Minder”, de partner die eindverantwoordelijk is voor de dienstverlening aan de klant;
 - de “Grinder”, de partner die het feitelijke werk heeft gedaan.
- *Simple unit formula*: dit systeem is ontworpen om een combinatie van beloningselementen mogelijk te maken zoals senioriteit, productiviteit, commerciële activiteiten en niet-declarabele activiteiten. Voor al deze elementen kunnen punten of units worden verdiend. Wanneer alle punten zijn verdeeld kunnen deze worden omgezet naar een percentage op basis waarvan de verdeling van de winst plaats kan vinden.
- *50/50 subjective/objective system*: dit systeem probeert de problemen het hoofd te bieden aan systemen die te weinig oog hebben voor subjectieve elementen of systemen die juist onevenredig veel aandacht geven aan subjectieve elementen. Dit systeem probeert rekening te houden met beide typen criteria. Het objectieve deel is gebaseerd op productiviteit of andere harde criteria. Het subjectieve deel wordt gebaseerd op de (subjectieve) mening van de partners op andere gedefinieerde criteria.
- *Team-Building system*: in dit systeem wordt veel nadruk gelegd op het totale resultaat van het bedrijf. Het grootste deel van de beloning in dit systeem is afhankelijk van het bedrijfsresultaat van het gehele bedrijf. Een tweede, kleiner maar nog steeds substantieel deel, is afhankelijk van het team waarin wordt gewerkt. Slechts een klein deel is gebaseerd op de individuele prestatie van een partner.
- *Eat What You Kill system*: dit systeem staat in contrast tot het team-building system. Het Eat What You Kill-systeem beloont alleen individuele prestaties. Een uiting van dit systeem kan bijvoorbeeld zijn dat alle partners een vast

deel van de overheadkosten van het bedrijf krijgen aangerekend maar daarbuiten alle kosten zelf betalen zoals ondersteuningskosten, scholingskosten, contributies en/of representatiekosten.

Het gebruik van het LOGEX Prestatiemodel brengt met zich mee dat binnen het MSB een verdeling op twee niveaus tot stand komt. Het Prestatiemodel brengt een verdeling op het niveau van de specialismen/vakgroepen tot stand. Daarna is het aan de vakgroepen om de verdere verdeling binnen de vakgroepen tot stand te brengen. Hoewel de grenzen tussen alle systemen in de praktijk niet altijd even scherp zijn te leggen kan het Prestatiemodel hoofdzakelijk getypeerd worden als een vorm van een *Eat What You Kill*-systeem. Gegeven een veelal begrensde financieel kader in de afspraken met het ziekenhuis is sprake van een competitie tussen de vakgroepen in het land en binnen het MSB om een zo groot mogelijk winstaandeel voor de vakgroep te verwerven. De verdeling komt enkel tot stand op basis van een benchmark van productie- en declaratiedata waarin (enkel) de output maatgevend is voor de verdeling.

Het Prestatiemodel zou getypeerd kunnen worden als een Simple unit formula-systeem. In het Prestatiemodel worden verschillende deelscores samengebracht tot één totaalscore. Hierbij wordt wel opgemerkt dat alle deelscores (eenzijdig) zijn gebaseerd op productie- en declaratiedata. Het werk van een medisch specialist bestaat naast het verlenen van zorg aan patiënten ook uit andere werkzaamheden zoals het doen van wetenschappelijk onderzoek, het opleiden van nieuwe artsen, managementtaken voor het ziekenhuis, sturing geven aan het MSB-bedrijf en kwaliteit-verhogende werkzaamheden. Deze werkzaamheden blijven in het Prestatiemodel buiten beschouwing. Vastgesteld wordt dat geen harde conclusie mogelijk is over de typering van het Prestatiemodel als een *Eat What You Kill*-systeem of een Simple unit formula-systeem. Voor beide typeringingen zijn argumenten aan te dragen.

Na de verdeling op vakgroepniveau vindt een nadere verdeling plaats binnen de vakgroepen. De vakgroepen binnen een MSB worden in bijna alle gevallen gevormd door de oude maatschappen zoals deze bestonden in de periode voor het bestaan van het MSB. Het verdeelprincipe in een maatschap is gebaseerd op een *Equal Sharing system*.

2.2 Benchmarking

Camp (1995) definieert benchmarking als “the search for and the implementation of best practices”. LOGEX definieert benchmarking in de documentatie bij het Prestatiemodel als “een continu proces van het systematisch vergelijken van de eigen prestaties met een referentiegroep als startpunt voor mogelijke verbeteringen (best practices)”. Deze definities sluiten nauw op elkaar aan. Benchmarking heeft zich ontwikkeld tot een wijdverspreide management tool in zowel de private als publieke sector (Francis and Holloway 2007).

Benchmarking heeft een sterke externe oriëntatie en wijkt daarmee af van andere types van *standard-setting*. De reden om benchmarking toe te passen is vaak dat analyse binnen de organisatie niet mogelijk is of te duur is (Elnathan et al. 1996). Door LOGEX is gesteld dat specialisaties onderling moeilijk te vergelijken zijn binnen een ziekenhuis en dat daarom een (externe) benchmark een bruikbaar alternatief is. Binnen het Prestatiemodel wordt geharmoniseerd op normpraktijk per specialisme. Dit betekent dat ieder specialisme in de norm evenveel waard is. De norm wordt bepaald door de gemiddelde productie van vakgenoten in de benchmarkgroep.

3. Onderzoeksvraag en -opzet

3.1 Onderzoeksvraag

Inmiddels, drie jaar na de start van de MSB's in 2015 en daarmee ervaringen rijker, worden vraagtekens gezet bij de houdbaarheid van het LOGEX Prestatiemodel. Een eerste verkenning binnen één MSB leverde de volgende punten van kritiek op:

- De spreiding van winstaandelen is groot en leidt tot vragen en onvrede. De vraag wordt opgeworpen of de inkomensverschillen echt zijn terug te voeren op verschillen in prestaties;
- De betrouwbaarheid van de gegevensaanlevering door het ziekenhuis aan LOGEX wordt op onderdelen ter discussie gesteld;
- De juistheid van de fte-opgaves ten behoeve van de landelijke benchmark wordt ter discussie gesteld;
- Er zijn lokaal maatwerkafspraken gemaakt 'achter de voordeur' om recht te doen aan lokale bijzondere feiten en omstandigheden waardoor de complexiteit in de uitvoering toeneemt en tegen grenzen gaat aanlopen;
- In toenemende mate is er discussie over kostenverdelingen binnen het MSB;
- Het model gaat geheel voorbij aan verschillen in facilitering tussen vakgroepen binnen het ziekenhuis waardoor de verschillen in de omstandigheden waaronder gewerkt moet worden niet worden erkend. Gemiddelde of magere benchmarkresultaten kunnen wellicht gerealiseerd zijn met een grote, bovenmatige inspanning maar worden niet beloond.

Naar aanleiding van deze indicaties is de volgende hoofdonderzoeksvraag geformuleerd:

Hoe wordt het huidige dominante winstverdelingssysteem binnen medisch specialistische bedrijven gewaardeerd en welke verbeteringen kunnen hierin worden doorgevoerd?

Er zijn bij de uitvoering van het onderzoek enkele beperkingen aangebracht in de onderzoeksopzet. Het onderzoek heeft als focus het winstverdelingssysteem tussen de participanten in het MSB en de acceptatie hiervan. Op de effecten van het winstverdelingssysteem op het verdienmodel van het MSB wordt niet ingegaan. Het onderzoek gaat beperkt in op de mogelijke conflicten tussen MSB-

en ziekenhuisbelangen en het onderzoek schenkt geen aandacht aan de verdeling van opbrengsten die buiten de werking van het Prestatiemodel vallen.

3.2 Onderzoeksoepzet

Het empirisch onderzoek is uitgevoerd door middel van het verspreiden via internet van een vragenlijst onder de financieel eindverantwoordelijken in de ondersteuningsorganisatie van de MSB's in de STZ-ziekenhuizen in Nederland. Voor dit onderzoek is de onderzoeksmethode door middel van een vragenlijst gekozen omdat hiermee de totale onderzoekspopulatie benaderd kon worden. Een onderzoeksaanpak door middel van interviews had gegeven de beperkingen in de tijd geleid tot een (arbitraire of willekeurige) keuze welke MSB's benaderd zouden zijn voor medewerking aan het onderzoek.

Bij het selecteren van de benchmark in het LOGEX Prestatiemodel is de grootte van het ziekenhuis de beste schatter voor de vergelijkbaarheid gebleken. LOGEX heeft haar benchmark daarom opgedeeld in de volgende categorieën: Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ – grotere ziekenhuizen), Overige Algemene Ziekenhuizen (OVA – middelgrote ziekenhuizen) en Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ – kleinere ziekenhuizen). Gezien de achtergrond van de eerste onderzoeker, die werkzaam is binnen de categorie STZ, wordt het onderzoek uitgevoerd binnen deze categorie. Deze categorie bestaat uit 26 ziekenhuizen waarvan 21 ziekenhuizen het LOGEX Prestatiemodel gebruiken voor de winstverdeling in het MSB. De MSB's in deze ziekenhuizen zijn voor het onderzoek benaderd. Meer informatie over STZ-ziekenhuizen is te vinden op www.stz.nl.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de gebruikers van het LOGEX Prestatiemodel te benaderen, dit zijn dus de MSB's die het model van LOGEX afnemen. Voor het onderzoek zijn de *financieel managers* in de MSB-ondersteuningsorganisatie benaderd. De redenen hiervoor zijn de volgende:

- Deze functionarissen zijn zelf geen belanghebbenden bij de uitkomsten van het systeem van winstverdeling. Zij zijn daarmee in staat om objectiever en meer van afstand het systeem te beoordelen dan de medisch specialisten zelf die wel onderdeel van en belanghebbende bij het Prestatiemodel zijn;
- Deze functionarissen hebben overzicht over het gehele MSB;
- Deze functionarissen zijn vanuit hun functie betrokken bij en verantwoordelijk voor nagenoeg alle facetten in het gehele proces van de totstandkoming van de winstverdeling;
- Deze functionarissen worden vaak als eerste benaderd met vragen over en bezwaren tegen de werking van het LOGEX Prestatiemodel;
- Aan de uitkomsten van het onderzoek zijn geen persoonlijke consequenties voor de respondenten verbonden.

Een nadeel van het onderzoek onder deze doelgroep is dat de uitkomsten van het onderzoek kunnen worden beïnvloed door de persoonlijke opvattingen van deze functionarissen over het Prestatiemodel. Deze opvattingen zijn mo-

gelijk niet (volledig) in lijn met de (geaggregeerde) mening van de medisch specialisten in de onderzochte MSB's. Dit nadeel wordt deels ondervangen doordat meerdere respondenten hebben aangegeven dat zij de beantwoording eerst wilden afstemmen met hun bestuur voor de antwoorden op de vragen werden vrijgegeven. Overigens bestond de mogelijkheid om anoniem aan het onderzoek deel te nemen.

In het onderzoek is de ontwerper van het Prestatiemodel, LOGEX, niet betrokken. Wel is door de onderzoekers aan LOGEX gemeld dat het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd. Er is voor gekozen de evaluatie alleen vanuit het perspectief van de gebruikers te benaderen. Hier zijn de volgende overwegingen bij gemaakt:

- Zonder de directe betrokkenheid van de ontwerper voelen de respondenten zich mogelijk vrijer om hun mening over het Prestatiemodel te geven;
- Zonder de directe betrokkenheid van de ontwerper worden de onderzoeksresultaten niet gemixt met de overwegingen van onvermijdelijk te maken ontwerpbeslissingen in de bouw van het Prestatiemodel;
- Zonder de directe betrokkenheid van de ontwerper wordt het onderzoek niet beïnvloed door eventuele commerciële belangen van de ontwerper.

De vragenlijst die voor het onderzoek is gebruikt is in eigen beheer ontworpen op basis van deskresearch en interviews. Het ontwerp en de uitwerking van de vragenlijst is geënt op de principes van de *Tailored Design Method* (TDM, Dillman et al. 2014).

De deskresearch heeft geresulteerd in een eerste conceptvragenlijst. Vervolgens zijn vier interviews gehouden met financieel managers van vier MSB's. Doel van deze interviews was om te onderzoeken of de lokale bevindingen breder worden herkend en de vragenlijst op basis van de uitkomsten van deze interviews aan te vullen of aan te passen. Bij deze interviews is de conceptvragenlijst die op basis van deskresearch tot stand is gebracht als leidraad voor het interview gebruikt. Naast de conceptvragenlijst is tijdens deze interviews ook nadrukkelijk aan de orde geweest of de vragenlijst volledig is en of de vragenlijst een goede totale dekking geeft van de relevante aspecten van het Prestatiemodel. Op basis van de interviewuitkomsten is de vragenlijst op onderdelen aangepast en verfijnd.

Uit de deskresearch en de interviews is de gevalideerde definitieve vragenlijst van 62 vragen tot stand gebracht. De vragen in de lijst zijn ingedeeld in zeven groepen:

- Algemeen;
- Inrichting en gebruik;
- Knelpunten in de uitvoering van het Prestatiemodel;
- Voordelen LOGEX Prestatiemodel: deze betreffen de positieve aspecten die tijdens de desk research en de vier interviews werden geïdentificeerd;
- Nadelen LOGEX Prestatiemodel: idem maar dan voor de negatieve aspecten;
- Algemeen oordeel;
- Toekomstige ontwikkelingen.

De vragen bestaan voornamelijk uit meerkeuzevragen waardoor de vragenlijst eenvoudig is in te vullen. Bij alle

vragen is de mogelijkheid geboden om de vraag niet te beantwoorden door de optie 'geen antwoord' als keuzeantwoord toe te voegen. Dit is gedaan om de respondenten de mogelijkheid te bieden vragen die als vertrouwelijk worden opgevat niet te hoeven beantwoorden. Bij vragen waar dat relevant is, is de mogelijkheid geboden om in een tekstveld een nadere toelichting op de vragen te geven.

De vragenlijst is gemaakt in de applicatie SurveyMonkey. De verwachte invultijd van de vragenlijst is door SurveyMonkey geschat op circa 20 minuten.

Bij de beoordeling van de bereidheid om de vragenlijst in te vullen is in aanmerking genomen dat het onderwerp van het onderzoek voor veel, zo niet alle MSB's, als relevant voor de praktijk wordt beoordeeld. Op grond daarvan is ingeschat dat er voldoende bereidheid zou bestaan om een vragenlijst van deze omvang in te vullen. Bij medewerking aan het onderzoek is toegezegd dat de deelnemende MSB's inzicht krijgen in de uitkomsten van het onderzoek.

In de periode half november 2017 tot en met begin januari 2018 zijn de MSB's benaderd om mee te doen aan het onderzoek. De doelgroep voor het onderzoek is telefonisch of in enkele gevallen per e-mail benaderd met het verzoek om mee te doen aan het onderzoek. Tijdens dit contact is kader en context toegelicht. Toegelicht is dat de onderzoeksresultaten niet tot individuele MSB's te herleiden zullen zijn.

Op 10 januari 2018 is de vragenlijst online geplaatst en zijn de contactpersonen per mail uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Op 25 januari 2018 is een herinnering gestuurd. Op 20 februari 2018 is de vragenlijst offline gehaald.

Na de verspreiding van de vragenlijst is door twee respondenten gereageerd op de vragenlijst. Eén verzoek was van praktische aard en één vraag ging over de interpretatie van een vraag in de vragenlijst. Van één MSB is het bericht ontvangen dat zij geen medewerking verlenen aan het onderzoek. Op de sluitingsdatum hadden 15 van de 21 benaderde MSB's de vragenlijst ingevuld. Hiermee is een respons van 71,4% behaald. Van de 15 ingevulde vragenlijsten zijn twee vragenlijst niet volledig ingevuld. In incidentele gevallen zijn vragen overgeslagen. Sommige onderzoeksbevindingen zijn daarmee gebaseerd op $n < 15$ respondenten.

4. Onderzoeksresultaten

De bespreking van de onderzoeksresultaten vindt plaats aan de hand van de zeven groepen vragen uit de lijst, zie paragraaf 3.2.

4.1 Algemeen

De verhouding van de rechtsvormen van de MSB's die hebben meegewerkt aan het onderzoek sluit nauw aan bij de verhouding in de totale STZ-groep die als onderzoekspopulatie is gebruikt. In de totale populatie is 57,1% van de MSB's

georganiseerd in de vorm van een coöperatie en 42,9% in de vorm van een maatschap. In het onderzoek waren 60% van de respondenten MSB's die in coöperatieve vorm waren georganiseerd en 40% in de vorm van een maatschap.

Alle respondenten hebben bevestigd dat binnen hun MSB gebruik wordt gemaakt van het LOGEX Prestatiemodel. Bijna driekwart van de respondenten gebruikt het LOGEX Prestatiemodel al vanaf 2012, de start van het beheersmodel medisch specialisten. De overige respondenten geven aan dat zij vanaf 2015 zijn gestart met het gebruik van het Prestatiemodel bij de introductie van de integrale bekostiging waarbij het honorarium niet meer zichtbaar op de declaraties staat.

4.2 Inrichting en gebruik

Ruim een kwart van de MSB's gebruikt het Prestatiemodel om het *volledige* honorarium dat wordt gerealiseerd op grond van de samenwerking tussen MSB en ziekenhuis te verdelen binnen het MSB. Bijna driekwart geeft aan dat geen sprake is van een volledige verdeling van het gerealiseerde honorarium op basis van het Prestatiemodel. Als alternatieve verdeelsleutels zijn genoemd:

- Er wordt gewerkt met een vast deel honorarium per medisch specialist;
- Er wordt gewerkt met vaste norm-fte's voor vakgroepen;
- Deel van het honorarium wordt geormerkt voor een specifiek doel of project;
- Deel van het honorarium wordt verdeeld als ondersteuningsbijdrage;
- Deel van het honorarium wordt verdeeld uit een frictiepot omdat sommige prestaties niet goed via het Prestatiemodel zijn te meten;
- Een verdeling buiten het verdeelmodel om direct naar de vakgroepen (zoals bijvoorbeeld onverzekerde zorg, wederzijdse dienstverlening en omzet buitenlandse patiënten);
- Een andere verdeelsleutel dan hierboven genoemd.

De omvang van het deel dat niet via het Prestatiemodel wordt verdeeld is niet onderzocht.

Op de vraag of vakgroepen zijn uitgesloten voor het Prestatiemodel hebben zeven respondenten aangegeven dat vakgroepen zijn uitgesloten voor het Prestatiemodel. Het specialisme Kaakchirurgie is hierbij het vaakst genoemd.

4.3. Inrichting parameters verdeelmodel

LOGEX hanteert op dit moment standaardwaarden voor de weging van de gebruikte ratio's in het Prestatiemodel, namelijk input 40%, output 40% en efficiëntie 20%. 80% van de respondenten geeft aan dat deze standaardwaarden binnen hun MSB ook zo worden gebruikt. 20% van de respondenten geeft aan dat lokaal is gekozen voor een andere weging van de parameters. In al deze gevallen is de weging van de inputparameter verlaagd ten gunste van de efficiëntieparameter en/of de outputparameter.

Van de respondenten geeft meer dan 90% aan dat binnen hun MSB een bandbreedte op de uitkomsten van het Prestatiemodel wordt gehanteerd. De ingestelde bandbreedte is bij 58,3% van de MSB's (n = 12) symmetrisch. Bij 16,7% van de MSB's (n = 12) wordt alleen een bovengrens gehanteerd. Circa de helft van de respondenten heeft aangegeven dat de bandbreedte in de afgelopen jaren is gewijzigd of ingesteld. Bij 42,8% van de MSB's van deze respondenten is de bandbreedte verkleind, bij 28,6% is de bandbreedte verruimd en bij 28,6% is de bandbreedte ingesteld.

Alle respondenten geven aan dat binnen hun MSB kosten collectief worden gedeeld. In tabel 1 zijn de kostenposten vermeld die collectief worden gedeeld met de scores hoe vaak dit voorkomt.

Onder de 'Overige' zijn genoemd de administratiekosten vanuit het ziekenhuis, kosten voor polikliniekondersteuning en secretariële kosten alsook de loonkosten van arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS) en verpleegkundig specialisten (Vs). Ruim 70% van de respondenten heeft aangegeven dat de uitkomsten van het Prestatiemodel worden gebruikt om deze collectieve kosten te verdelen binnen het MSB.

In de vragenlijst is gevraagd of MSB's lokaal aanpassingen maken op de uitkomsten van het Prestatiemodel. 80% van de respondenten heeft aangegeven dat dit het geval is. Als achterliggende redenen voor deze aanpassingen zijn genoemd:

- Het Prestatiemodel geeft geen goede waardering aan bepaalde vormen van zorg – acht keer genoemd;
- De incentives in het Prestatiemodel werken niet zo uit zoals bedoeld – drie keer genoemd.

Tabel 1. Overzicht collectieve kostenposten binnen MSB's (n = 15).

Kostenpost	%	Aantal
Kosten MSB-ondersteuningsorganisatie	93,33%	14
Kosten bestuur	86,67%	13
Kosten medische beroepsaansprakelijkheid	80,00%	12
Personeelskosten voor MSB-brede projecten/initiatieven	66,67%	10
Kosten gezamenlijke investeringen	66,67%	10
Kosten collectieve voorzieningen (bijvoorbeeld spoedeisende hulp)	60,00%	9
Arbeidsongeschiktheid van personeel in dienst van het MSB	46,67%	7
Kosten rechtsbijstandverzekering	33,33%	5
Arbeidsongeschiktheid van medisch specialisten	13,33%	2
Overige	26,67%	4

De overige redenen om lokale aanpassingen te maken zijn slechts eenmalig genoemd.

Het gebruik van een knelpuntenregeling bij het Prestatiemodel is bij iets minder dan de helft van de MSB's aan de orde. 46,67% heeft wel een knelpuntenregeling, 53,33% niet.

Het Prestatiemodel brengt een verdeling tot op het niveau van de vakgroepen tot stand. De verdere verdeling binnen de vakgroepen wordt lokaal geregeld in het coöperatie- of maatschapscontract. Gevraagd is of het honorarium binnen de vakgroepen gelijkelijk over de leden binnen de vakgroep wordt verdeeld. Vier respondenten hebben aangegeven dat binnen de vakgroepen het honorarium gelijkelijk wordt verdeeld over de leden van de vakgroep. Vier respondenten hebben aangegeven dat ook binnen de vakgroep een (verdere) honorariumverdeling plaatsvindt op basis van (binnen de vakgroep afgesproken) prestaties. De respondenten die deze vraag anders hebben beantwoord geven aan dat de honorariumverdeling binnen de vakgroepen ofwel onbekend is ofwel dat dit buiten de bevoegdheid/zeggenschap van het MSB valt.

4.4 Knelpunten

In de analyse van het Prestatiemodel is een aantal knelpunten geduid. Deze knelpunten hebben betrekking op de data-aanlevering voor de totstandkoming van de benchmark, de fte-opgave inclusief de weging hiervan en het gebruik van normminuten in de financiële ratio.

Circa 43% van de respondenten heeft aangegeven dat er in de data-aanlevering van het ziekenhuis naar LOGEX geen problemen zijn (geweest) die de werking van het Prestatiemodel hebben gecompliceerd. Bij de MSB's waar wel problemen zijn gemeld zijn de volgende problemen gemeld:

- Onvolledige data-aanlevering – 4 keer genoemd;
- Onjuiste data-aanlevering – 2 keer genoemd;
- Niet-tijdige data-aanlevering – 2 keer genoemd.

Een meerderheid (64,29%) van de respondenten (n = 14) geeft aan dat de opgave van de lokale fte-formatie tot en met 2016 niet tot problemen heeft geleid. De hoeveelheid tijd die moet worden besteed om deze opgave op een goede wijze tot stand te brengen wordt wel als knelpunt genoemd.

In het Prestatiemodel krijgt al het (medisch) personeel een weging ten behoeve van de input van de benchmark. Gevraagd is of deze weging als adequaat wordt beoordeeld. 60% van de respondenten die deze vraag hebben beantwoord stelt dat dit het geval is. 40% is van oordeel dat deze weging niet adequaat is.

Voor de financiële parameter in het Prestatiemodel wordt gebruik gemaakt van normminuten die worden afgegeven door de wetenschappelijke verenigingen van de onderscheiden specialismen. Gevraagd is of deze normminuten adequaat zijn voor het gebruik in het Prestatiemodel. De meerderheid van de respondenten geeft aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden. Van de respondenten die deze vraag wel hebben beantwoord is een meerderheid van oordeel dat de normminuten adequaat zijn.

4.5 Voordelen prestatie-model

In de vragenlijst zijn zes voordelen van het Prestatiemodel geïdentificeerd. Aan de respondenten is gevraagd deze voordelen te waarderen volgens de schaal: van geen belang, enigszins van belang, neutraal, van behoorlijk belang en van groot belang. In de applicatie waarin de vragenlijst is uitgevoerd zijn de antwoorden gewogen.

De uitkomsten van de waardering van de voordelen van het Prestatiemodel zijn weergegeven in tabel 2.

4.6 Nadelen prestatie-model

In de vragenlijst zijn negen nadelen van het Prestatiemodel genoemd. Aan de respondenten is gevraagd deze nadelen te waarderen volgens de schaal: van geen belang, enigszins van belang, neutraal, van behoorlijk belang en

Tabel 2. Waardering voordelen Prestatiemodel.

Voordeel	1	2	3	4	5	Gewogen gemiddelde
Verdeling door tussenkomst van een trusted third party (LOGEX)	0,00%	0,00%	7,14%	50,00%	42,86%	4,36
Objectieve verdeling honorarium o.b.v. outputdata en feiten	0,00%	0,00%	7,14%	57,14%	35,71%	4,29
Loon-naar-werkenprincipe (eventueel binnen een bandbreedte)	0,00%	7,14%	7,14%	64,29%	21,43%	4,00
Helder inzicht in de eigen prestaties	0,00%	0,00%	28,57%	64,29%	7,14%	3,79
Verbetering interne MSB-organisatie door gelijkgeschakelde (interne) belangen	0,00%	0,00%	64,29%	21,43%	14,29%	3,50
Duidelijke vertaling prikkels van prestatiebekostiging naar medisch specialisten	7,14%	7,14%	50,00%	21,43%	14,29%	3,29

Waarbij: 1 – van geen belang; 2 – enigszins van belang; 3 – neutraal; 4 – van behoorlijk belang; 5 – van groot belang.

van groot belang. In de applicatie waarin de vragenlijst is uitgevoerd zijn de antwoorden gewogen.

De uitkomsten van de waardering van de nadelen van het Prestatiemodel zijn weergegeven in tabel 3. Het begrip *disutility* in deze tabel heeft betrekking op de dienstbelasting buiten de normale werktijd.

4.7 Algemeen oordeel

Aan de respondenten is gevraagd een algemeen oordeel uit te spreken over het Prestatiemodel. Gevraagd is of de uitkomsten van het Prestatiemodel in overwegende mate worden geaccepteerd binnen het MSB en of de uitkomsten in overwegende mate als rechtvaardig worden beoordeeld. Op beide vragen antwoordt 100% van de respondenten dat dit het geval is.

4.8 Toekomstige ontwikkelingen

In het laatste deel van de vragenlijst zijn vragen gesteld over de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de winstverdeling en het Prestatiemodel. Een meerderheid van de respondenten geeft aan dat binnen hun MSB (nog) geen strategische visie over het (toekomstige) winstverdelingssysteem is geformuleerd, 92,31% (n = 13) van de MSB's maakt wel plannen voor een doorontwikkeling van het winstverdelingssysteem. Ruim driekwart van de respondenten geeft aan dat binnen hun MSB niet wordt nagedacht over een winstverdelingssysteem dat in belangrijke mate een andere basis kent dan het LOGEX Prestatiemodel.

Met betrekking tot ontwikkeling zijn in de vragenlijst diverse opties aan de orde gesteld:

Tabel 3. Waardering nadelen Prestatiemodel.

Nadeel	1	2	3	4	5	Gewogen gemiddelde
Geen één op één link met de ziekenhuisbegroting en externe contractafspraken met zorgverzekeraars	0,00%	7,14%	7,14%	50,00%	35,71%	4,14
(Te) eenzijdige en sterke focus op output en efficiency	0,00%	0,00%	50,00%	42,86%	7,14%	3,57
Registratieverschillen tussen ziekenhuizen zijn niet transparant en beïnvloeden de benchmark	0,00%	28,57%	14,29%	35,71%	21,43%	3,50
Incentive om zorg binnen de vakgroep te houden	7,14%	0,00%	42,86%	42,86%	7,14%	3,43
Door ex-post benchmark geen duidelijk doel om naar toe te werken	0,00%	21,43%	21,43%	57,14%	0,00%	3,36
Faciliteringsniveau van specialismen in het ziekenhuis wordt niet betrokken in de benchmark	7,14%	21,43%	35,71%	28,57%	7,14%	3,07
Het Prestatiemodel meet productie en declaraties en niet de inspanning van een specialist	0,00%	42,86%	35,71%	21,43%	0,00%	2,79
Prestatiemodel houdt onvoldoende rekening met de disutility van de verschillende specialismen	14,29%	14,29%	57,14%	7,14%	7,14%	2,79
Prestatiemodel houdt onvoldoende rekening met personele kosten die vakgroepen moeten maken	21,43%	35,71%	21,43%	21,43%	0,00%	2,43

Waarbij: 1 – van geen belang; 2 – enigszins van belang; 3 – neutraal; 4 – van behoorlijk belang; 5 – van groot belang.

- Alle respondenten geven aan dat binnen hun MSB wordt nagedacht over de introductie van kwaliteitselementen in het winstverdelingssysteem. Een meerderheid (69,23% bij n = 13) overweegt dit misschien, op termijn. De overige respondenten (30,77%) geven aan dat zij dit graag zo spoedig mogelijk zouden willen introduceren;
- Bijna 40% van de respondenten geeft aan dat wordt nagedacht over de introductie van een disutility-regeling volgens de handreiking van de Federatie van Medisch Specialisten. Een even groot percentage geeft aan deze regeling niet te gaan gebruiken. Twee respondenten geven aan dat dit wel een onderwerp is waar aandacht aan moet worden besteed maar dat nog niet duidelijk is of voor een disutility-regeling gebruik wordt gemaakt van de handreiking.

Aan de respondenten is een serie elementen voorgelegd die in aanmerking zouden kunnen komen voor een

rol in het winstverdelingssysteem. De score hierop per element is weergegeven in tabel 4.

Aan de respondenten is gevraagd wat zij als de grootste risico's voor het toekomstig gebruik van het Prestatiemodel zien alsmede wat zij als de grootste belemmeringen zien in de doorontwikkeling het winstverdelingssysteem binnen hun MSB. In de tabellen 5 en 6 zijn de resultaten op deze vragen weergegeven.

In de vragenlijst is gevraagd of het Prestatiemodel voldoende rekening houdt met landelijke ontwikkelingen. Bijna 40% van de respondenten is van oordeel dat dit het geval is waarbij wel door één respondent is opgemerkt dat dit vertraagd plaatsvindt. Circa 40% kan hier geen oordeel over geven. Opgemerkt is dat progressieve vakgroepen met innovatieve zorg meer kans hebben om nadeel te ondervinden van het model.

Tabel 4. Elementen die in aanmerking komen voor een rol in het winstverdelingssysteem.

Element in winstverdelingssysteem	Aantal keren genoemd
Weging van kwaliteit van zorg	9
Beloning voor opleidingsactiviteiten	7
Beloning MSB-brede bedrijfsbelangen	7
Een voor alle leden gelijke beloningscomponent	6
Beloning voor wetenschappelijk onderzoek	6
Beloning van zichtbare samenwerking van vakgroepen	4
Persoonlijke kwaliteiten van medisch specialisten	1
Anciënniteit	0
Overige	2

Tabel 5. Risico's voor het toekomstig gebruik van het Prestatiemodel.

Risico	Aantal keren genoemd
Houding van de medisch specialisten zelf ten aanzien van het Prestatiemodel	6
Toenemende complexiteit waardoor het begrip en draagvlak wegvallen	5
Uitstappen van MSB's waardoor een te kleine benchmark ontstaat	4
Onbetrouwbaarheid van de gegevens / metingen waarop de verdeling tot stand wordt gebracht	2
Overige	5

Tabel 6. Belemmeringen in de doorontwikkeling van het winstverdelingssysteem binnen het MSB.

Belemmering	Aantal keren genoemd
Geen goede meetinstrumenten voor de introductie van andere elementen in de winstverdeling	10
Geen goede uitvoerbare alternatieven beschikbaar	6
Geen overeenstemming binnen de achterban over een wijziging van het systeem	4

5 Conclusie en reflectie

Als opvallendste constatering komt uit het onderzoek naar voren dat het Prestatiemodel, ondanks knelpunten op diverse onderdelen en het feit dat er nogal wat lokale aanpassingen worden gemaakt, door 100% van de respondenten wordt beoordeeld als een rechtvaardig verdeelsysteem waarvan de uitkomsten (al dan niet met aanpassingen) worden aanvaard. Hiermee lijkt er een brede basis te bestaan voor het gebruik van het LOGEX Prestatiemodel als systeem om de winstverdeling binnen een MSB op te baseren. Gezien de complexiteit van het vraagstuk van winstverdeling in professionele samenwerkingsverbanden, de complexe omgeving (medisch specialistische zorg) en de uitdagingen omtrent prestatie-meting is dit verrassend. Hoewel zeker kritiepunten zijn te noemen (zie tabel 3: nadelen Prestatiemodel) lijkt deze methodiek goed te werken. Als mogelijke succesfactoren voor de acceptatie van dit model worden de volgende verklaringen gesuggereerd:

- Het Prestatiemodel geeft een vertaling van het 'loon naar werken'-principe dat klaarblijkelijk als een aantrekkelijk uitgangspunt wordt gezien;

- Een benchmark met vakgenoten van hetzelfde specialisme lijkt een krachtig instrument om prestaties te meten en een beloning tot stand te brengen (*peer pressure* in combinatie met een homogene referentiegroep).
- De 'hardheid' (data driven) en objectiviteit van de onderbouwing wordt aanvaard. Deze constatering wordt nog verder bekrachtigd door de constatering dat meer dan driekwart van de respondenten niet nadenkt over een winstverdelingssysteem dat in belangrijke mate een andere basis kent dan het huidige Prestatiemodel.
- Als aanvullende reden waarom dit goed werkt wordt opgemerkt dat medisch specialisten in Nederland betrekkelijk uniform worden opgeleid wat leidt tot een uniforme beroepsuitoefening met een sterk geprotocolleerde werkwijze en het feit dat Nederland een gestandaardiseerd zorgaanbod kent in de basisverzekering.

De voordelen van het Prestatiemodel wegen kennelijk zwaarder dan de geformuleerde nadelen. De rol van LOGEX als onafhankelijke partij die de data verzamelt, bewerkt, en aansluitend weer beschikbaar stelt, wordt het hoogst gewaardeerd. Ook de objectiviteit van het systeem en de incorporatie van het 'loon-naar-werken'-principe worden hoog gewaardeerd.

Als grootste nadeel worden de discrepantie met productieafspraken van het ziekenhuis en de zorgver-

zekerders genoemd. Het in 2017 geïntroduceerde begroting-gestuurde model van LOGEX zou hiervoor een oplossing moeten bieden. In dit model wordt overproductie ten opzichte van een vooraf vastgestelde begroting niet meer beloond. Hierdoor krijgen ziekenhuis en MSB, anders dan in het huidige Prestatiemodel, dezelfde prikkel om de productieafspraken met de zorgverzekeraars niet te overschrijden. Meer dan 90% van de respondenten wil dit model in de toekomst gaan gebruiken. Als belangrijk nadeel is verder genoemd de te eenzijdige focus op output en efficiency. De introductie van kwaliteitsparameters in het Prestatiemodel zou dit meer in balans kunnen brengen.

6 Vervolgonderzoek

Er zijn bevindingen en omstandigheden die zich lenen voor verder vervolgonderzoek. Als nuttige onderwerpen voor vervolgonderzoeken kunnen worden genoemd:

- Het onderzoek is uitgevoerd onder de financieel managers van MSB's. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of een evaluatie onder medisch specialisten zelf over het LOGEX Prestatiemodel tot vergelijkbare uitkomsten leidt;
- Ook een vergelijking van het LOGEX Prestatiemodel ten opzichte van de winstverdelingssystemen in MSB's die het LOGEX Prestatiemodel niet gebruiken zou aanvullende inzichten kunnen opleveren;
- In dit onderzoek is met name aandacht besteed aan de MSB-interne winstverdeling. Het effect van het Prestatiemodel op de samenwerkingsrelatie met het ziekenhuis is een belangrijk aspect dat het huidige onderzoek verder kan aanvullen;
- Specifiek ten aanzien van het huidige Prestatiemodel kan nader onderzoek worden gedaan naar:
 - De redenen waarom lokale aanpassingen in bijvoorbeeld de wegging van de parameters of de breedte zijn doorgevoerd en de oorzaken van de verschillen tussen deze aanpassingen kunnen nader worden uitgediept;
 - De wegging van ondersteunend personeel. Dit punt wordt door meerdere respondenten genoemd als aandachtspunt;
 - De introductie van kwaliteitsparameters in het verdeelmodel;
 - Kostenverrekeningen binnen het MSB en de invloed hiervan op de te realiseren benchmarkresultaten en winstaandelen;
 - De potentiële impact van het faciliteringsniveau van vakgroepen binnen het ziekenhuis en de effecten hiervan op de benchmarkresultaten van vakgroepen. De facilitering van vakgroepen bestaat onder andere uit de beschikbare huisvesting, secretariële ondersteuning, loopafstanden in het ziekenhuis, met medisch ondersteunend personeel en de beschikbare budgetten. Dit faciliteringsniveau geeft de lokale randvoorwaarden waarbinnen de praktijk wordt gevoerd. Onderzocht kan worden of alle specialismen binnen één ziekenhuis op hetzelfde (voor dat specialisme noodzakelijke) niveau worden ondersteund. Wanneer dit niet het geval is kan speelveldongelijkheid ontstaan en heeft niet ieder specialisme de gelijke kans om bij een gelijke inspanning een norminkomen te realiseren.

-
- **Michael F. van Dusseldorp MSc RC** is financieel directeur van het Medisch Specialistisch Bedrijf De Medici. Hij studeerde in 2018 af als Executive Master of Finance and Control (Register Controller) aan TIAS School for Business and Society, Tilburg University.
 - **Prof. dr. ir. Michael H. Corbey** is als hoogleraar Management Accounting & Control verbonden aan TIAS School for Business and Society, Tilburg University. Hij is er tevens Academic Director van de Executive Master of Finance and Control (Register Controller) opleiding die TIAS aanbiedt in Tilburg en Utrecht. De auteurs danken alle betrokkenen die medewerking verleenden aan het onderzoek. De auteurs hechten er tevens aan te melden dat zij geen relatie onderhouden met het adviesbureau LOGEX.
-

Literatuur

- Anderson MJ (2001) Partner compensation systems. Edge International (Atlanta).
- Camp RC (1995) Business process benchmarking: Finding and implementing best practices. ASQC Quality Press (Wisconsin).
- Chenhall RH, Hall M, Smith D (2017) The expressive role of performance measurement systems: A field study of a mental health development project. *Accounting, Organizations and Society* 63: 60-75. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2014.11.002>
- Dillman DA, Smyth JD, Christian LM (2014) Internet, phone, mail and mixed-mode surveys, The tailored design method (fourth Ed.). Wiley & Sons, Inc. (Hoboken).
- Essers PHJ, Moors M, Stevens SA (2015) Fiscale positie medisch specialisten in de huidige en toekomstige financierings- en bekostigingssystemiek. In Berden HJJM, Houwen LGHJ, Stevens SA (red.) *Financiering van zorginstellingen* (1e druk). Vakmedianet (Deventer): 333-354.
- Elnathan D, Lin TW, Young SM (1996). Benchmarking and management accounting: A framework for research. *Journal of Management Accounting Research* 8: 37-54. <https://researchgate.net/publication/280167712>
- Federatie Medisch Specialisten (z.d.). MSB. <https://www.demedischspecialist.nl/msb>

- Francis G, Holloway J (2007) What have we learned? Themes from the literature on best practice benchmarking. *International Journal of Management Reviews*, 9: 171-189. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00204.x>
- Gaynor M (1989) Competition within the firm, Theory plus some evidence from medical group practice. *The RAND Journal of Economics* 20(1): 59-76. <https://www.jstor.org/stable/2555651>
- Ittner CD, Larcker LF, Pizzini M (2007) Performance-based compensation in member-owned firms: An examination of medical group practices. *Journal of Accounting & Economics* 44(3): 300-327. <https://doi.org/10.1016/j.jacceco.2007.05.001>
- Koelewijn W, Houwen L, Hooge E, Slappendel R, Meer N van der (2016) Op weg naar gezamenlijkheid. Quick scan integrale be-

- kostiging en governance. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/26/op-weg-naar-gezamenlijkheid>
- Newell RL, Mahon GA (1959) Medical group income distribution accounting. *Canadian Medical Association Journal* 80: 224-225.
- Pizzini M (2010) Group-based compensation in professional service firms: An empirical analysis of medical group practices. *The Accounting Review* 85(1): 343-380. <https://doi.org/10.2308/accr.2010.85.1.343>
- Van Dijk M, Schraeverus J, Linders H, Van't Hullenaar J, Bochove K, Moors M, Crijns R (2014). Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist. https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/15562/Een%20verdieping%20besturingsmodellen%20mei%202014.pdf

Bijlage

Hoe werkt het LOGEX Prestatiemodel

Doel

Het Prestatiemodel is ontwikkeld door het adviesbureau LOGEX en heeft als doel om MSB's een raamwerk te bieden waarbinnen de opbrengsten van het MSB kunnen worden verdeeld. LOGEX treedt hierbij op als onafhankelijke derde partij.

Opzet

Het Prestatiemodel is het benchmarkmodel dat op drie categorieën ratio's (operationeel, declaratie en efficiency) de prestaties van een vakgroep inzichtelijk maakt. Deze drie categorieën ratio's completeren elkaar, zorgen voor een balancerende werking en geven een dwarsdoorsnede van hoe een vakgroep presteert ten opzichte van haar referentiegroep. Het model geeft op basis van de uitkomst in norm-fte een mechanisme waarmee de opbrengsten van het MSB kunnen worden verdeeld. Voor de vaststelling van het aantal norm-fte worden de uitkomsten van de ratio's en onderliggende parameters in een bepaalde verhouding gewogen.

Uitgangspunten

Het LOGEX Prestatiemodel is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Het model past binnen de huidige financiering van de medisch specialistische zorg, namelijk de huidige prestatiebekostiging van het ziekenhuis;
- Binnen het model is gekozen voor het 'loon naar werken'-principe (passend bij prestatiebekostiging) en beogen de verschillende categorieën ratio's dat de prikkels tussen de medisch specialist, het MSB en het ziekenhuis verder gelijkgericht komen te liggen;
- De norm-fte binnen elk specialisme is evenveel waard;
- Binnen het model kan een differentiatie ontstaan in beloning welke wordt onderbouwd door het aantal norm-fte dat een vakgroep realiseert (welke tot stand komt op basis van de geleverde prestaties).

Input

Voor het kunnen uitvoeren van de analyses heeft LOGEX informatie nodig vanuit het ziekenhuis. Voor de benchmark-analyses wordt de volgende inputdata gehanteerd:

- Ruwe productiedata uit de bronsystemen van het ziekenhuis, zoals onder andere alle zorgtrajecten, uitgevoerde zorgactiviteiten, (geanonimiseerde) patiëntgegevens, verzekeraars en operatiekamer-gegevens;
- Fte-gegevens (door het MSB aangeleverd).

Ratio's

De ratio's in het Prestatiemodel zijn ingedeeld in de volgende categorieën:

- Operationeel (operationele productie van zorgactiviteiten in aantallen),
- Financieel (afgeleide productie van zorgproducten in normuren) en
- Efficiency (vertaling input naar output).

De ratio's zijn als volgt nader opgebouwd:

Operationeel (productie/input): betreft de operationele productie van zorgactiviteiten in aantallen, en bevat de volgende parameters:

- Aantal unieke patiënten;
- Poliklinische activiteiten;
- Klinische activiteiten;
- Uren operatieve werkzaamheden;
- Ondersteunende activiteiten zoals diagnostische- en laboratoriumactiviteiten.

Financieel (declaratie/output): hierbij wordt de door de vakgroep geleverde productie van zorgproducten in normuren vergeleken met de referentiegroep. De input van deze ratio bestaat uit normuren. Dit betreffen de afgesloten zorgproducten die worden gekoppeld aan de

landelijke normtijden per zorgproduct zoals bepaald door de wetenschappelijke verenigingen voor de vaststelling van het aantal normuren.

Efficiency (vertaling input naar output): hier wordt de wijze waarop de vakgroep haar productie van zorgactiviteiten vertaalt naar zorgproducten vergeleken met de referentiegroep.

Output

De output van het Prestatiemodel is een score per vakgroep in norm-fte's. De relatieve onderlinge weging van de gescoorde norm-fte's resulteert in de procentuele verdeling van de te verdelen honorariumomzet binnen het MSB. De waarde van een norm-fte is een lokaal gegeven en wordt bepaald door de gerealiseerde honorariumomzet te delen op het totaal aantal norm-fte's dat in het MSB is behaald.

Aanvullende instellingen

Het Prestatiemodel voorziet in twee aanvullende instellingen:

Bandbreedte: door een bandbreedte in te stellen voor het te realiseren aantal norm-fte's kan gelijkgerichtheid, solidariteit en een bepaalde mate van kwaliteit worden gewaarborgd. Binnen het MSB moet worden bepaald wat een acceptabele boven- en ondergrens is waarbinnen de beloning ten opzichte van de norm mag fluctueren tussen de vakgroepen.

Knelpuntenregeling: het kan wenselijk zijn dat MSB's een budget voor onvoorziene knelpunten hanteert. Op dit budget kan door de leden van het MSB aanspraak worden gemaakt wanneer zij van mening zijn dat zij door overmacht geen reële uitkomst hebben kunnen realiseren. Het bestuur van het MSB beheert dit knelpuntenbudget.