

# RAPPORT

## Onderzoek naar bereidheid en draagvlak voor een collectieve overstap van medisch specialisten naar loondienst in het kader van transformatie naar passende zorg

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs: Leo Dijkema, Rik Arkema, Laurens Dijkema & Joost van Rhee

Synthetron sessies: 29 augustus 2024 (ziekenhuisdirecties) en 4 september 2024 (MSB's)

# Samenvatting

Op 29 augustus 2024 en 4 september 2024 is een tweetal online sessies gehouden met in totaal 295 deelnemers, in het kader van het vraagstuk of de overgang van medisch specialisten vanuit een MSB naar een dienstverband bij hun ziekenhuis wenselijk en haalbaar is. De eerste sessie was met 33 directieleden van ziekenhuizen, de tweede sessie met 262 medisch specialisten.

## Reflectie

Als we kijken naar de opbrengst van de twee sessies, dan zien we dat het al dan niet in loondienst nemen van medisch specialisten als voorwaarde voor een goede transitie naar passende zorg, niet wordt gedeeld.

- Bij ziekenhuizen is het bijna 50/50, ongeveer de helft denkt dat het helpt, het maakt het ziekenhuis beter bestuurbaar, maar een bijna even grote groep vindt het in loondienst nemen minder belangrijk dan gelijkgerichtheid.
- Medisch specialisten in een MSB zien het verband niet tussen dienstverband en passende zorg. In de sessie wordt meermaals de irritatie geuit, men mist de onderbouwing en voelt zich gewantrouwd voor VWS dat zij zich niet met 'hart en ziel' in zouden zetten voor goede zorg.

De bereidheid en urgentie is maar mondjesmaat bij de ziekenhuizen en bij medisch specialisten ontbreekt de bereidheid om over te gaan naar loondienst grotendeels. Kortom een moeilijke operatie die misschien wel meer schade oplevert (kosten, gedoe, productieverlies, wachtlijsten) dan winst (een betere bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Over dat laatste spreken medisch specialisten zich uit dat dat vooral wordt bereikt door goede samenwerking, inspraak, minder macht van zorgverzekeraars, stabiliteit in bestuur).

Volgens de deelnemers moeten de volgende dingen gebeuren om toch de overgang naar loondienst mogelijk te maken (het gaat hier om randvoorwaarden, niet om slagingskansen):

- Financiële compensatie van medisch specialisten voor goodwill, pensioen en evt. minder netto verdiensten (daar is nog wel onduidelijkheid over wat het nu precies betekent en hoe de AMS daar toereikend is). Een voorzichtige schatting lijkt € 300.000 per specialist te kunnen zijn.
- Een landelijke aanpak.
- Meer artsen opleiden om productieverlies te compenseren.
- Inspraak in beleid voor specialisten en autonomie.
- Stoppen met wantrouwend praten, maar samen zoeken naar een weg vooruit. Dat is ook de sleutel bij de ziekenhuizen waar dit goed loopt.
- De achterdeur naar ZBC bewaken, hier ligt ook een rol voor verzekeraars.

Er wordt wel gehint op het feit dat jonge specialisten niet in maatschappen zouden willen, maar daarvoor hebben we wellicht te weinig jonge specialisten in de sessie gehad.

Concluderend kunnen wij op basis van de dialogen zeggen dat de operatie naar loondienst moeizaam zal verlopen (op korte termijn), onbegrip voedt, duur is en veel risico's met zich meebrengt.

## Opbrengst Synthetron sessie

Als we de sessies samenvatten zien we een groot verschil in perceptie tussen ziekenhuisdirecties en medisch specialisten in een MSB.

Onderwerp	Ziekenhuisdirecties	Medisch specialisten
<b>Voorkeur dienstverband bij passende zorg</b>	<b>56% voor loondienst</b> , i.v.m. bestuurbaarheid en uniformiteit. 46% maakt het niet uit. Gelijkgerichtheid is belangrijker.	<b>3% voor loondienst</b> 56% vind MSB passen bij transitie naar passende zorg. 40% vind de vorm niet belangrijk: goede zorg is niet afhankelijk van rechtsvorm.
<b>Bereidheid overgang naar loondienst</b>	<b>50% is bereid</b> te doen mits er een landelijke aanpak komt en financiële compensatie. <b>13% is niet bereid</b> hieraan mee te werken.	<b>13% is bereid</b> , mits financiële compensatie voor o.a. goodwill en pensioen. <b>87% is niet bereid.</b>
<b>Urgentie</b>	65% vind het <b>niet urgent</b> . Het leidt af van het werk, geeft veel gedoe. Men verwacht dat de animo bij specialisten klein is vanwege financiële consequenties. Wel zijn de mindere administratieve lasten een plus voor MSB en ook jongere artsen zouden dit willen.	(niet gevraagd)
<b>Redenen wel of niet</b>	<b>Voor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumeprikkel wegnemen (focus op wat te patiënt echt nodig heeft en onnodige behandelingen terugdringen).</li> <li>• Bestuurbaarheid beter.</li> <li>• Minder admin voor MSB's.</li> </ul> <b>Tegen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiële compensatie artsen is duur.</li> <li>• Gedoe, leidt af van werk. Rechtszaken?</li> <li>• Prikkel om veel zorg te leveren valt weg wat tot productiviteitsverlies zal leiden.</li> </ul>	<b>Voor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beter werk/privé balans.</li> </ul> <b>Tegen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet efficiënt.</li> <li>• Onnodig, huidige vorm werkt goed.</li> <li>• Leidt tot tekort personeel, langere wachtlijsten en hogere kosten doordat MS minder overwerken.</li> <li>• Bestuurbaarheid ziekenhuis niet beter.</li> <li>• Verlies van autonomie MS.</li> </ul>
<b>Nodig als je wel doorgaat</b>	Financiële compensatie (o.a. goodwill). Landelijke wetgeving (voor urgentie en gelijk speelveld).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiële compensatie.</li> <li>• Autonomie waarborgen.</li> </ul>

# Leeswijzer

Deze rapportage bevat twee rapporten (eerst het rapport van de sessie met ziekenhuisdirecties, hoofdstuk I en daarna het rapport van de sessie met MSB's, zijnde deel II. De vragen verschillen in de sessies, en ook de invalshoek van de deelnemers is verschillend, daarom zijn ze separaat opgenomen.

De samenvatting is een samenvatting over het geheel, met waar van toepassing een nadere nuance. De samenvatting tracht veel meer de achterliggende vraag te beantwoorden: is loondienst een oplossing voor wat in de stukken 'perverse prikkels' wordt genoemd? Hoe kijken ziekenhuisdirecties en medisch specialisten daarnaar? Is er animo bij de directies om het vraagstuk op te pakken (is het wenselijk en urgent), hoe kijken medisch specialisten hiernaar en wat zou er moeten gebeuren om dit te realiseren volgens beide doelgroepen.

Voor een goed begrip van de terminologie (wat is een 'synthetron' wat een 'bipotron' wat wordt bedoeld met de grafische weergaven) lichten we graag een en ander toe:

- In een synthetron sessie ga je in dialoog met allereerst 4 mensen om je heen. Als in jouw groepje van 5, consensus ontstaat over een onderwerp, noemen we dat een Synthetron. Die wordt dan aan omliggende groepjes aangeboden en dat gaat door totdat de steun onder een bepaalde grens komt. Zo'n bericht dat migreert, noemen we een 'synthetron'.
- Als een bericht sterke voor- en tegenstanders heeft, bipolair is, noemen we dat een bipotron.

Analyse van de data is allereerst gedaan op basis van de gegenereerde synthetrons (opmerkingen waarover een bepaalde mate van consensus is). Deze synthetrons zijn geanalyseerd en geclusterd naar inhoud. Per vraag wordt de uitslag van deze clusters weergegeven in een grafiek. Clusters worden geïllustreerd aan de hand van letterlijke synthetrons. Als een synthetron in de tekst wordt vermeld, is deze schuin gedrukt weergegeven.

Omdat de meeste vragen in de sessies 'poll' vragen zijn, kunnen we deze crossen op de achtergrondvariabelen. Dat is vastgelegd in bijlage 2.

Er is gebruik gemaakt van enkele zogenaamde 'supers', hypothesen die van tevoren zijn bedacht en als test hypothese zijn ingebracht.

Naast deze rapportage (DEEL I) is er ook een dataset met labels die kan worden geraadpleegd als naslagwerk en waarop eigen analyses gedaan kunnen worden (DEEL II).

Zie bijlage 1 voor een nadere uitleg van de methodiek.

# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING</b>	<b>2</b>
<b>LEESWIJZER</b>	<b>4</b>
<b>AANLEIDING &amp; ANALYSE</b>	<b>6</b>
<b>KENMERKEN VAN DE PARTICIPANTEN</b>	<b>7</b>
<b>I RAPPORT VAN SESSIE MET ZIEKENHUISDIRECTIES</b>	<b>9</b>
1. VORM DIENSTVERBAND	10
2. BEREIDHEID OVERGANG NAAR LOONDIENT	11
3. GEVOELDE URGENTIE VAN DE TRANSITIE	13
4. VERWACHTING BEREIDHEID MSB/VAKGROEP	15
5. VOOR- EN NADELEN VAN DE OVERGANG LOONDIENT	17
6. VOORWAARDEN OM DE TRANSITIE TE LATEN SLAGEN	19
7. GEMISTE ONDERWERPEN	21
<b>II RAPPORT VAN DE SESSIE MET MEDISCH SPECIALISTEN</b>	<b>22</b>
1. VORM DIENSTVERBAND	23
2. VRIJWILLIG COLLECTIEVE OVERSTAP	25
3. BEREIDHEID COLLECTIEVE OVERSTAP	30
4. VOORWAARDEN VOOR EVENTUELE OVERSTAP	33
5. ALTERNATIEVEN VOOR BESTUURBAARHEID	37
6. GEMISTE ONDERWERPEN	40
<b>BIJLAGEN</b>	<b>43</b>
BIJLAGE 1. UITLEG VAN DE SYNTHETRON METHODE	43
BIJLAGE 2. CROSSING VAN POLLS (ALLEEN BIJ DE MSB'S)	44
BIJLAGE 3: WOORDWOLK VAN DE ALLE BERICHTEN IN DE SESSIES	48
BIJLAGE 4: VRAGEN DIE GESTELD ZIJN IN DE SESSIES	49
BIJLAGE 5: CONTACTDETAILS SYNTHETRON	51

# Aanleiding & analyse

## Aanleiding

Op 29 augustus en 4 september 2024 is een tweetal online sessies georganiseerd met in totaal 295 deelnemers, in het kader van het vraagstuk of overgang van medisch specialisten vanuit een MSB naar een dienstverband bij hun ziekenhuis, wenselijk en haalbaar is. De eerste sessie was met directieleden van ziekenhuizen, de tweede met medisch specialisten.

Voordat de deelnemers in de sessie kwamen is een toelichting gegeven op het doel van de sessie. Daarna zijn de vragen voorgelegd. Iedere vraag werd kort ingeleid met het onderwerp. De sessies duurden in totaal 60 minuten.

## Analyse

Analyse van de data is allereerst gedaan op basis van de gegenereerde synthetrons (opmerkingen waarover een bepaalde mate van consensus is). Deze synthetrons zijn geanalyseerd en geclusterd naar inhoud. Per vraag wordt de uitslag van deze clusters weergegeven in een grafiek. Clusters worden geïllustreerd aan de hand van letterlijke synthetrons. Als een synthetron in de tekst wordt vermeld, is deze schuin gedrukt weergegeven.

Omdat de meeste vragen 'poll' vragen zijn, kunnen we deze crossen op de kenmerken van de deelnemende groepen. Dat is vastgelegd in bijlage 2

Er is gebruik gemaakt van zogenaamde 'supers': hypothesen die van tevoren zijn bedacht en als test hypothese zijn ingebracht. Deze worden separaat weergegeven in het betreffende hoofdstuk.

Naast deze rapportage (DEEL I) is er ook een dataset met labels die kan worden geraadpleegd als naslagwerk en waarop eigen analyses gedaan kunnen worden (DEEL II).

Zie bijlage 1 voor een nadere uitleg van de methodiek.

# Kenmerken van de participanten

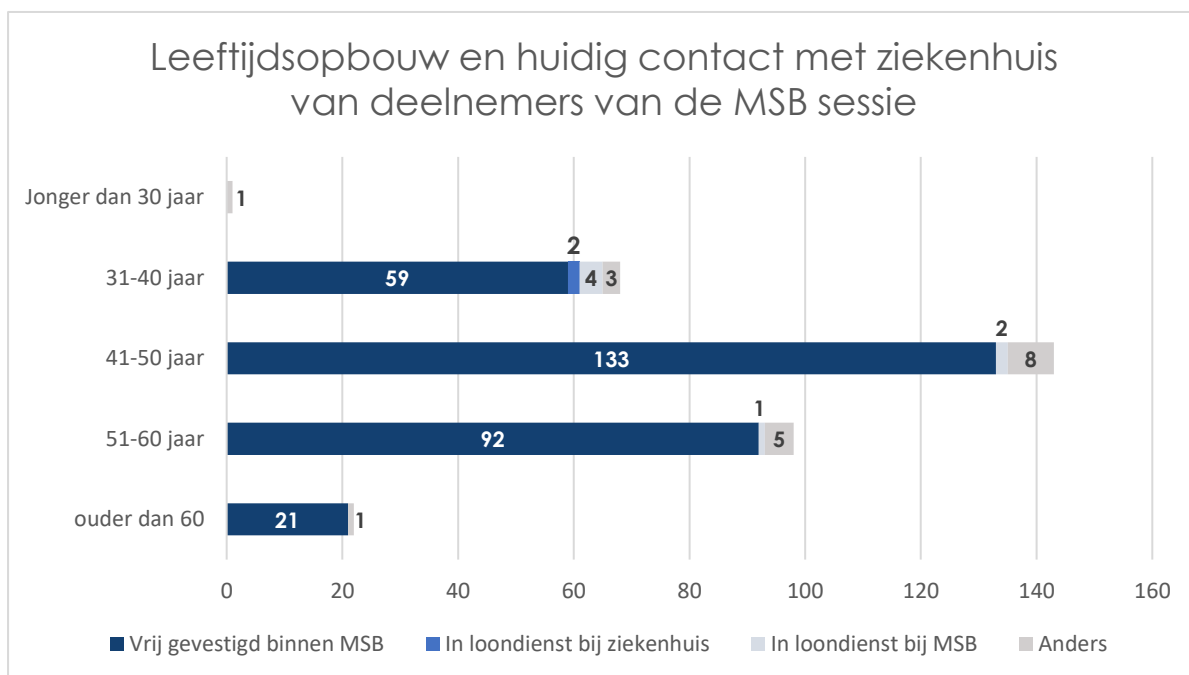
## Achtergrondkenmerken van de deelnemers in de sessies

### Sessie met ziekenhuisdirecties:

In de eerste sessie met ziekenhuisdirecties hadden 56 directeuren zich van tevoren aangemeld. Er deden uiteindelijk 33 directeuren mee in de Synthetron, Er waren 13 directeuren die door de interne veiligheidsprocedures niet mee konden doen.

### Sessie met MSB's:

Aan de tweede sessie met medisch specialisten namen er 262 medisch specialisten (van de 538 aanmeldingen) deel aan de online dialogen. Vooraf is gevraagd naar hun contract (voornamelijk vrijgevestigde specialisten) en de leeftijd was vooral 40 plus.



## Activiteit en overeenstemming tijdens de sessies

De activiteit van de individuele deelnemers wisselde nogal per sessie. De eerste sessie was met 12 berichten per uur vrijwel gemiddeld. De activiteit bij de medisch specialisten was beduidend lager. In beide sessies werd veel minder op elkaar gereageerd dan in vergelijkbare sessies, Medisch specialisten reageren heel weinig op elkaar (8% van de opmerkingen was een reacties op wat andere deelnemers schrijven, elders is dat gemiddeld 19%).

De overeenstemming in de dialoog is heel verschillend in vergelijking met de benchmark:

- o Het percentage synthetrons (berichten met hoge consensus) is in de eerste sessie hoger dan gemiddeld, in de tweede flink hoger; men is het dus vaak (zeer) met elkaar eens.
- o Het aantal berichten met bipolair stemgedrag (zowel geheel eens als geheel oneens) verschilt. In de eerste sessie is men blijkbaar nogal uitgesproken: of men is het eens, of het is bipolair. De medisch specialisten verschillen niet veel van mening, dat blijkt al uit het percentage synthetrons.
- o Deze combinatie van consensus en diversiteit (bipotrons) in de antwoorden duidt erop dat in beide sessie de deelnemers erg uitgesproken zijn in hun mening.

	Sessie 29 augustus directies	Sessie september MSB's	<sup>4</sup> Synthetron benchmark
<b>Aantal actieve deelnemers</b>	33	262	
<b>Totaal aantal berichten verstuurd</b>	406	1562	
<b>Berichten per persoon</b>	12	6	14
<b>Aantal reacties op berichten</b>	49	120	
<b>Reactie percentage</b>	12%	8%	19%
<b>Totaal aantal Synthetrons</b>	89	773	
<b>Synthetron percentage</b>	22%	49%	16%
<b>Totaal aantal Bipotrons</b>	116	221	
<b>Bipotron percentage</b>	26%	14%	20%



# I Rapport van sessie met ziekenhuisdirecties

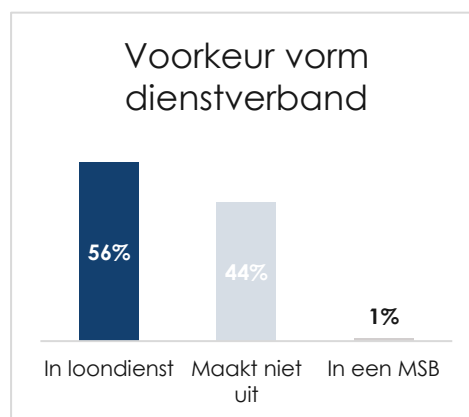
## 1. Vorm dienstverband

In de eerste vraag is getoetst welke vorm van dienstverband het beste past bij de transitie naar passende zorg volgens ziekenhuisdirecties. Er zijn drie keuzes voorgelegd.

### Loondienst

We zien dat meer dan 56% van de ziekenhuis bestuurders vindt dat het in loondienst nemen van personeel de meest geschikte vorm is. Voordelen die genoemd worden zijn de fiscale eenvoud en de uniformiteit over ziekenhuizen heen. Dit zou de bestuurbaarheid van ziekenhuizen bevorderden:

- *Fiscaal maakt loondienst een stuk eenvoudiger;*
- *Voordeel van dienstverband is uniformiteit over alle ziekenhuizen heen, ook in de UMC's werkt dit goed.*



### Dienstverband niet bepalend

Een ander deel van de respondenten geeft aan geen duidelijke voorkeur te hebben zolang het beleid dat gevoerd wordt maar goed is. Congruentie in afspraken en gelijkgerichtheid worden belangrijker gevonden dan de vorm van het dienstverband:

- *Maakt niet uit; het gaat om de gelijkgerichtheid op visie, beleid en strategie;*
- *Congruentie in afspraken, extern en intern, zijn belangrijk. Vorm van rechtspersoon kan minder relevant zijn, mits aantal randvoorwaarden gecreëerd worden/ zijn.*

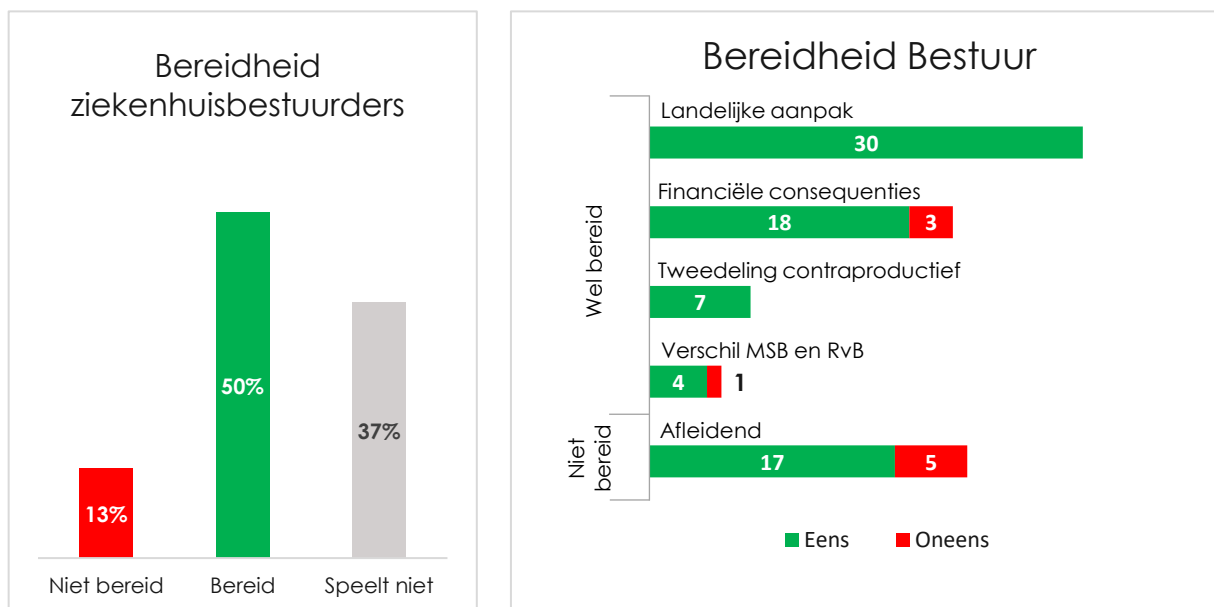
### Een MSB

Het Medisch Specialistische Bedrijf (MSB) wordt duidelijk niet als de meest relevante vorm gekozen. Echter, het MSB wordt niet uitgesloten. Zoals in de vorige alinea is beschreven kan het MSB, volgens een deel van de respondenten, ook functioneren binnen het thema passende zorg, mits er goede afspraken gemaakt worden over het te voeren beleid. Daarnaast wordt er benoemd dat de financiële prikkel die gepaard gaat met het MSB, waarvan vaak de negatieve kant benadrukt wordt, ook juist bevorderend kan zijn voor de zorg:

- *Ook een financiële prikkel kan behulpzaam zijn bij het realiseren van passende zorg.*

## 2. Bereidheid overgang naar loondienst

In de tweede vraag kijken we naar de bereidheid van ziekenhuisbestuurders om medisch specialisten collectief in loondienst te nemen. Op het eerste gezicht is er veel bereidheid om de transitie te maken, 50% geeft aan bereid te zijn en slechts 13% geeft aan helemaal niet bereid te zijn. Bij ruim een derde speelt het vraagstuk niet.



### Wel bereid

De respondenten die aangeven bereid te zijn tot het maken van een transitie geven wel aan bepaalde randvoorwaarden te hebben, deze worden hieronder stuk voor stuk toegelicht toe:

#### Landelijke aanpak

De meest genoemde randvoorwaarde is dat er een landelijke aanpak komt voor de kwestie:

- Een landelijke aanpak is een absolute vereiste;
- Landelijke richting is een vereiste om te komen tot een volgende stap;
- Wel bereid tot volgen indien sprake is van landelijke regie. Momenteel geen onderwerp van gesprek RvB/MSB.

#### Mits compensatie voor financiële consequenties

Daarnaast worden financiële punten door ziekenhuisbestuurders genoemd als voorwaarde. Er moet met name een oplossing komen voor de goodwill die artsen hebben betaald:

- Zeer bereid om zo een vestigingsvorm te bereiken, waarbij wel de financiële consequenties worden gecompenseerd. Want dat gaat gedoe opleveren;
- Bereidheid zeker aanwezig, vraagstuk is natuurlijk wel dat het goodwill probleem opgelost moet worden.

#### Tweedeling contraproductief

Daarnaast wordt aangegeven dat de splitsing die in de huidige situatie ontstaat tussen medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten in het MSB de productiviteit van ziekenhuizen benadeeld.

## Vershil MSB en RvB

Ook wordt aangegeven dat de verwachting is dat er wel bereidheid is vanuit de raad van bestuur maar niet vanuit de medisch specialisten zelf.

- *Bereidheid vanuit RvB is er, geen wens vanuit vrijgevestigd medisch specialisten.*

## Niet bereid

De 13% van de respondent die aangeeft niet bereid te zijn tot een transitie geeft hierbij aan dat het in loondienst nemen te afleidend is.

### Afleidend

Het collectief in loondienst nemen van medisch specialisten zal veel aandacht opeisen wat ten koste gaat van wat er echt moet gebeuren:

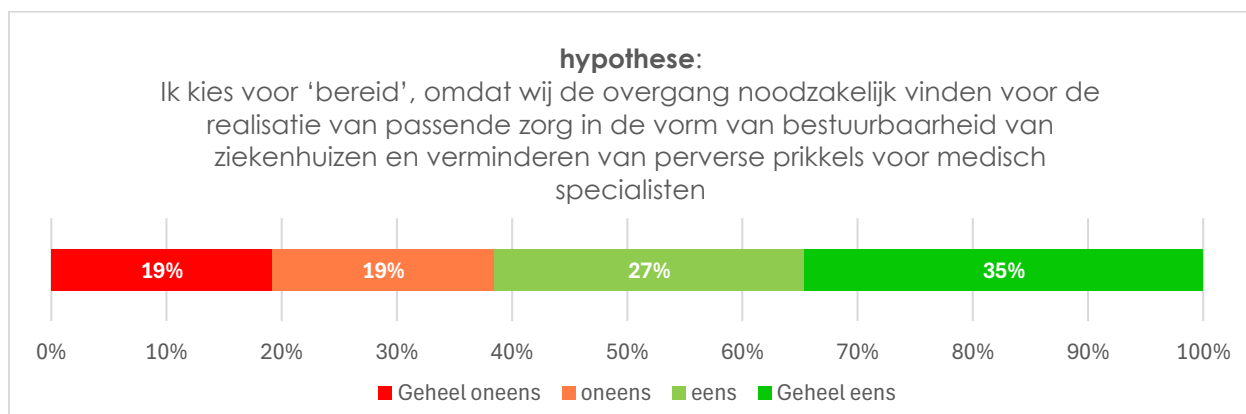
- *Alle specialisten in loondienst "moeten" nemen zal tot een hoop bestuurlijke drukte leiden die erg gaat afleiden van de belangrijke transformatie die de samenleving van ons vraagt;*
- *Zou nu extreem veel gedoe opleveren, dus niet helpend;*
- *Op korte termijn lost het niets op (wel gedoe). Op langere termijn wel; dan heb je een systeem staan dat de bestuurbaarheid verbeterd;*
- *De vraag is welk probleem loondienst oplost. Loondienst zal veel frustratie bij de medisch specialisten oproepen, niets toevoegen aan de kwaliteit van zorg;*
- *Zal veel negatieve energie vragen en we zullen meer dokters nodig hebben.*

## Getoetste hypothese

Daarnaast is er een hypothese getoetst. Deze hypothese hebben alle respondenten te zien gekregen en luidt als volgt:

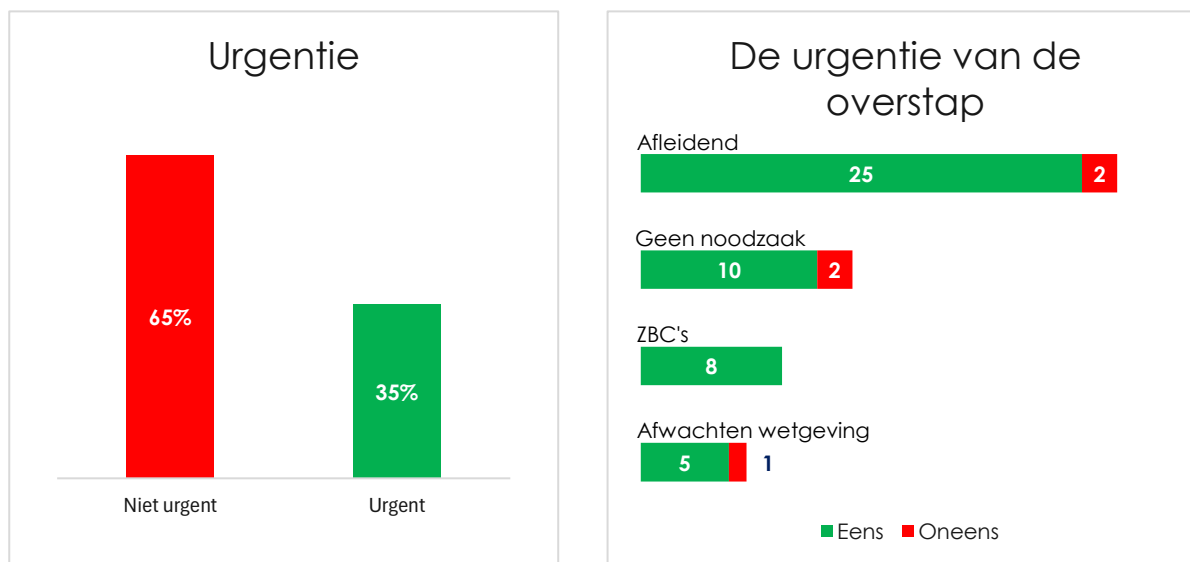
“Ik kies voor ‘bereid’, omdat wij de overgang noodzakelijk vinden voor de realisatie van passende zorg in de vorm van bestuurbaarheid van ziekenhuizen en verminderen van perverse prikkels voor medisch specialisten”

Deze stelling wordt door een kleine meerderheid onderschreven.



### 3. Gevoelde urgentie van de transitie

De derde vraag gaat over de urgentie van het thema. Hoe belangrijk is het om deze transitie te maken? Uit de poll blijkt dat weinig ziekenhuisbestuurders dit een urgent thema vinden. Daarnaast valt het op dat er nauwelijks tot geen synthetrons zijn ontstaan die de urgentie van dit vraagstuk onderbouwen of überhaupt oproepen artsen in loondienst te nemen.



#### Geen urgentie

Het overgrote deel van de synthetrons die zijn ontstaan geven aan de transitie niet urgent te vinden. Respondenten vinden dat de lasten niet opwegen tegen de eventuele positieve kant van de transitie.

##### Afliegend

Het argument dat ook hier weer wordt gegeven, overeenkomstig met de vorige vraag, is dat het afleidt van andere thema's die meer tijd en inzet vereisen ofwel belangrijker zijn:

- *Dit thema zal direct zeer veel aandacht opeisen in het ziekenhuis. Dit gaat ten koste van de aandacht voor de echte opgave die we in de samenleving hebben;*
- *Een dergelijke overstap gaat gepaard met veel gedoe op korte termijn. De effecten zijn er vooral voor langere termijn. Dat maakt het niet tot een urgent dossier;*
- *Niet urgent. Het gedoe rechtvaardigt niet de opbrengst. Wellicht wel als sterfhuismodel.*

##### Afwachten wetgeving

Ook geeft een groot deel van de ziekenhuisbestuurders reactief om te gaan met een verandering en zelf geen initiatief te willen nemen. Men wacht eventuele wetgeving vanuit de politiek af en focust zich nu liever op andere thema's.

- *Zolang het niet wordt afgedwongen ga ik hier als bestuurder niet de strijd over voeren. Wel vragen we ze op bijdragen aan passende zorg.*

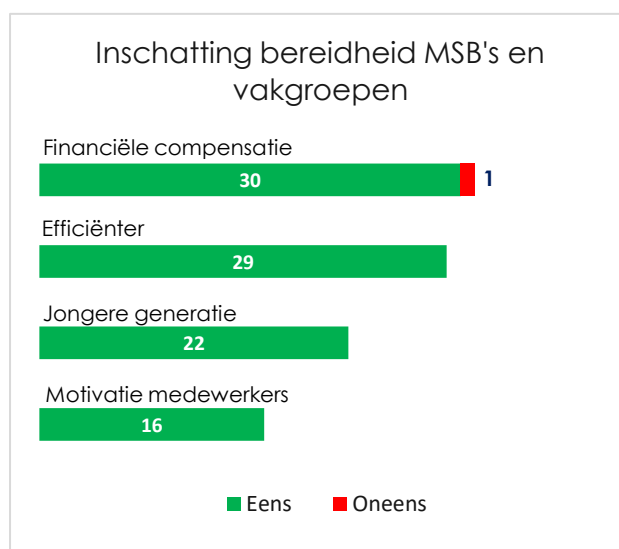
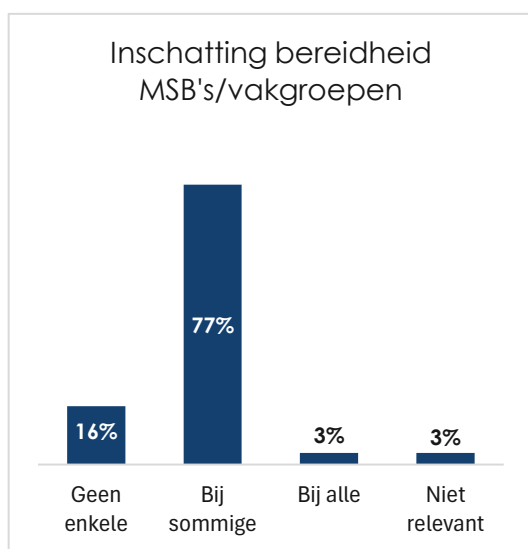
### ZBC's

Daarnaast uiten bestuurders hun zorgen over het zelfstandige behandelcentra. Dit zou een vluchtroute kunnen worden voor medisch specialisten om toch niet in loondienst te hoeven werken:

- *Vraag is wat dit betekent voor ZBCs?*
- *Als daar wel vrijgevestigd gewerkt kan worden, wordt dat een nog grotere vluchtroute die contraproductief werkt voor de Nederlandse zorg in totaal.*

## 4. Verwachting bereidheid MSB/Vakgroep

In de vierde vraag is getoetst hoe ziekenhuisbestuurders inschatten hoe dit vraagstuk leeft bij de medisch specialistische bedrijven en vakgroepen. In hoeverre denken bestuurders dat medisch specialisten bereid zijn een transitie naar loondienst te maken? In de grafieken is af te lezen dat bestuurders verwachten dat niet alle MSB's bereid zijn een transitie te maken. Er worden hierbij verschillende argumenten genoemd. Deze worden hieronder verder toegelicht.



### Financiële compensatie

De reden die voornamelijk genoemd wordt heeft betrekking tot de financiën. Bestuurders geven aan dat artsen verwachten dat zij minder gaan verdienen wanneer zij in loondienst gaan. Er is echter geen duidelijkheid over of dit daadwerkelijk het geval is. Daarom komen ziekenhuisbestuurders met de oproep hier meer openheid over te bieden.

- De AMS is nu niet toereikend in vergelijking met een vrijgevestigd inkomen;
- Wel bereid als er goede vergelijkende arbeidsvoorwaarden zijn en die ook transparant/bekend zijn -> het gedachte financiële voordeel zal dan wegvallen tegen de (toekomstige) onzekerheden/ risico's -> 'verleid-model';
- Geen want het gevoel heerst dat je als vrijgevestigde meer verdient. Transparantie over het verschil in inkomen ontbreekt echter;
- Dan verdien ik minder en heb minder zeggenschap;
- Een aantal vakgroepen zullen graag overstappen, bij juiste compensatie goodwill en behoud patiëntvrije dag;

### Efficiënter

Toch geven de deelnemers aan dat een transitie ook voor medisch specialisten zorgt voor minder administratieve lasten waardoor er meer ruimte komt voor goede zorg. Daarnaast worden de hybride situaties die zijn ontstaan benoemd. Deze hebben vaak negatieve gevolgen voor de productiviteit van ziekenhuizen:

- Wel bereid want: geen gedoe met accountants, fiscale adviseurs, ondernemerschap, onnodige avonden over verdelingen, inkoop en risico goodwill, gesprekken RvB, focus op

de patiënt, ruimte voor onderzoek en wetenschapscommissie, ruimte voor transformatie, ruimte om in te zetten in andere rollen in het ziekenhuis;

- Veel minder gedoe en kosten, minder onzekerheid, en compensatie voor diensten en andere ziekenhuis activiteiten;
- Hybride situaties binnen vakgroepen zijn zeer impopulair in huis, dus een collectieve aanpak is wel een voorwaarde.

## De jongere generatie

Waar veel consensus over is ontstaan is dat bestuurders verwachten dat er meer bereidheid is onder jongere medewerkers om een transitie naar loondienst te maken. De jongere generatie ervaart de vrije vestiging als veel gedoe en hebben daarom minder moeite met het in loondienst werken. Echter kunnen wij hier geen conclusies uit trekken aangezien er maar weinig jonge artsen hebben deelgenomen aan deze sessie:

- Bij de jonge dokters is er meer bereidheid maar over de gehele linie niet;
- #Wel, voor veel (jonge)dokters is vrije vestiging ook gedoe. Speelt minder een rol, gaan net zo lief in loondienst.

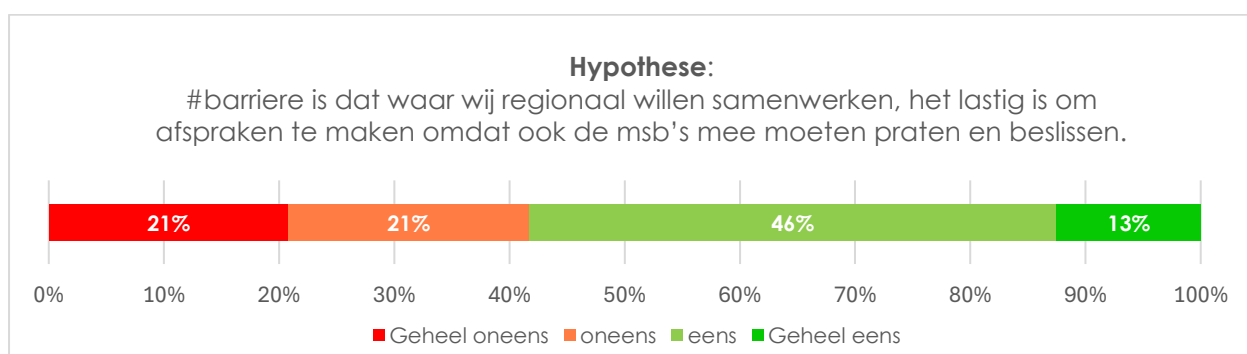
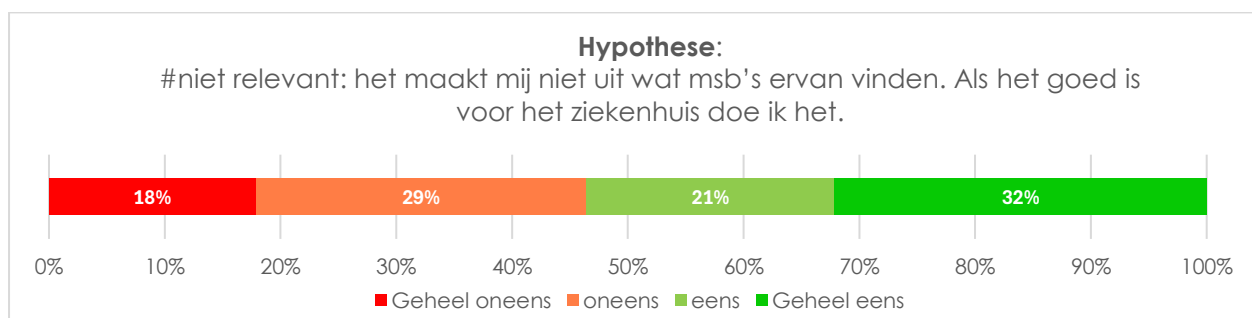
## Motivatie medewerkers

Ook zijn ziekenhuisbestuurders bang dat het verplichten van loondienst de motivatie onder medisch specialisten doet dalen:

- Een gemotiveerde medische staf is ook goed voor het ziekenhuis (en vice versa). Reactie op: #niet relevant: het maakt mij niet uit wat msb's ervan vinden. Als het goed is voor het ziekenhuis doe ik het.

## Getoetste hypothesen

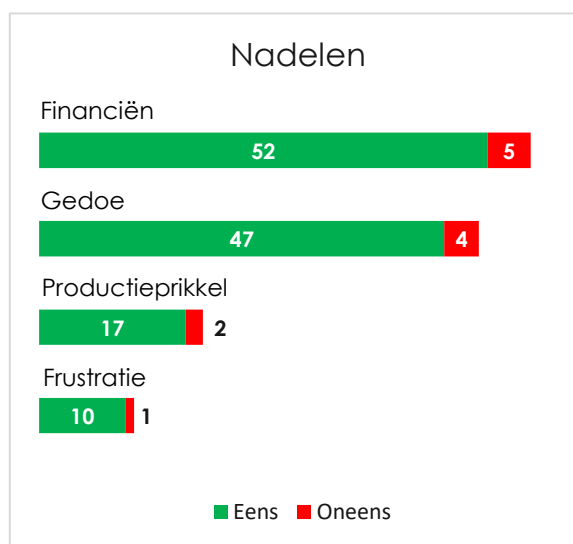
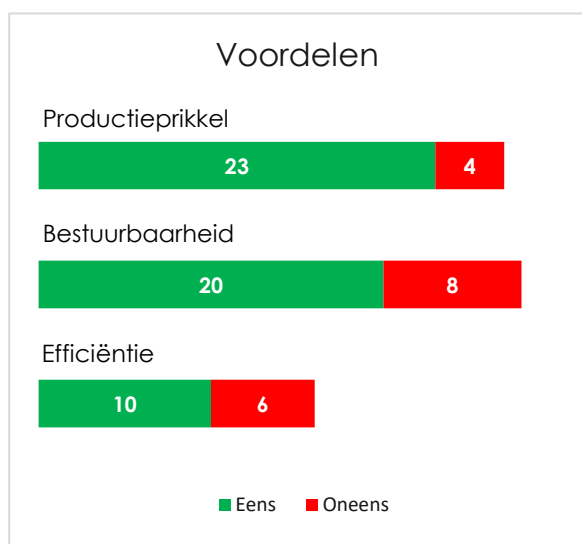
Er zijn twee hypothesen getest op de groep:





## 5. Voor- en nadelen van de overgang loondienst

In deze vraag behandelen we de voor- en nadelen van een eventuele overgang naar loondienst. De voornaamste voordelen die genoemd worden door ziekenhuisbestuurders zijn het wegnemen van de productieprikkel en een verbetering in de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. De nadelen die met name genoemd worden zijn de financiële compensatie die geleverd moet worden en het gedoe dat bij een transitie naar loondienst komt kijken.



### Voordelen

#### Productieprikkel

Het wegnemen van de productieprikkel wordt als een van de belangrijkste voordelen ervaren. Zonder volume prikkel zou een arts doen wat echt nodig is in plaats van patiënten behandelen met een eventueel verkeerd motief. Daarnaast is op deze manier een beter gesprek met zorgverzekeraars mogelijk.

Mocht het wegvallen van de productieprikkel leiden tot een daling van de efficiëntie van artsen kan dit worden opgevangen met andere incentives.

- Voordeel: volumeprikkel gaat uit het systeem
- Het loslaten van de relatie tussen omzet en honorarium waardoor de productieprikkel uit het zorgsysteem verdwijnt. De afweging moet niet zijn de hoogte van de DBC en daaraan gekoppeld het honorarium maar datgene wat de patiënt nodig heeft op de juiste plaats (1e of 2e lijn). Daaraan zitten ook weer grote risico's aan de omzetkant van ziekenhuizen dus wellicht moet er dan ook gekeken worden naar de wijze waarop ziekenhuizen bekostigd worden.
- Verlies productieprikkel bij vrijgevestigd - zou je op kunnen vangen met een incentive (niet voor productie maar bv voor passende zorg) in CAO/AMS afspraken;
- Voordeel: beter gesprek met verzekeraars mogelijk over afschaffen productieprikkel in de contractering.

#### Bestuurbaarheid & Efficiëntie

De andere twee voordelen die benoemd worden zijn de bestuurbaarheid en efficiëntie. Doordat artsen in loondienst werken kan er beter gestuurd worden en hoeft dit niet in samenwerking met

het MSB. Daarnaast zorgt het wegvallen van de maatschap voor minder interne administratieve lasten en maakt het multidisciplinair samenwerken gemakkelijker.

- *Voordeel: meer eenheid van sturing mogelijk;*
- *Voordeel: echt inhoudelijke afstemming;*
- *Grootste voordeel is multidisciplinaire samenwerking waarin de financiële prikkel geheel ontbreekt;*
- *Voordeel: Minder interne slack en verlies van energie.*

## Nadelen

### Financiën

Het grootste nadeel volgens de respondenten is de financiële kant van de transitie. Het uitkopen en compenseren van artsen gaat veel geld kosten:

- *Nadeel: financieel risico in compensatie goodwill;*
- *De barrières oplossen wordt een erg kostbare zaak!*
- *Als "gezond roosteren" de norm wordt voor alle specialisten wordt het onbetaalbaar.*

### Gedoe

Daarnaast verwacht men dat een transitie naar loondienst veel administratieve lasten met zich mee zal brengen, wat afleidt van de dagelijkse werkzaamheden. Ook verwacht een deel van de respondenten dat het gedwongen afnemen van de autonomie van medisch specialisten zal leiden tot rechtszaken.

- *Nadeel tijdelijk gedoe dat de aandacht afleidt;*
- *#Nadeel - gedoe omdat medisch specialisten vinden dat er iets van hen wordt afgenomen, rechtszaken etc.;*
- *Nadeel bestuurlijk gedoe;*
- *Barrière: administratieve berg werk, tijd die dan niet anders besteed wordt dan aan navelstaren.*

### Productieprikkel

Het verliezen van de productieprikkel wordt genoemd als voordeel van de transitie. Echter, wordt het verliezen van de productieprikkel door sommige ook juist gezien als een verlies. Op momenten dat de prikkel nodig is kan deze gemist worden. Daarnaast verwacht een deel van de respondenten dat tijd het nieuwe ruilmiddel wordt.

- *Nadeel de productieprikkel mist op die momenten dat je het als ziekenhuis nodig hebt;*
- *Nadeel: tijd wordt het nieuwe ruilmiddel,*

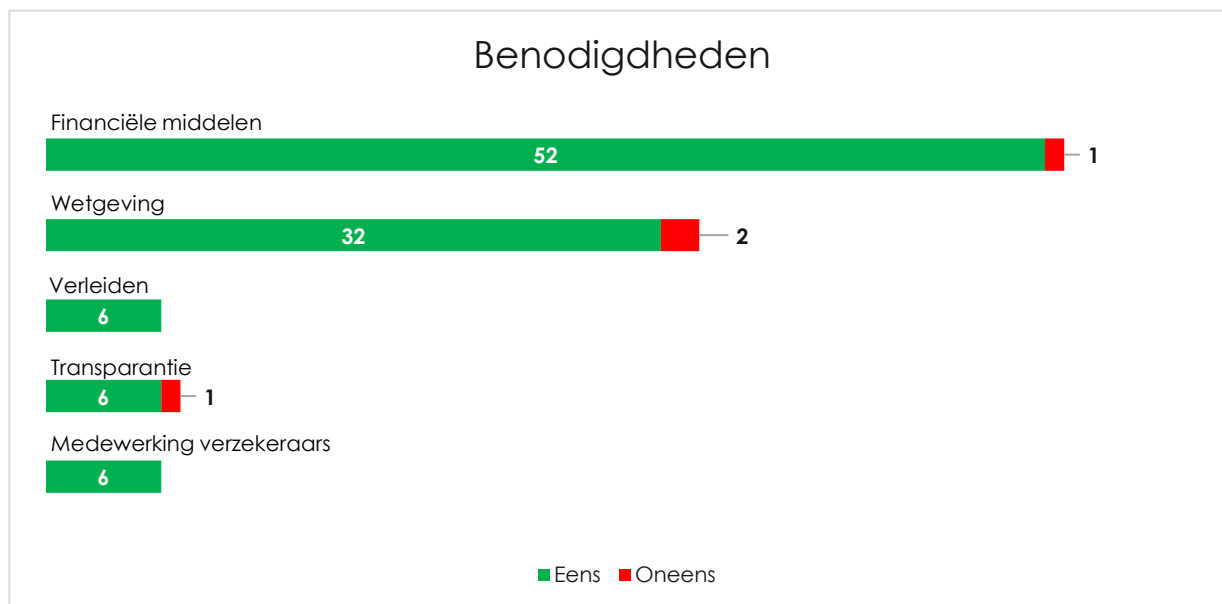
### Frustratie

Mocht er een transitie naar loondienst komen vreest een deel van participanten dat dit hand in hand gaat met veel weerstand en negativiteit. Iets wat het werkgeluk en de productiviteit van medisch specialisten in de weg kan komen te staan.

- *Nadeel: betrokkenheid en productiviteit gaan omlaag en proces van in loondienst gaan gepaard met veel negatieve energie;*
- *Nadeel: veel frustratie bij zittende medisch specialisten.*

## 6. Voorwaarden om de transitie te laten slagen

In de zesde vraag kijken we naar wat ziekenhuisbestuurders nodig denken te hebben om succesvol de transitie naar loondienst te maken. Financiële middelen en wetgeving zijn hierin het meest belangrijk.



### Financiële middelen

Waar ziekenhuisbestuurders duidelijk het meeste om vragen is een goede oplossing voor de financiële kant van de transitie. Een toereikende goodwill compensatie en het opvangen van frictiekosten worden benoemd:

- *Veel Geld!*
- *De 100.000 in 2015 was te weinig; en zelfs het inzetten van een verdubbelaar hielp niet;*
- *Overheid: frictiekosten opvangen (sneller beschikbaar dan de transformatiemiddelen);*
- *Nodig van #VWS is een toereikende goodwill compensatie en financiële middelen om de besturing in het ziekenhuis aan te passen.*

### Wetgeving

Daarbij is landelijke wetgeving ook een vereiste. Een collectieve aanpak wordt belangrijk gevonden:

- *Landelijke wetgeving en compensatieregeling;*
- *Wetgever/ministerie: collectieve aanpak;*
- *Wetgeving dat het moet;*
- *Landelijk beleid en oplossing voor goodwill vraagstuk;*
- *Besluit van VWS.*

### Verleiden

Als alternatief op het verplichten van loondienst wordt het verleid-model geopperd. In een verleid-model worden artsen niet gedwongen om in loondienst te werken maar wordt het werken in loondienst aantrekkelijker gemaakt, in de hoop dat artsen vrijwillig een overstap zullen maken.

De achterliggende gedachte hierbij is dat dit leidt tot minder negatieve energie en ontevredenheid:

- *'verleid' model is effectiever dan wettelijke dwang - daarmee minder gedoe en minder ontevredenheid.*

## Transparantie

Zoals eerder ook al is benoemd opperen ziekenhuisbestuurders om meer openheid te tonen over de inkomensverschillen tussen de in loondienst werkende artsen en de artsen binnen een MSB:

- *Je kan ook beginnen als VWS met transparantie te eisen op inkomens en de medisch specialisten onder de WNT te brengen.*

## Medewerking verzekeraars

- *# verzekeraars - als doel passende zorg is, zal ook o.b.v. passende zorg ingekocht moeten worden en zullen zij ook o.b.v. passende zorg gefinancierd moeten worden.*

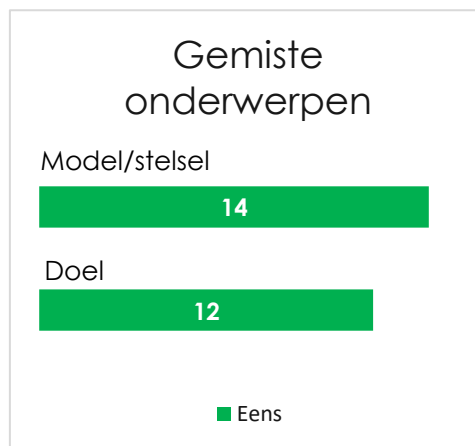
## 7. Gemiste onderwerpen

Het onderwerp dat het meest gemist is door de participanten is het zorgstelsel in haar totaliteit. Daarnaast misten respondenten het onderliggende doel van de eventuele transitie naar loondienst.

### Model/stelsel

Om passende zorg te realiseren is dat niet zo zeer een vraag die gaat over het soort dienstverband maar is het algehele stelsel belangrijker. Daarnaast rijst de vraag hoe om te gaan met zorgverzekeraars en de productieprikkel.

- *Nieuw stelsel is nodig om prikkels voor passende zorg goed te krijgen, staat los van medisch specialisten wel of niet in loondienst;*
- *Rol zorgverzekeraar en afstappen van PxQ bekostiging.*



### Onderliggend doel

Daarnaast wordt er opgeroepen om een concreter beeld te schetsen van wat er bereikt moet worden in plaats van een discussie te voeren over de vorm van het dienstverband.

- *Heb meer aandacht voor het doel wat je zou willen bereiken en kijk wat daarvoor nodig is, nu te veel een discussie van wel of niet in loondienst;*
- *Denk na over de relatie tussen ons Nederlandse zorgstelsel en het hogere doel: toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.*

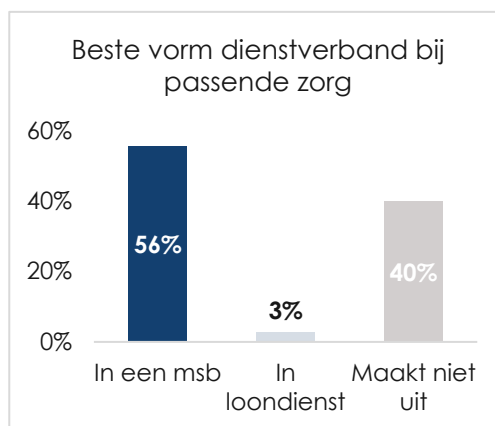
## **II Rapport van de sessie met medisch specialisten**

## 1. Vorm dienstverband

In de eerste vraag wordt getoetst welke vorm van dienstverband het beste past bij de transitie naar passende zorg. De aanname is dat dit binnen loondienst het geval is, maar hoe denken de medisch specialisten hier zelf over?

### MSB

Uit de poll blijkt dat een meerderheid van de respondenten meent dat het in vrij beroep lid zijn van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) het beste past bij de transitie naar passende zorg. Voordelen die worden genoemd zien onder meer op het feit dat men tevreden is over het functioneren van het MSB. Daarnaast wordt meermaals aangegeven dat zogenaamde perverse prikkels niet worden ervaren binnen het MSB en dat passende zorg volledige losstaat van de vorm van het dienstverband.



- *In mijn ervaring, werkend als maat in een MSB, is dit juist een vorm waarin goed gekeken wordt naar de kwaliteit van zorg, maar ook naar de efficiëntie ervan. Je bent je meer bewust van het proces omdat ik ervaar dat ik daar mede-eigenaar van ben;*
- *MSB's bewaken veel beter de passende zorg en waken over beschikbare budgetten. Perverse prikkels zijn er al lang niet meer; waar er prikkels zijn, bestaan deze net zo zeer voor de ziekenhuizen;*
- *Productieprikkels zijn het gevolg van het systeem wat de overheid heeft ingericht en niet de schuld van vrijgevestigd specialisten;*
- *De term perverse prikkel is inderdaad beledigend, medisch specialisten moeten van zich laten horen, het is bijzonder ongepast om in deze termen te spreken.*

### Dienstverband niet bepalend

Een ander significant gedeelte van de groep geeft aan geen duidelijke voorkeur te hebben voor de vorm van het dienstverband. Zij menen dat goede patiëntenzorg centraal zou moeten staan. Passende zorg wordt daarmee niet of nauwelijks beïnvloed door de vorm van het dienstverband.

- *Een MSB of loondienst maakt niet uit in deze. Er is reeds geen productieprikkel meer. Dit is ook afhankelijk van het model voor honorariumverdeling;*
- *Ik denk dat de transitie van zorg in principe los staat van het dienstverband (loondienst of vrijgevestigd). Ik denk met name dat dat gaat over welke afspraken je hierover maakt en hoe je dit verder met het ziekenhuis uitwerkt.*

### Loondienst

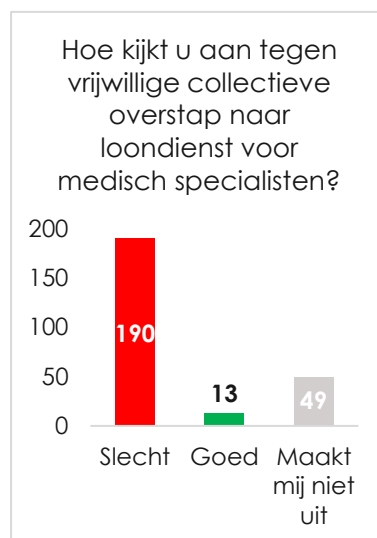
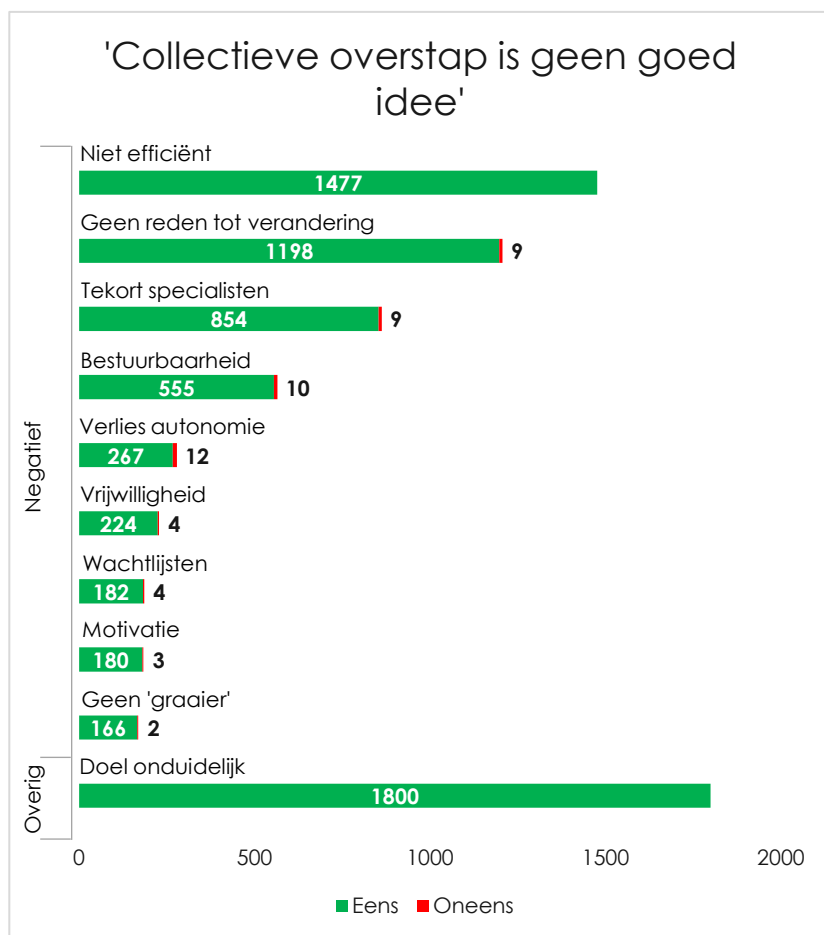
Een hele kleine groep respondenten (ong. 2,5%) geeft aan een voorkeur te hebben om in dienst te treden bij een ziekenhuis zelf. Zij geven aan dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis hierdoor kan worden bevorderd.

- *Ik kies voor 3 want beter bestuurbaar dan vakgroepen onder de vleugels van en MSB;*
- *Ik kies voor 3 zolang er duidelijke regels zijn over redelijkheid aantal uren en salaris.*



## 2. Vrijwillig collectieve overstap

Bij de tweede vraag kijken wij in hoeverre de deelnemende medisch specialisten positief staan tegenover een vrijwillige collectieve overstap naar loondienst.



### Tegenstanders collectieve overstap

Uit de poll volgt dat de overgrote meerderheid van de deelnemers negatief kijkt tegen een eventuele vrijwillige collectieve overstap naar loondienst. In de dialoog worden hier meerdere redenen voor gegeven. Deze redenen zijn naar mate van aflopende steun hieronder weergegeven.

#### Niet efficiënt

De meest gedeelde mening van de tegenstanders van een vrijwillig collectieve overstap van medisch specialisten ziet op het efficiëntie verlies dat gepaard gaat met deze maatregel. Zo geeft men aan dat een collectieve overstap met name kostenverhogend zal gaan werken.

- *Overstap naar loondienst lijkt me niet nodig. Ik begrijp niet welk probleem we daarmee eigenlijk zouden oplossen? De kosten zullen waarschijnlijk eerder stijgen dan dalen en goodwill moet worden afgekocht. Zorg wordt geleverd door richtlijnen en protocollen goed af te stemmen, daarbij maakt de werkwijze niet uit;*
- *Overstap naar loondienst zal leiden tot langere wachttijden, minder efficiënt;*
- *Ik zie geen enkel voordeel van loondienst: niet macro-economisch, niet qua patiëntenzorg en al helemaal niet qua efficiency. Het collectieve wantrouwen jegens artsen vanuit de politiek is beschamend.*

### *Geen reden tot verandering*

Een ander breed gedeelde mening is dat men geen reden ziet tot verandering. Veel respondenten zijn tevreden met de huidige vorm van werken. Indienstreding van het ziekenhuis is voor hen simpelweg onnodig.

- *Ik ben gewoon heel tevreden met mijn werk als maat in een MSB, ik ervaar grote betrokkenheid bij het ziekenhuis en de kwaliteit van zorg. Ik zie geen reden om dit te veranderen;*
- *Ik kies voor slecht. Ik heb op dit moment geen probleem en werk volgens de richtlijnen van mijn wetenschappelijke vereniging naar eer en geweten, zie loondienst niet als toegevoegde waarde.*

### *Tekort specialisten*

Als er een collectieve overstap van medisch specialisten wordt gerealiseerd zal een tekort aan specialisten ontstaan volgens de specialisten. Veel medisch specialisten werken meer dan 40 uur per week. Bij een collectieve indienstreding zal men minder gaan overwerken waardoor er nog grotere tekorten ontstaan.

- *Ik denk dat er serieus wordt onderschat hoeveel specialisten we dan tekort gaan komen. Reactie op: Bij overgang naar loondienst is er binnen een half jaar een onomkeerbaar tekort aan medisch specialisten;*
- *Ineens 30% meer specialisten nodig om de zorgproductie te handhaven (is onderzocht). Die dokters zijn er niet, worden niet opgeleid.*

### *Bestuurbaarheid niet beter*

Door een collectieve overstap van medisch specialisten zal een ziekenhuis niet bestuurbaarder worden. Het huidige systeem waar aandacht is voor gelijkgerichtheid en samenwerking over zorgprocessen met het ziekenhuisbestuur en een RvB werkt juist goed stelt men.

- *Het is een illusie te denken dat het dan bestuurbaarder zou worden;*
- *Slecht, in het MSB waar ik werk is veel aandacht voor gelijkgerichtheid waardoor er weinig bestuurlijke issues zijn waar het MSB remmend op werkt.*

### *Verlies autonomie*

Een belangrijke reden om tegen te zijn zit in het feit dat niet langer de medisch specialisten voor een groot gedeelte gaan over de indeling van 'hun' praktijk.

- *Verlies autonomie ook belangrijk argument om tegen te zijn;*
- *Verlies van autonomie is voor velen verlies van werkplezier.*

### *Vrijwilligheid betwijfeld*

Veel deelnemers struikelen over de 'vrijwilligheid' van een eventuele collectieve overstap. Zo worden er vraagtekens bij de 'vrijwilligheid' gezet, zeker wanneer een significant gedeelte van de deelnemers tegen een dergelijke overstap is.

- *Als het collectief moet, komt vrijwilligheid onder druk te staan;*
- *Vrijwillig is dat je kan kiezen. Je moet dus ook kunnen kiezen voor vrijgevestigd te blijven als dat voor jou als medisch specialist het beste werkt. Dwang werkt niet voor betere zorg.*

### *Wachtlijsten langer*

In overeenstemming met hetgeen geschreven staat onder het kopje 'tekort specialisten' zijn de berichten die geschreven worden over het ontstaan van lange wachtlijsten. Immers indien er een tekort aan medisch specialisten zal ontstaan, dan zullen noodzakelijkerwijs de wachtlijsten toenemen. Minder handen aan het bed staat gelijk aan een langere wachtlijst.

- *Verplichte overstap gaat zorgen voor een enorme toename van wachtlijsten aangezien er een tekort aan artsen zal ontstaan;*
- *Er zullen enorme wachtlijsten ontstaan. Collega in ziekenhuis dat enkele jaren geleden in loondienst is gegaan ziet slechts 40-45% van het aantal punten wat ik zie in zelfde tijd.*

### *Motivatie lager*

Iets dat opvalt in de sessie is het grote aantal berichten over het verschil in werkmentaliteit tussen vrijgevestigde medisch specialisten en hen die in loondienst werken.

- *Ik kom uit een specialisme waarin het merendeel in loondienst werkt, ik merk in gesprekken met hen minder betrokkenheid bij de ziekenhuisorganisatie - wel patiëntenzorg en de kwaliteit ervan, maar veel minder kostenbewustzijn en aandacht voor de organisatie;*
- *Ik merk dat bij ons in het ziekenhuis de specialisten in loondienst een andere mentaliteit hebben: vergaderen onder werktijd, geen 24 uren diensten meer draaien, geen wachtlijst wegwerken op vrije dagen. Op het moment dat we in loondienst zouden gaan verwacht ik grotere wachtlijsten en een infarct in de zorg.*

### *Framing: 'geen graaier'*

Tot slot zijn er tijdens de hele sessie, maar vooral bij de beantwoording van deze vraag, veel berichten verschenen waarin men ageert tegen het woordgebruik van VWS aangaande de collectieve indiensttreding. Sommige deelnemers hebben het gevoel dat zij worden neergezet als 'graaiers'.

- *Dat wij als vrijgevestigden worden gezien als grootverdieners en graaiers, wat echt niet terecht is. Zeker met alle cao-aanpassingen;*
- *En ik vind het schandig dat het woord "pervers" wordt gebruikt om de prikkel van de medisch specialist, die N.B. een eed/belofte heeft afgelegd, te beschrijven. Dat woord beschrijft iets weezinwekkends, bijv. laakbaar seksueel gedrag of zedendelinquentie. Het gebrek aan gêne of terughoudendheid waarmee dit woord wordt gebruikt, zegt veel over de mate van vertrouwen in de specialist (wiens handelen via vele wegen en wetten wordt omkaderd en gereguleerd).*

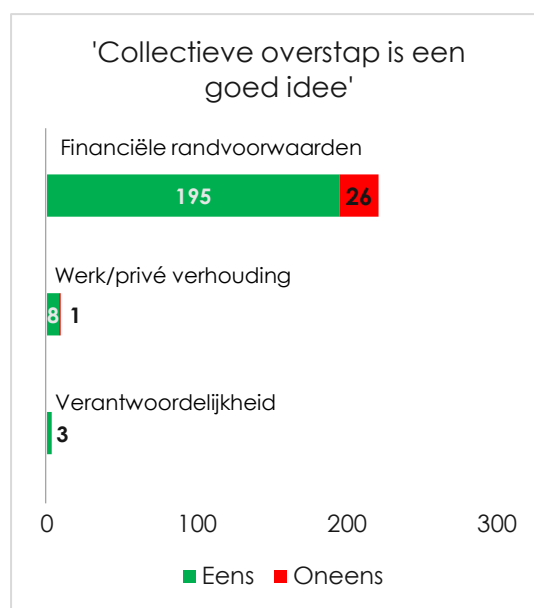
## Voorstanders collectieve overstap

Een kleine groep deelnemers staat minder negatief tegenover een eventuele collectieve overstap. Zij geven daar verschillende redenen voor. De meest gedeelde reden ziet op het verwezenlijken van een goede financiële randvoorwaarden voordat een eventuele overstap zal worden overwogen.

### *Mits financiële randvoorwaarden geregeld*

Als de financiële randvoorwaarden goed zijn geregeld zouden sommige deelnemers een overstap naar loondienst overwegen.

- *Moet de goodwill bij een vrijwillige overstap naar loondienst volledig worden gecompenseerd;*
- *Het hangt van de voorwaardes af, overname goodwill, pensioenregeling, disutiliteit etc.*



### *Werk/privé-verhouding beter*

Voordelen aan een overstap naar loondienst zien in mogelijk betere verhouding tussen werk en privé.

- *Voordeel zou kunnen zijn: CAO0-regelingen bijzonder verlof etc., extra taken onder werktijd en niet in de avond, meer Fte betekent minder vaak diensten;*
- *Voordelen van loondienst liggen voor mij als arts bij betere afbakening van werk/privé. Dit betekent wel een vermindering van inzetbaarheid (aantal uren pt-gebonden).*

### *Verantwoordelijkheid zorgvraag elders*

Een ander voordeel zou zijn dat de risico's van een stijgende zorgvraag en de verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken niet langer bij de medisch specialisten zelf liggen.

- Voordeel voor MS om naar loondienst te gaan is dat de risico's van stijgende zorgvraag bij ziekenhuizen/ verzekeraars komen te liggen en niet meer bij ons: de ziekenhuizen/ verzekeraars zijn dan verantwoordelijk voor aannemen van extra specialisten.

## Overig

Tot slot zijn er veel deelnemers die niet op de hoogte zijn van het te bewerkstelligen doel van collectieve indiensttreding. Hier is een aparte categorie voor aangemaakt omdat dergelijke berichten vaak negatief maar soms ook positief zijn ingestoken.

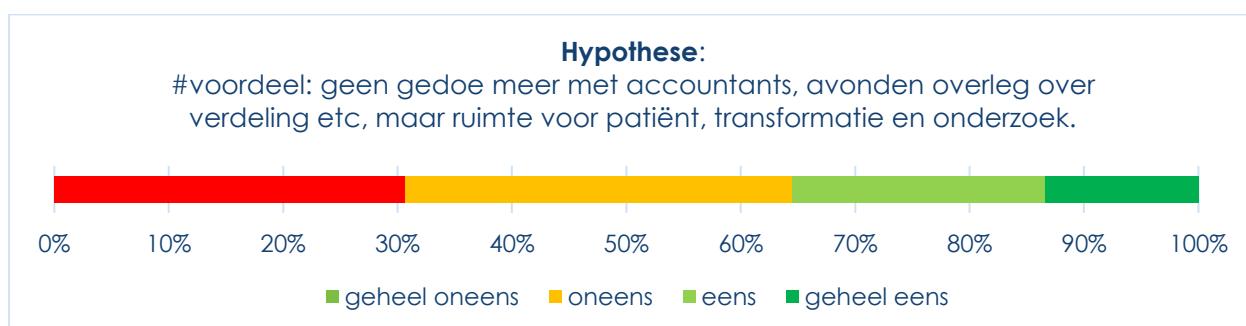
### Doel onduidelijk

Een significante groep deelnemers begrijpt het doel achter een collectieve vrijwillige indiensttreding niet.

- Ik snap niet zo goed waarom er overgestapt moet worden. En als je overstapt moet je uit je eigen bedrijf gekocht worden voor je gehele goodwill. Waarom zou de overheid een goed draaiend systeem willen veranderen?
- Welk probleem gaan we oplossen. De zorg kent uitdagingen genoeg;
- Welk probleem lost dit op? Kost alleen veel aan goodwill vergoeding;
- Overstap naar loondienst lijkt me niet nodig. Ik begrijp niet wel probleem we daarmee eigenlijk zouden oplossen? De kosten zullen waarschijnlijk eerder stijgen dan dalen en goodwill moet worden afgekocht. Zorg wordt geleverd door richtlijnen en protocollen goed af te stemmen, daarbij maakt de werkwijze niet uit.

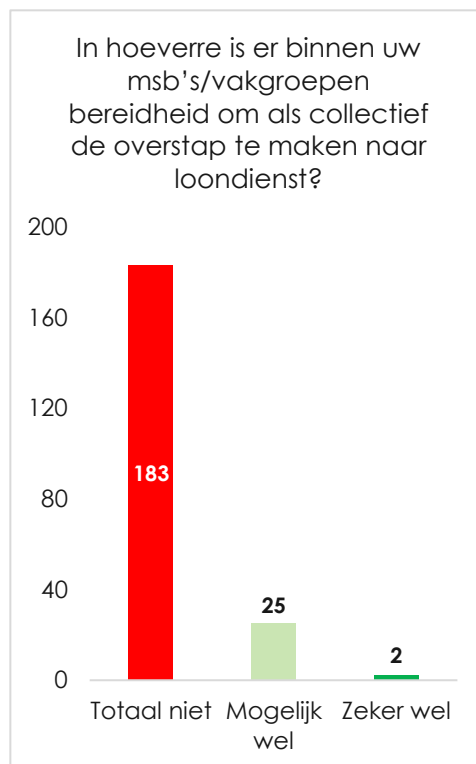
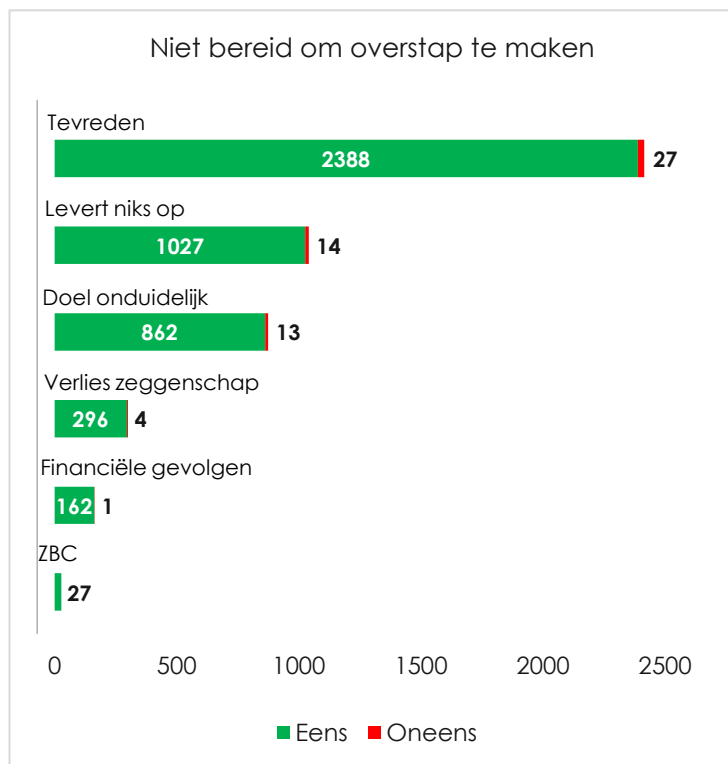
## Getoetste hypothesen

Bij deze vraag zijn twee hypothesen (zogenaamde 'supers') getoetst. Uit de uitslag hieronder kunnen we zien dat er weinig steun is voor beide uitspraken.



### 3. Bereidheid collectieve overstap

Bij de derde vraag wordt er gekeken naar de bereidheid van de beroepsgroep zelf om een overstap te maken van vrijgevestigde medisch specialist naar medisch specialist in loondienst van een ziekenhuis. Vanuit de poll die elke deelnemer heeft ingevuld volgt dat een overgrote meerderheid 'totaal niet' bereid is om over te stappen naar loondienst. Een minder grote groep is 'mogelijk wel' bereid om over te stappen.



#### Geen bereidheid

De grote groep deelnemers dat niet bereid is een overstap te overwegen geeft daarvoor verschillende redenen aan. Deze worden hieronder uitgewerkt.

##### Tevreden

Een grote groep deelnemers is tevreden met het huidig zorgmodel waarbij men zowel in loondienst als binnen een MSB kan werken voor een ziekenhuis. De huidige vorm waarbij een MSB samenwerkt met RVB's en ander bestuur van het ziekenhuis wordt als bijzonder prettig ervaren.

- Bij ons totaal, maar dan ook totaal, geen sprake van. Uitermate tevreden binnen het MSB en ook met het huidig verdeelmodel;

*Wij ervaren juist dat de vorm die we nu hebben (met een MSB en VMSD in een gezamenlijk bestuur, en beide strategisch betrokken bij het ziekenhuis) uitstekend werkt en dat problemen als wachttijden etc. juist goed worden opgelost. Dus er is geen bereidheid om dat te veranderen.*

##### Levert niks op

Een eventuele collectieve overstap naar loondienst levert niks op. Sterker nog een groot gedeelte van de deelnemers meent dat de eventuele voordelen niet opwegen tegen de nadelen.

- *Ik kies voor totaal niet, omdat het niks oplost, zorgt voor veel onrust, verlies van autonomie, werkplezier, en het levert niks op. De patiënt wordt er niet beter van, de samenleving wordt er niet beter van;*
- *Ik kies voor totaal niet want ze geen nut in grote systeemwijziging die hoe dan ook op korte termijn ten koste zal gaan van zorg a.g.v. onrust etc.*

### *Doel onduidelijk*

Voor veel respondenten is het probleem van vrijgevestigde medisch specialisten en het te bereiken doel met het in loondienst nemen van de medisch specialisten onduidelijk. Nut en noodzaak van de te nemen maatregel is niet bekend.

- *Ik kies voor totaal niet, aangezien nog steeds niet duidelijk is gemaakt wat nu echt de voordelen zijn;*
- *Ik kies voor 'totaal niet' omdat niet duidelijk is welk probleem het oplost, behalve de beeldvorming in de politiek.*

### *Verlies zeggenschap*

Door te werken binnen een MSB heeft de medisch specialist ook een bepaalde mate van zeggenschap op het zorgproces waardoor het een algemeen gevoel van autonomie verkrijgt. Hiervan af te stappen door in loondienst te gaan wordt niet als iets positiefs gezien.

- *Gevoel van verlies zeggenschap en verlies van goodwill;*
- *Ik kies voor 'niet'. De voorkeur binnen de vakgroep wordt vooral bepaald door de mate van invloed op het proces, waarvan we verwachten dat deze duidelijk verminderd wordt bij het in loondienst gaan.*

### *Financiële gevolgen*

De financiële onzekerheid die een eventuele collectieve overstap teweegbrengt zorgt ervoor dat men niet bereid is om een overstap te overwegen.

- *Op dit moment zeker niet, de financiële gevolgen t.a.v. goodwill bijv. zijn te onduidelijk;*
- *Zal investeringen niet terugkrijgen van overheid.*

### *ZBC*

Voor sommigen is het niet onlogisch om bij een (verplichte) collectieve overstap niet in loondienst te treden bij een ziekenhuis maar om een ZBC op te richten.

- *Misschien gaan bepaalde vakgroepen dan apart vrijgevestigd verder?*
- *Tijdens eerdere fusie van ziekenhuizen hebben vakgroepen een ZBC opgericht, dus levert in dat geval alleen verlies en verliezers op.*

## Wél bereidheid

Enkele respondenten hebben aangegeven wel bereid te zijn om een mogelijke overstap te maken. Het is hierbij belangrijk om op te merken dat dit in vergelijking tot de groep die niet bereid is over te stappen een kleine groep deelnemers bevat. Ook is op de berichten van deze groep deelnemers aanmerkelijk minder vaak gestemd. Dat is niet geheel onlogisch aangezien de groep die wel bereid is deze overstap te maken klein is.

### Financiële randvoorwaarden

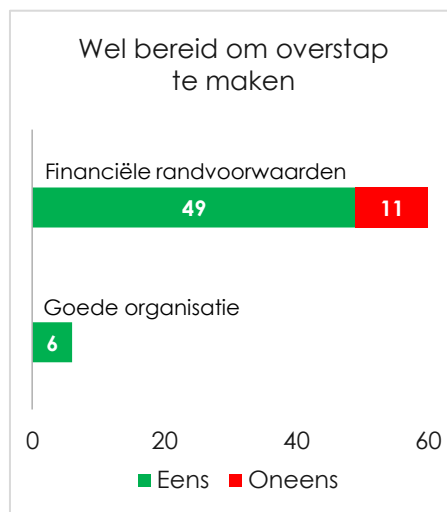
Voordat men overweegt om een overstap te maken is het belangrijk om duidelijkheid te verschaffen over de financiële randvoorwaarden. Goodwill zal moeten worden gecompenseerd.

- *Hangt helemaal af wat voor loondienst, wat zijn de voorwaarden? In tegenstelling tot vaak gemeld zijn Nederlandse specialisten niet de meestverdienende in Europa. In tegendeel. Kwaliteit van zorg is goed, kosten redelijk beheersbaar. Vergoeding specialisten redelijk. Als je het per uur uitrekent en de gestegen kosten van AOV en pensioen er afhaalt is het heel gemiddeld voor de studie en de inspanning. Loon naar werken lijkt me wenselijk;*
- *De eventuele bereidheid is natuurlijk volledig afhankelijk van hoe met de goodwill wordt omgegaan - daar wil niemand op verliezen.*

### Goede organisatie

Indien een eventuele overstap goed wordt georganiseerd dan zou een overstap overwogen worden.

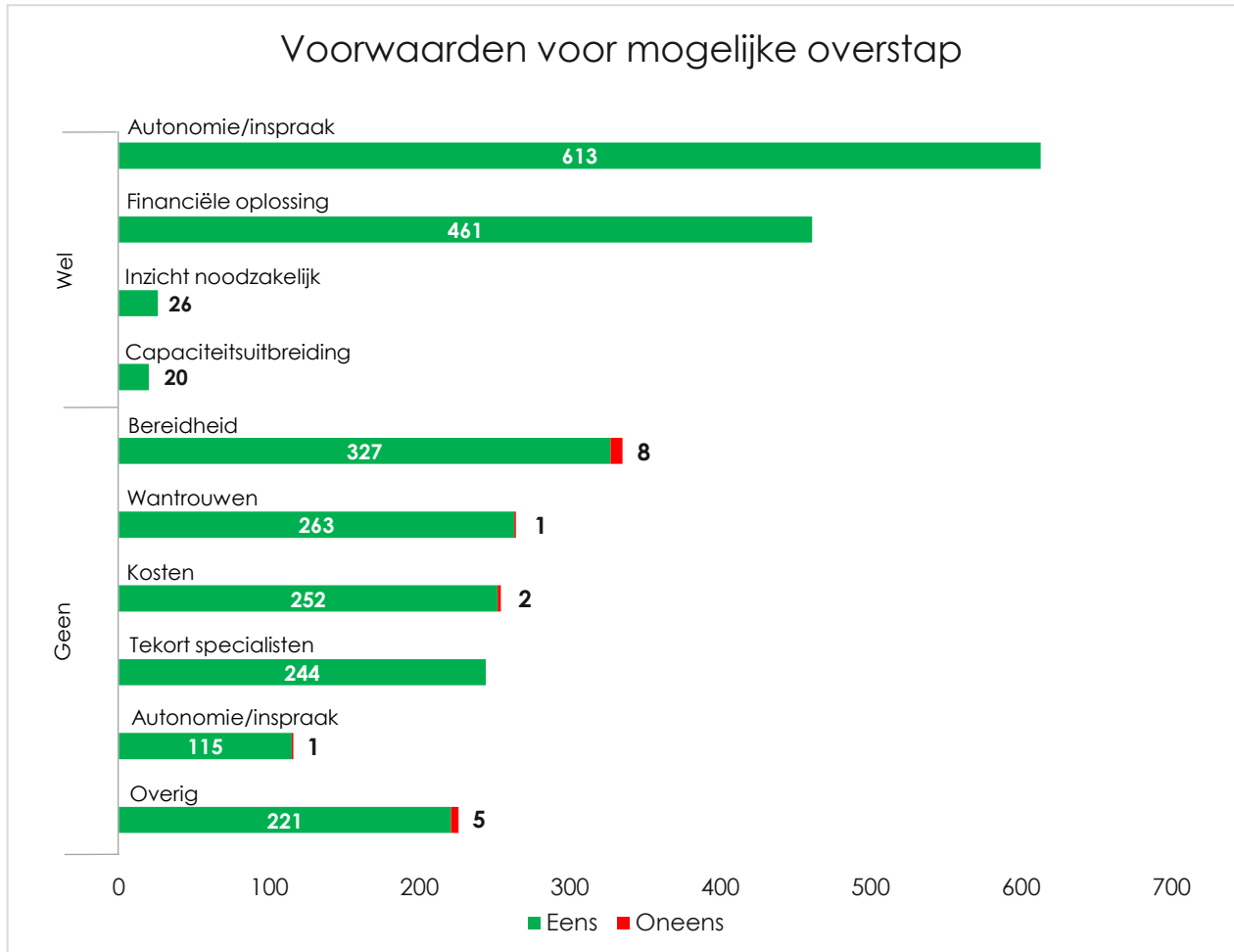
- *Mits goed georganiseerd (zoals bij ons met 1 MSB en een goede samenwerking met RvB).*





## 4. Voorwaarden voor eventuele overstap

De vierde vraag gaat weer een stapje verder, naar de voorwaarden die bij een eventuele overstap van zelfstandigheid naar loondienst worden gesteld. We zien weer een herhaling van eerdere argumenten.



### Voorwaarden voor een overstap

Een gedeelte van de deelnemers heeft een aantal voorwaarden genoemd voordat men een eventuele overstap zou willen maken naar indiensttreding bij het ziekenhuis. Deze voorwaarden worden hieronder uitgewerkt.

#### *Autonomie/inspraak houden*

Zoals eerder in de dialoog weergegeven is behoud van autonomie en inspraak in de ziekenhuisstructuur van belangrijke waarde voor medisch specialisten. Het is derhalve niet zonder reden dat dit als belangrijke voorwaarde voor indiensttreding wordt genoemd.

- *We willen ook de richting bepalen, niet alleen de klusjes doen;*
- *Volledig behoud van autonomie medisch specialisten in de ziekenhuisstructuur, gecombineerd met volledige financiële compensatie.*

### *Financiële oplossing*

Financiële tegemoetkoming is eveneens eerder de revue gepasseerd in dit rapport. Toch blijft het een belangrijke voorwaarde voor medisch specialisten.

- *Als we onder dwang in loondienst moeten, dan alleen onder de voorwaarde van een goede goodwill compensatie en pensioenregeling en haalbare afspraken over de productie (binnen cao-tijden);*
- *Hoewel ik geen enkel argument zie om over te gaan naar loondienst (ook niet vanuit bestuurbaarheid, betaalbaarheid of kwaliteit van zorg), zou mijn absolute voorwaarde voor overgang zijn volledige compensatie c.q. uitbetaling van goodwill én volledige aanvulling van gedeerde pensioenrechten (aangezien loondienststers meer pensioen opbouwen door het werkgeversdeel van de premie).*

### *Inzicht noodzakelijk in de redenen*

Inzichtelijk maken waarom een dergelijke collectieve indiensttreding nodig wordt geacht blijft belangrijk.

- *Indien duidelijk is waarom dit nodig is;*
- *Alleen als er bewijs is dat het beter is, dus bewijs dat NL er beter van wordt!*

### *Capaciteitsuitbreiding nodig*

Aangezien een collectieve stap naar loondienst kan leiden tot grootschalige tekorten van medisch specialisten is een voorwaarde voor het zetten van deze stap het garanderen van afdoende medisch specialisten in de zorg.

- *Er zal ondercapaciteit optreden omdat werkuren gereduceerd gaan worden in loondienstconstructie en er is nu tekort aan specialisten in sommige regio's van Nederland, dus zorgen voor veel meer specialisten;*
- *De zorgvraag neemt komende jaren toe, maar het aantal zorgverleners doet dat niet evenredig. Wanneer we in loondienst gaan, neemt de productiviteit af, de wachtlijsten toe en zal het zorginfarct waarschijnlijk sneller op ons afkomen. Er zijn -denk ik- weinig "voorwaarden" die opwegen tegen dit risico.*

## **Overstap zal ongeacht voorwaarden niet worden overwogen**

Ondanks alle mogelijkheid om voorwaarden aan te dragen voor een eventuele collectieve overstap naar loondienst, blijft een gedeelte van de deelnemers tegen een dergelijke stap. Daarvoor geven zij de volgende redenen.

### *Bereidheid*

Zoals bij vraag 3 uitgebreid is uitgewerkt is de bereidheid om collectief in dienst te treden bij een ziekenhuis laag. Er wordt überhaupt liever niet nagedacht over mogelijke voorwaarden.

- *#Barriere is de bereidheid van specialisten, die is er niet. Het is onbegrijpelijk dat op VWS niet ingezien wordt wat voor goede zorg het veld levert, tegen een (internationaal gezien) zeer goede prijs. De kostenstijgingen in de zorg zijn toe te schrijven aan ouderenzorg, dure medicijnen, niet de MSZ zorg die door MSB's geleverd wordt;*
- *Dan moet ik gaan fantaseren over niet reële opties. Want doe nu precies wat ik zou willen blijven doen.*

### Wantrouwen

Ook bij de beantwoording van deze vraag wordt stilgestaan bij het gevoel van wantrouwen van de politiek tegen de medisch specialisten. Dit gevoel van wantrouwen staat een eventuele discussie over collectieve indiensttreding in de weg.

- *We leveren in Nederland al jarenlang goede zorg voor iedereen tegen een acceptabele prijs, we verdienen wel wat vertrouwen van de overheid;*
- *Barrière is de huidige politieke houding van wantrouwen naar de vrijgevestigde medisch specialist die alleen zijn werk doet om te graaien, ik ervaar dit als een stuitende beeldvorming. En dat houdt me tegen om te veranderen of open te staan voor verandering.*

### Kosten hoog

De hoge kosten van het compenseren van de medisch specialisten is een populaire reden om aan te geven dat een collectieve indiensttreding niet positief uitwerkt voor het betaalbaar houden van de zorg.

- *Het geeft alleen maar ellende, kost heel veel geld, niemand wordt er beter van en zeker de patiënt niet;*
- *Barrière is dat het slecht is voor het invoeren en doorvoeren van passende zorg, slecht is voor het betaalbaar houden van de zorg en slecht is voor het bereikbaar houden van de zorg.*

Aan het einde van de dialoog is in een pop up gevraagd wat, als de specialisten een (globale) inschatting zouden maken, de kosten per medisch specialist zouden zijn om de overgang naar loondienst bij uw ziekenhuis te faciliteren. In Deel II (de xls files) worden alle antwoorden weergegeven. Het meest genoemd is € 300.000 per medisch specialist voor de goodwill (maar de variatie is groot). Als onderbouwing wordt aangegeven door een deelnemer: 'per 0.8 fte nu, wordt 1.0fte in loondienst circa 300.000,- voor goodwill. Daar komt vullen pensioengat, kosten om MSB te ontmantelen nog bovenop. Daar heb ik geen zicht op'.

### Tekort specialisten

Het tekort aan medisch specialisten dat zal ontstaan bij een collectieve overstap naar loondienst wordt als barrière gezien. Het risico dat patiënten de dupe zijn van de capaciteitsproblemen op de werkvloer is groot.

- *#Risico is te groot: direct capaciteitsproblemen;*
- *We werken zoveel uren - in loondienst zou dit gecompenseerd worden. Ik zie niet waar de artsen vandaan moeten komen.*

### *Autonomie/inspraak*

Ook hier wordt de autonomie en de inspraak die medisch specialisten hebben als iets belangrijks gezien. Sommigen willen hier ongeacht welke mogelijke voorwaarde simpelweg niet vanaf.

- *Onbespreekbaar. Autonomie onbetaalbaar;*
- *Onder geen enkele voorwaarde! Het gaat mij niet om het geld, maar om de autonomie/zeggenschap/ondernemerschap. Is er hiervoor een ander model?*

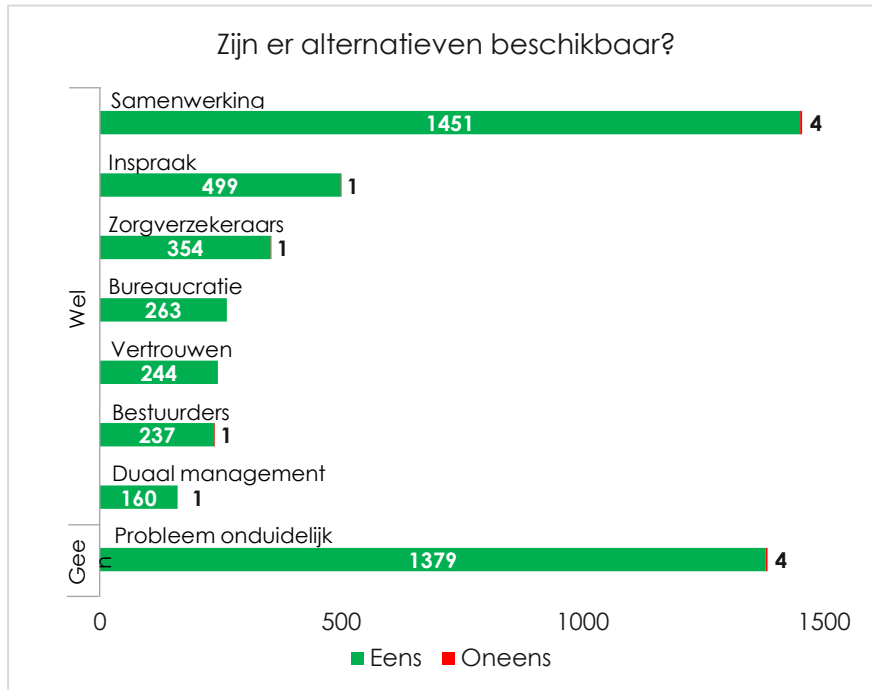
### *Overig*

Andere redenen waarom men een eventuele vrijwillig collectieve overstap naar loondienst niet overweegt zien onder meer op de onduidelijkheid van het doel van de maatregel, een vrees voor bestuurders zonder gedegen kennis van medische zaken en een zorg voor nog langere wachtlijsten.

- *Barrière is dat niemand überhaupt begrijpt wat de meerwaarde voor de maatschappij is als iedereen in loondienst gaat;*
- *Barrière: bestuurders en managers zonder kennis van zaken, veel voorbeelden van negatieve effecten. Artsen zijn essentieel voor doelmatige zorg en gezond bestuur;*
- *Ik voel me verplicht tegenover mijn patiënten. NOG langere wachtlijsten kan echt niet;*
- *Ik zou zeggen ga evidence based werken. Doe een gedegen onderzoek en geen insinuerende vraag. Dikke kans dat ik mijn werkplezier verlies en stop met medisch specialist zijn. Het probleem wordt dan dus alleen maar groter dan kleiner in de zorg.*

## 5. Alternatieven voor bestuurbaarheid

De deelnemers hebben ook de mogelijkheid gekregen om te reflecteren op de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen.



Een gedeelte van de deelnemers geeft aan dat er geen alternatieven voor de verbetering van de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen is. Dit komt met name omdat het probleem bij de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen onduidelijk is. Ook zijn er verschillende alternatieven uitgewerkt. Die zien met name op de verbetering van de samenwerking, het garanderen van inspraak van medisch specialisten in het zorgproces en het verminderen van de bureaucratie in de zorg.

### Mogelijke alternatieven

Een groot gedeelte van de deelnemers geeft aan dat er verschillende maatregelen buiten het in loondienst nemen van medisch specialisten bestaan. Deze alternatieven worden hieronder uitgewerkt.

#### Samenwerking

Een goede samenwerking tussen het ziekenhuisbestuur, RvB's en medisch specialisten (al dan niet middels bestuur MSB) kan de bestuurbaarheid van een ziekenhuis verbeteren.

- *Goede samenwerking en afstemming tussen bestuur ziekenhuis en bestuur MSB's; ze staan voor dezelfde opdracht dus als het goed gaat met de een, gaat het goed met de ander;*
- *Realisatie dat optimale samenwerking en verantwoordelijkheid van bestuurders en medisch specialisten ons het meest kan brengen, samen eigenaarschap voelen, tonen en op afgerekend worden ondersteunt dat perfect.*

### *Inspraak*

De eerdergenoemde samenwerking vergt een reële vorm van inspraak in het beleid van het ziekenhuis ten aanzien van het zorgproces.

- *Meer inspraak en minder wantrouwen jegens medisch specialisten en een goed dualisme tussen bestuur/management en medisch specialisten;*
- *Versterken invloed van werkvloer (artsen, verpleegkundigen) en patiënten.*

### *Zorgverzekeraars*

De rol van zorgverzekeraars is een bijzonder grote rol die de (betaalbaarheid) van de zorg niet per sé ten goede komt. Ziekenhuizen zijn door de grote rol van de zorgverzekeraars vaak financieel slechter af.

- *Managementlagen in het ziekenhuis moeten drastisch worden teruggedrongen, zorgverzekeraars moeten worden gedwongen zich aan de regels te houden (hebben nu een bizarre positie, zonder daadwerkelijke concurrentie). Kosten worden altijd maar afgewenteld op de ziekenhuizen, die met moeite zwarte cijfers kunnen schrijven. Zorgverzekeraars moeten ziekenhuizen gaan helpen en succesvolle projecten uit het land breder implementeren. Dát helpt ziekenhuizen;*
- *Minder macht bij ziektekostenverzekeraars, meer gelijkwaardige onderhandelingen.*

### *Bureaucratie*

Het verminderen van de bureaucratie in de zorg is een maatregel die de bestuurbaarheid van het ziekenhuis drastisch kan verbeteren.

- *Stap 1 is het verminderen van alle bureaucratische rompslomp die ieder ziekenhuis ieder jaar opnieuw moet ophoesten. Voor kleinere ziekenhuizen een enorme kostenpost;*
- *Verminderen van bureaucratie.*

### *Vertrouwen*

Ook bij de beantwoording van deze vraag komt terug dat er een groot gevoel van wantrouwen wordt ervaren door de medisch specialisten.

- *Minder geïnstitutionaliseerd wantrouwen;*
- *Vertrouwen van politiek en zorgverzekeraar in het handelen van de medisch specialist. Nu te veel gedreven door wantrouwen.*

### *Bestuurders*

Er is ook een rol weggelegd voor de bestuurders van het ziekenhuis. De ziekenhuisbestuurders zitten vaak te kort op hun plek waardoor een visie voor de lange termijn minder goed kan worden uitgewerkt.

- *Langer zittende bestuurders (dus niet van het ene naar het andere ziekenhuis hopen) met een goede langetermijnvisie welke geborgd is in de medische staf;*
- *Meer medisch specialisten ook opleiden tot bestuurder.*

### *Duaal management*

Een mogelijkheid om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis te verbeteren is door alle lagen van het ziekenhuis duaal management te realiseren.

- *Duaal management: specialist medisch inhoudelijk en manager ernaast voor de overige zaken;*
- *Duaal management door gehele organisatie.*

### *Geen alternatieven*

Er is ook een groep deelnemers dat geen alternatieven heeft gedeeld in de sessie. Dit heeft een duidelijke reden: het probleem is onduidelijk.

### *Probleem onduidelijk*

Ook bij de beantwoording van deze vraag geven veel deelnemers aan dat zij geen problemen ervaren in de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Ook zijn zij niet op de hoogte van enige problemen in de bestuurbaarheid.

- *Het blijft onduidelijk of er een probleem is met bestuurbaarheid. Veel ziekenhuizen hebben al een goede samenwerking MSB/ RvB;*
- *Deze vraag gaat ervan uit dat er nu een probleem is. Die zien wij als MSB niet en onze RvB ook niet;*
- *Ziekenhuizen zijn toch prima bestuurbaar. En daar waar problemen zijn, ligt dat toch niet aan het vrijgevestigd zijn van medisch specialisten;*
- *De vraag gaat er van uit dat er een probleem is in de bestuurbaarheid. In mijn ziekenhuis (met 80% vrijgevestigde in een stafmaatschap in co-bestuur met 20% loondiensters) ervaart de RvB geen belemmering in de bestuurbaarheid.*

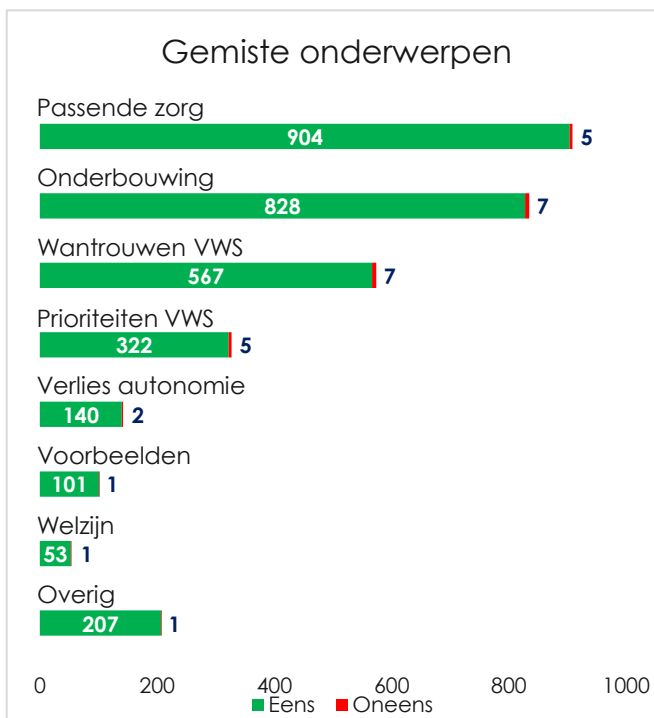
## 6. Gemiste onderwerpen

Aan het eind van de sessie hebben de respondenten de mogelijkheid gehad om onderwerpen te benoemen die nog niet zijn benoemd maar die wel relevant zijn. De volgende onderwerpen werden het vaakst gemist:

### Passende zorg

Het meest benoemde onderwerp ziet op het leveren van passende zorg. Velen zijn van mening dat het dienstverband van een medisch specialist weinig tot geen invloed heeft op het leveren van passende zorg.

- *Ik vind de link tussen loondienst en passende zorg verwerpelijk, alsof vrijgevestigde specialisten geen passende zorg leveren!*
- *Teleurgesteld dat alle vragen zijn gericht op een eventuele overgang naar loondienst. Had graag vragen gezien over de voordelen van vrijgevestigd voor bestuurbaarheid en passende zorg.*



### Onderbouwing

Veel respondenten menen dat een onderbouwing waarom de verandering naar loondienst nodig mist. Argumenten waarom een overstap naar loondienst gunstiger is voor de medisch specialist en voor het leveren van passende zorg is voor menig deelnemer van de sessie onbekend.

- *De waarom vraag heeft onvoldoende aandacht gekregen;*
- *Argumentatie van VWS met bewijs waarom verandering naar loondienst passende zorg beter zou maken.*

### Gevoel van wantrouwen vanuit VWS

Ook hier wordt aangegeven dat menig medisch specialist zich niet kan vinden in de woordkeuze van de vragen tijdens deze sessie. Breed gedeeld is een gevoel van wantrouwen vanuit zowel de politiek als vanuit VWS richting de vrijgevestigde medisch specialist. Dergelijk gevoelde wantrouwen wordt door velen betreurd.



- *Het wantrouwen van VWS in de vrijgevestigde medisch specialist maakt mij zeer verdrietig;*
- *Het voelt alsof de overheid medisch specialisten ziet als financieel gedreven egoïsten, die ingekort moeten worden. Terwijl we ons met hart en ziel inzetten voor de patiënt en er uren en uren voor werken, en niet zelden onszelf tekortdoen. Een beetje waardering zou fijner zijn.*

## Prioriteiten VWS

De overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst is een discussie dat al een tijd lang speelt. Volgens een groep deelnemers zouden de prioriteiten van VWS ergens anders moeten liggen. Dit komt omdat medisch specialisten niet bereid zijn om over te stappen naar loondienst. De focus van VWS zou op tal van andere zaken kunnen worden gericht. In de dataset worden verschillende voorbeelden gegeven waar VWS zich beter op zou kunnen prioriteren.

- *Volgens mij is de bestuurbaarheid geen probleem. Kan het VWS zich niet beter richten op belangrijkere zaken dan loondienst/vrijgevestigd discussie. Bijvoorbeeld een landelijk EPD, inzage in beeldvorming, AI implementeren, preventie om zorgvraag te reduceren (iedereen is heeft inmiddels obesitas);*
- *Discussie die al 25 jaar speelt en onnodig veel heeft gekost. Geld had beter in de zorg gestopt kunnen worden.*

## Verlies autonomie

Tijdens de sessie is niet genoeg stilgestaan bij de vraag in hoeverre het verlies van autonomie invloed kan hebben op het leveren van passende zorg en werkplezier van de medisch specialisten zelf.

- *Verlies van autonomie vermindert intrinsieke motivatie, en dat is de kruk waarop de zorg drijft;*
- *Laat dokters dokteren met vrije keuze, we willen ons focussen op passende zorg en gelijkgerichtheid.*

## Goede voorbeelden

Tijdens de sessie is er mogelijk te veel stilgestaan bij wat er minder goed is geregeld op bestuurlijk niveau. Er zijn echter verschillende voorbeelden waarbij de samenwerking tussen ziekenhuizen, RvB's en MSB's wel degelijk goed zijn.

- *Goede voorbeelden te over met gelijkgerichte RvB's, ziekenhuizen en (combi) MSB's. Helaas ook problemen in sommige huizen, maar loondienst lost dat niet op. En dat vinden bestuurders, zoals in mijn RvB en RvT ook;*
- *Kijk eens naar welke ziekenhuizen goed draaien met een goede relatie tussen MSB en lang zittende RvB en laat andere ziekenhuizen waarin dit minder loopt hiervan komen leren, i.p.v. te roepen dat het overal allemaal slecht is en dat de MSB's hiervan de schuldige zijn.*

## Focus op geld en niet op welzijn

In de discussie over een eventuele overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst is er veel aandacht voor het besparen van geld. Een gevoel dat bij de deelnemers blijft bestaan is dat er te weinig wordt geluisterd naar de medisch specialisten zelf. De aandacht voor het welzijn en het werkplezier van deze beroepsgroep wordt gemist.

- *Het gaat wel veel over geld in deze discussie, maar ik mis de aandacht naar het welzijn van de medisch specialist in de discussie;*
- *Ik denk dat door de politiek wordt onderschat wat het gebrek aan vertrouwen in ons als beroepsgroep voor invloed heeft op ons werkplezier.*

## Overig

Overige onderwerpen die de revue hebben gepasseerd bij de beantwoording van deze vraag gaan onder meer over de rol van zorgverzekeraars binnen het huidige zorgsysteem. Ook wordt aangegeven dat het vergoeden van 'third opinions' niet kosten drukkend werkt. Andere thema's zien op het verminderen van de administratieve lasten en de risico's die kleven aan een mogelijke collectieve overstap van medisch specialisten.

- *De zorgverzekeraar moet zich beraden op hoe zij inkopen bij ZBC's. Tegen hele hoge tarieven, waarbij complicaties en spoed in het ziekenhuis terecht komen. Door verplichte loondienst vergroot je de overgang naar ZBC's en krijgen we in de ziekenhuizen grotere problemen; tekorten en betaalbaarheid;*
- *Macht van ziektekostenverzekeraars;*
- *Als zorg passend is, stop dan met het vergoeden van operaties in het buitenland en third en fourth en fifth opinions te vergoeden. Laat patiënten zelf betalen voor deze zorg;*
- *Administratieve lasten voor medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in loondienst, moeten fors omlaag. Dit zou de situatie wellicht bestuurbaarder kunnen maken;*
- *Onvoldoende aandacht voor de risico's van een overgang naar loondienst.*

# Bijlagen

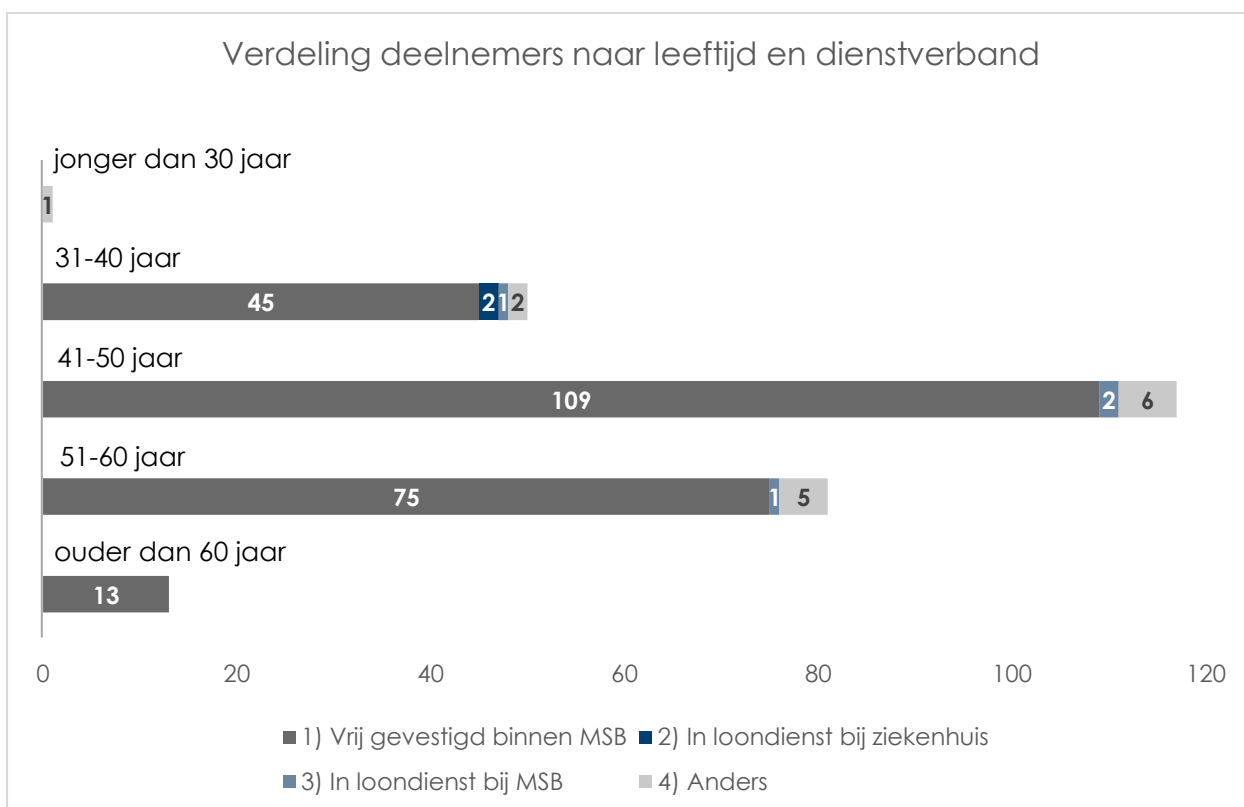
## Bijlage 1. Uitleg van de Synthetron methode

<b>Synthetrons</b>	Synthetrons zijn opmerkingen waar de groep het mee eens of oneens is. Dat ontstaat door stemmen in je eigen minigroep van 5 deelnemers. Als de meerderheid het dan eens is gaan de opmerkingen migreren. Steeds wordt bepaald of een mening verder mag migreren met de steun die dan ontstaat. Het resultaat is een lijst met Synthetrons die meer of minder draagvlak hebben.
<b>Bipotrons</b>	Bipotrons zijn berichten waarover men bipolair stemt. Zowel eens als oneens. Dat zijn nogal eens interessante ervaringen, want zij verdelen de groep en kunnen belangrijke discussiepunten zijn, die eerst opgelost moeten worden voordat je een onderwerp een stap verder kan brengen.
<b>Supers</b>	Supers of Super probers zijn berichten die ingebracht kunnen worden om de dialoog aan te wakkeren of om hypothesen te testen. Dat is in deze sessies een paar keer gedaan. Omdat ze een grote virtuele kracht hebben omdat ze meteen aan alle groepen worden aangeboden, worden ze buiten de clustering separaat weergegeven.
<b>Grafieken</b>	<p>In het rapport staan drie typen grafieken.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horizontale grafieken: Hierbij representeert het groene deel van de balk het aantal stemmen van deelnemers, dus de stemmers die het volledig eens zijn met uitspraken die gekoppeld zijn aan het cluster. De clustertitels zijn in aflopende mate van steun genoemd op de verticale as. Het rode deel van de balk geeft het aantal stemmen aan dat het volledig oneens is met de uitspraken.</li> <li>2. Verticale grafieken: Deze geven de relatieve verhouding van de scores op de pollvragen.</li> </ol>

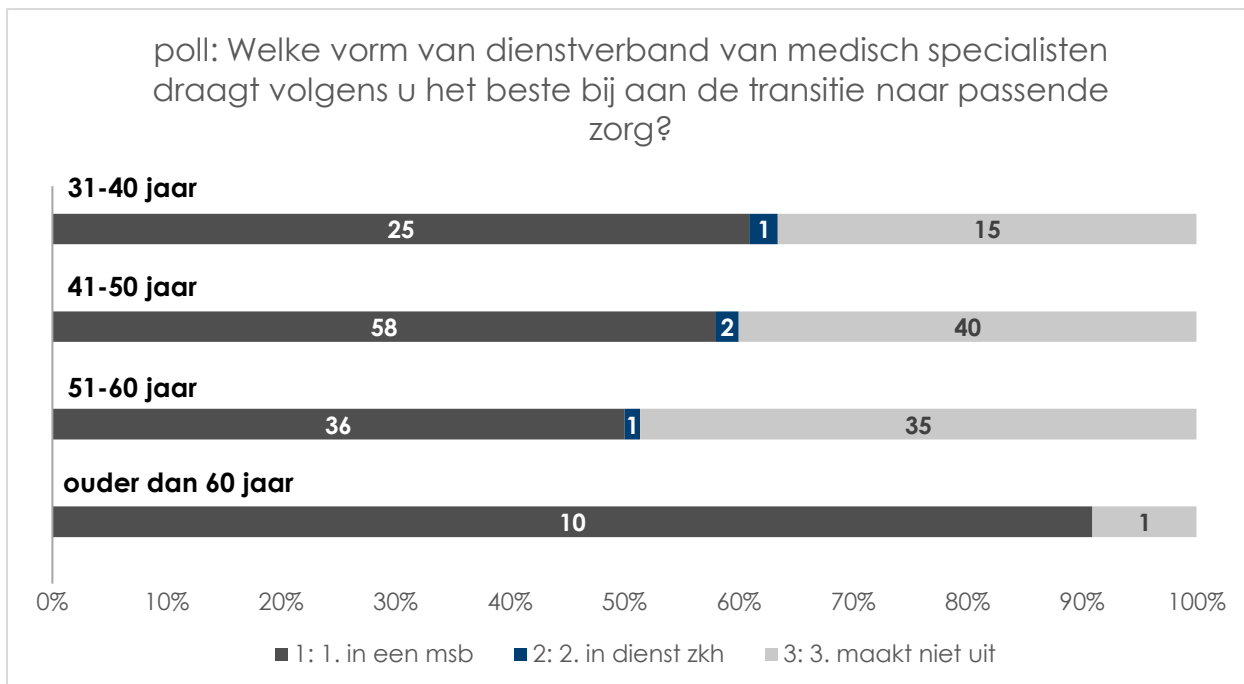
## Bijlage 2. Crossing van polls (alleen bij de MSB's)

In deze bijlage worden de uitslagen van de polls gecrossed met de achtergrondvariabelen van de deelnemers. Deze achtergrondvariabele is alleen in de MSB-sessie gesteld voordat men in de sessie kwam. Hiermee wordt zichtbaar welke verschillen er bestaan tussen deze variabelen op de poll vragen. Omdat er twee vragen zijn gesteld (dienstverband en leeftijd) en er bij dienstverband bijna uitsluitend medisch specialisten in een MSB meededen, is daarop niet gecrossed, omdat de N te laag is bij de specialisten in loondienst.

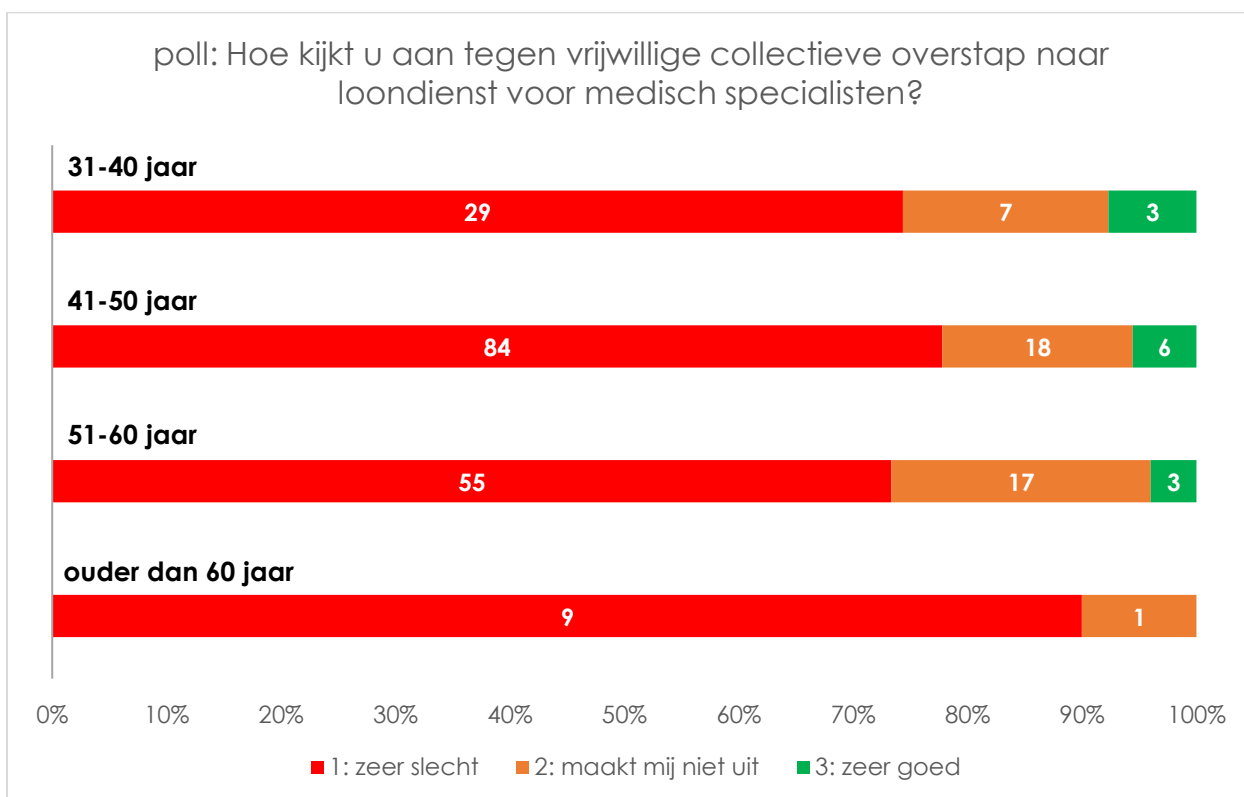
### Segmentatie: Verdeling deelnemers aan de sessie (absolute aantallen)



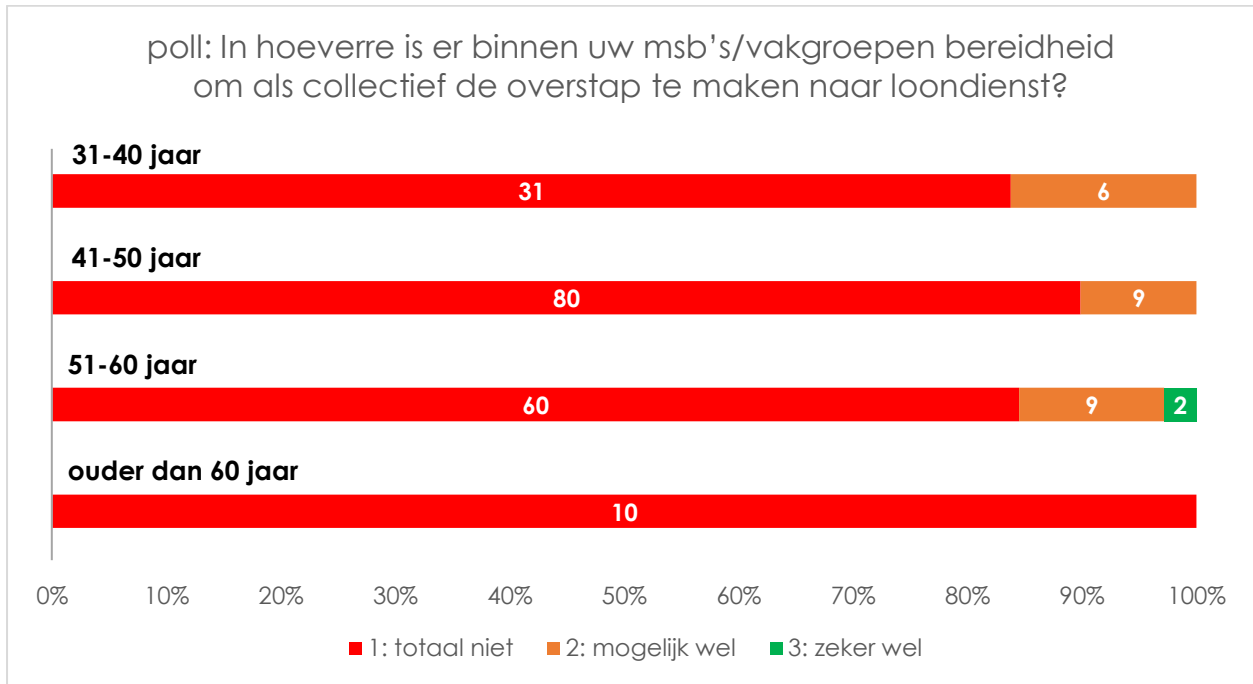
### Poll: Vorm van dienstverband voor transitie naar passende zorg



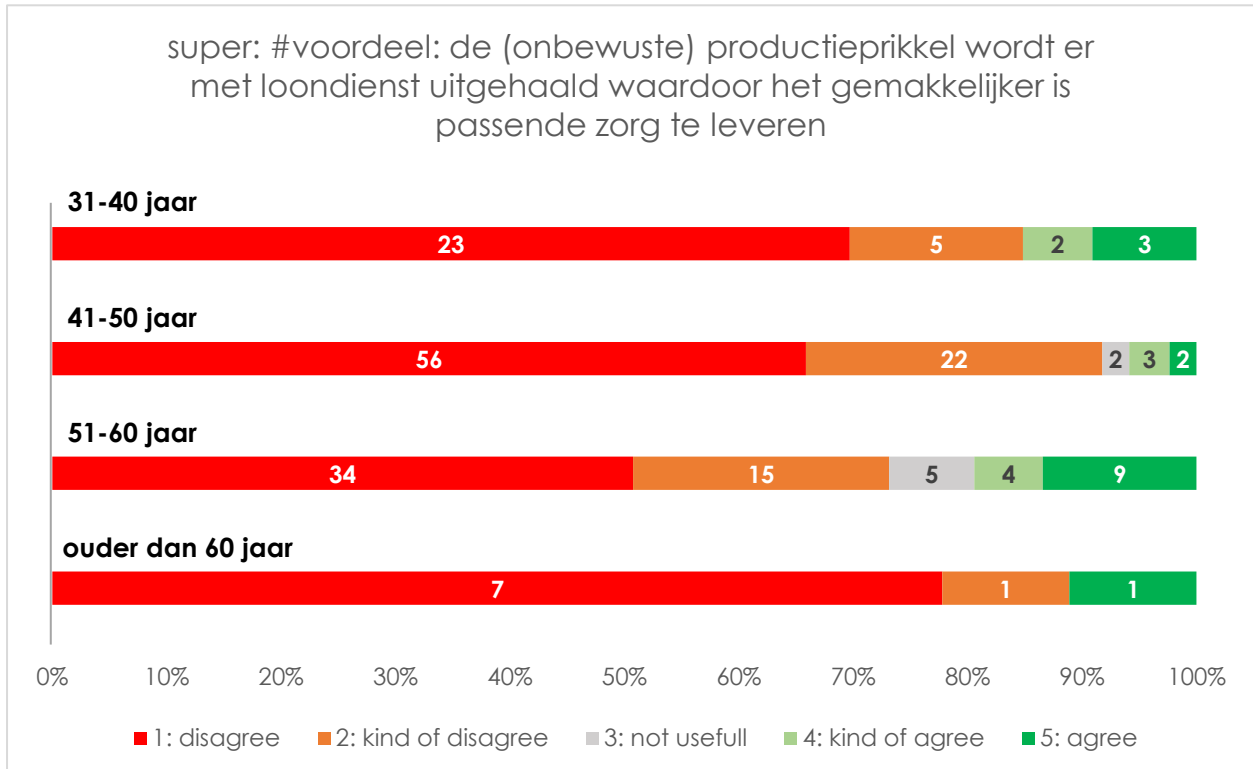
### Poll: attitude vrijwillige collectieve overstap naar loondienst



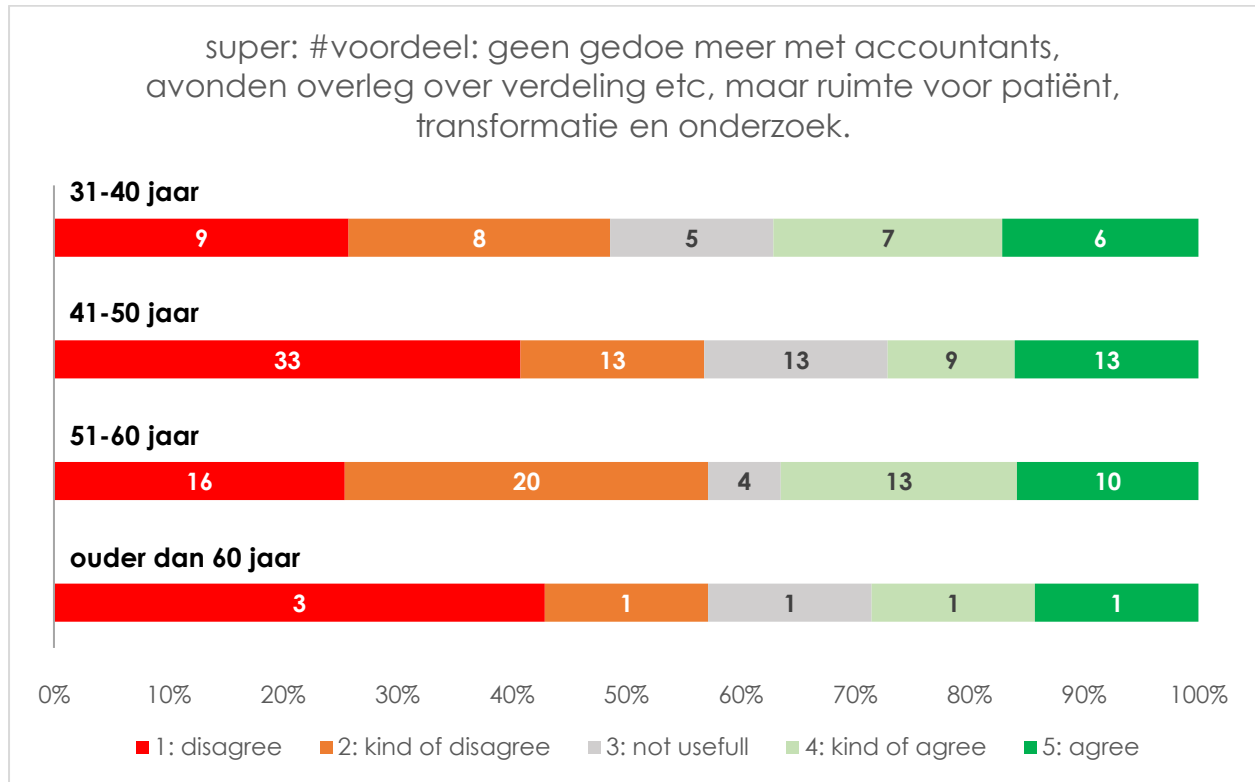
Poll: bereidheid vrijwillige collectieve overstap naar loondienst



Hypothese: makkelijker om passende zorg te leveren door weghalen productieprikkel



## Hypothese: minder gedoe, meer tijd voor patiënt



## Bijlage 3: Woordwolk van de alle berichten in de sessies





## Bijlage 4: Vragen die gesteld zijn in de sessies

### In de sessie met ziekenhuisdirecties:

Voordat men in de sessie kwam, is de bedoeling uitgelegd: *'Welkom in deze sessie voor VWS. Ik ben Leo Dijkema, wij faciliteren deze sessie voor VWS. Wij zijn nu bij VWS, waar het team ook meekijkt. De bedoeling van deze sessie is om te verkennen in hoeverre u als bestuurder een collectieve overstap van medisch specialisten vanuit hun maatschap naar loondienst in het ziekenhuis mogelijk en wenselijk acht. We doen 2 sessies, vandaag met bestuurders van ziekenhuizen, volgende week met vrijgevestigd medisch specialisten. Ik wil u alvast hartelijk danken voor uw input, het is heel belangrijk voor VWS om ook het werkveld te betrekken bij toekomstig beleid.'*

*De sessie zal in de vorm van een slimme chat plaatsvinden'.*

1. Poll: Welke vorm van dienstverband van medisch specialisten draagt volgens u het beste bij aan de transitie naar passende zorg? Kueuze: 1. in een msb, 2. in dienst zkh, 3. maakt niet uit. Hierna is om een toelichting gevraagd.
  - a. Meteen na de vraag is ene toelichting gegeven: Met transitie naar passende zorg bedoelen we, een transitie in een vorm van goede/betere bestuurbaarheid van ziekenhuizen en verminderen van verkeerde prikkels voor medisch specialisten
2. Poll: In hoeverre is er bereidheid bij u/in uw bestuur om alle specialisten collectief in loondienst te nemen? (Keuzemogelijkheden: totaal niet bereid, zeer bereid, speelt niet)
  - a. Kun u uw antwoord toelichten?
3. Poll: Hoe URGENT vindt u het om de collectieve overstap van medisch specialisten naar loondienst te stimuleren? (5 keuzemogelijkheden van totaal niet urgent tot zeer urgent)
  - a. Kun u uw antwoord toelichten?
4. Poll: In hoeverre denk u dat er bereidheid is binnen de msb's/vakgroepen in uw ziekenhuis om als collectief de overstap te maken naar loondienst bij het ziekenhuis (keuze 1. geen enkele, 2.bij sommige, 3.bij alle, 4. niet relevant)
  - a. Kunt u het toelichten? Waar is wel bereidheid en waar niet?
5. Wat ziet u als grootste #voordeel om deze overgang (van msb naar loondienst) te kunnen realiseren (en waarom)?
  - a. En wat ziet u als het grootste #nadeel en waarom?
  - b. Wat zijn de grootste barrières of risico's die opgelost moeten worden om de overgang (eventueel) mogelijk te maken (en waarom)?
6. Wat heeft u nodig en van wie om de overgang van msb's naar loondienst effectief te kunnen inzetten?
7. We hebben diverse vragen de revue laten passeren m.b.t. de overgang van msb naar collectieve loondienst. Zijn er nog zaken die niet aan de orde zijn geweest? Noem ze dan nu en licht ze graag toe.

### In de sessie met MSB's:

Ook hier is gestart met een korte toelichting op de bedoeling: *'welkom in deze sessie voor VWS. Ik ben Leo Dijkema, wij faciliteren deze sessie voor VWS. Wij zijn nu bij VWS, waar het team ook meekijkt. De bedoeling van deze sessie is om te verkennen in hoeverre een collectieve overstap van medisch specialisten vanuit hun maatschap naar loondienst in het ziekenhuis mogelijk en wenselijk is vanuit uw optiek. Achtergrond van deze verkenning is de transformatie naar passende*

*zorg door alle betrokken partijen. In het vorige coalitieakkoord is aangegeven dat ook medisch specialistische bedrijven (msb) een verantwoordelijkheid hebben in deze transformatie, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en het afremmen van perverse prikkels. We doen 2 sessies, afgelopen week hebben we een sessie gedaan met ziekenhuisbestuurders en vandaag met medisch specialisten.*

*Ik wil u alvast hartelijk danken voor uw input, het is heel belangrijk voor VWS om ook het werkveld te betrekken bij toekomstig beleid'.*

Hierna zijn de volgende vragen voorgelegd:

1. Poll: Welke vorm van dienstverband van medisch specialisten draagt volgens u het beste bij aan de transitie naar passende zorg? (1. in een msb, 2. in dienst zkh, 3. maakt niet uit)
2. Poll: Hoe kijkt u aan tegen vrijwillige collectieve overstap naar loondienst voor medisch specialisten? (Keuze uit: zeer slecht, maakt mij niet uit, zeer goed)
  - a. Welke voordelen ziet u voor de transitie naar passende zorg?
  - b. Welke voordelen ziet u voor uzelf of uw MSB
  - c. Welke nadelen ziet u?
3. Poll: In hoeverre is er binnen uw msb's/vakgroepen bereidheid om als collectief de overstap te maken naar loondienst? (Totaal niet, mogelijk wel, zeker wel)
4. Onder welke voorwaarden zou u een overgang naar loondienst (wel) overwegen en waarom?
  - a. Wat zijn de grootste barrières of risico's die opgelost moeten worden om de overgang (eventueel) mogelijk te maken (en waarom)?
5. Wat is een alternatief om de bestuurbaarheid van een ziekenhuis te vergroten?
6. We hebben allerlei zaken de revue laten passeren m.b.t. een eventuele overgang naar loondienst en over passende zorg. Zijn er nog zaken onbenoemd gebleven die u nog niet langs heeft zien komen? Noem het graag nu en leg het uit.

## Bijlage 5: Contactdetails Synthetron

Synthetron is vertegenwoordigd in 15 landen. Voor Nederland kunt u contact opnemen met:

- Leo Dijkema (leo.dijkema@synthetron.com) of 06 42812284

Voor projecten en details van onze collega's in de rest van de wereld: zie [www.synthetron.com](http://www.synthetron.com)